



Wiener Frauen- gesundheitsbericht 2006

Vienna Women's Health Report 2006



IMPRESSUM

KONZEPT, PROJEKTLEITUNG UND BERICHTERSTELLUNG	Dr. ⁱⁿ Erika BALDASZTI, Dr. ⁱⁿ Elfriede URBAS
AUTORINNEN	Dr. ⁱⁿ Erika BALDASZTI Kapitel 1, 2, 4.10, 5.1, 5.2, 5.5, 5.6, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Dr. ⁱⁿ Elfriede URBAS Kapitel 3, 4, 5.3, 5.4, 8.5.3, 11
EXPERTINNENBEIRAT	DDr. ⁱⁿ Eleonore BACHINGER ¹⁾ Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Karin GUTIERREZ-LOBOS ²⁾ Mag. ^a Jeannette KLIMONT ³⁾ Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Anita RIEDER ⁴⁾ Generaloberin Charlotte STAUDINGER ⁵⁾ tit.a.o. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Beate WIMMER-PUCHINGER ⁶⁾ Mag. ^a Hilde WOLF ⁷⁾
HERZLICHEN DANK AN DIE MITARBEITER/INNEN VON	Wiener Programm für Frauengesundheit Fonds Soziales Wien Statistik Austria
KORREKTORAT	Mag. ^a Linda STIFT
ENDREDAKTION	Dr. ⁱⁿ Erika BALDASZTI
GRAFISCHE PRODUKTION	Bernhard AMANSHAUSER
UMSCHLAGGESTALTUNG	Mag. Robert SABOLOVIC
MEDIENINHABER, HERAUSGEBER UND VERLEGER	Magistrat Wien, Bereichleitung für Strukturentwicklung, Schottenring 24, A-1010 Wien, Tel. +43-1-53114-76177, E-Mail: Post@bst.magwien.gv.at Hersteller: Friedrich VDV, Linz

Vorgeschlagene Zitierweise: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Frauengesundheitsbericht 2006. Autorinnen: BALDASZTI, E.; URBAS, E. – Wien, 2006.

1) Stadt Wien, Bereichsleitung für Strukturentwicklung, Abteilung Gesundheitsberichterstattung; 2) Universitätsklinik für Psychiatrie, AKH Wien; 3) Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, Abteilung Gesundheit; 4) Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität Wien; 5) Generaldirektion der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund, Geschäftsbereich Qualitätsarbeit; 6) Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, Wiener Programm für Frauengesundheit, Fonds Soziales Wien; 7) Frauengesundheitszentrum FEM Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital.

EDITORIAL

Kernaufgabe der Wiener Gesundheitsberichterstattung im Rahmen der Bereichsleitung für Strukturentwicklung ist das Verfassen der jährlichen Gesundheitsberichte zur gesundheitlichen Lage der Wiener Bevölkerung. Der erste dieser Berichte ist im Jahr 1996 erschienen. Im selben Jahr wurde von unserer Abteilung auch der erste Wiener Frauengesundheitsbericht beauftragt. Dieser Bericht steht am Anfang einer Reihe von zielgruppenorientierten Spezialberichten, wie z. B. dem Wiener Männergesundheitsbericht (1999), dem Wiener Kindergesundheitsbericht (2000) und dem Wiener Jugendgesundheitsbericht (2002). (Download: <http://www.wien.gv.at/who/downloads.htm> oder Bestellung unter post@bst.magwien.gv.at)

Zielgruppenspezifische Gesundheitsberichte sind erforderlich, weil Gesundheit und Krankheit, aber auch der Zugang zum Gesundheitssystem und mögliche Barrieren wesentlich von sozialen Faktoren abhängen. Geschlechtsunterschiede bzw. Gender-Aspekte spielen

dabei eine große Rolle, aber auch das Alter, die Familien- und Lebensform, die ethnische Zugehörigkeit, Bildung und soziale Schicht. Zentrale Zielsetzungen des vorliegenden Berichts sind demnach, die Diversität der KlientInnen und PatientInnen im Gesundheitssystem zu verdeutlichen und zugleich ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Lage und Versorgung von Frauen in Wien zu geben. Weiters will der Bericht der multidisziplinären Themenstellung der Frauengesundheit im Sinne einer Querschnittsaufgabe gerecht werden und die Rolle von Frauengesundheit im Prozess des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen unterstreichen.

Wir hoffen, mit den vorgelegten umfassenden Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Wien einen Beitrag zur weiteren Entwicklung in Richtung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems – und somit zu einer Qualitätssteigerung der Gesundheitsversorgung – zu leisten.



DI Dr. Hannes SCHMIDL
Bereichsleiter für Strukturentwicklung



VORWORT

Eines der Grundprinzipien der Wiener Gesundheitspolitik ist die Gewährleistung des gleichen Zugangs zum Gesundheitssystem für alle Wienerinnen und Wiener unabhängig von Herkunft, Einkommen, Alter oder Geschlecht. Gesundheit und Krankheit sind jedoch keineswegs geschlechtsneutral. Frauen und Männer haben unterschiedliche medizinische Bedürfnisse und sind anderen psychosozialen Belastungen ausgesetzt.

Daher hat Wien als eine der ersten europäischen Städte die Anregung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgegriffen und seit Beginn der 1990er Jahre das Thema Frauengesundheit auf die politische Tagesordnung gesetzt.

Im Jahr 1998 hat die Stadt Wien, als eine der ersten europäischen Städte, das Wiener Frauengesundheitsprogramm initiiert und seither zahlreiche Projekte zur Verbesserung von Prävention und gesundheitlicher Versorgung von Frauen in Wien durchgeführt. Das Programm für Frauengesundheit spannt den Bogen über alle Altersgruppen und über Problemfelder von psychischer Gesundheit bis zur frauenspezifischen Gesundheitsvorsorge und Früherkennung. Die verschie-

denen Angebote, wie beispielsweise das Wiener Brustkrebsvorsorgeprogramm, die Essstörungshotline, das Schwangereninfotelefon, Schulungen zu Gewaltprävention oder Herz-Kreislauf-Programme stehen den Wienerinnen ebenso zur Verfügung wie die mehrsprachigen Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd.

Der vorliegende Wiener Frauengesundheitsbericht 2006 blickt zurück auf diese Entwicklung, zeigt aber zugleich auch die Trends der für Frauen wesentlichen Gesundheitsindikatoren. Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage wird deutlich – und auch die besondere Betroffenheit von Frauen, wobei einigen Gruppen besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist, beispielsweise Alleinerzieherinnen, älteren Frauen und Frauen mit Migrationshintergrund.

Die geschlechtssensible Gestaltung der Wiener Gesundheitspolitik ist mir ein besonderes Anliegen und wird auch zukünftig ein Schwerpunkt bleiben. Qualitätssicherung und Verbesserung stehen unter Berücksichtigung des Grundprinzips des uneingeschränkten Zuganges für alle Wienerinnen und Wiener im Mittelpunkt.



Mag.ª Renate Brauner

Mag.ª Renate BRAUNER
Stadträtin für Gesundheit und Soziales

VORWORT

Wien kann auf eine bereits 15-jährige Tradition im geschlechtsspezifischen Verständnis von Gesundheit zurückblicken. Der Stadt Wien war es ein besonderes Anliegen, die zielführenden Empfehlungen der WHO zur Frauengesundheit in langjähriger und guter Kooperation auch zügig zu realisieren.

Einen wichtigen Grundstein für einen Maßnahmenkatalog legte der österreichweit erste Wiener Frauengesundheitsbericht 1996, der wesentliche Erkenntnisse für die Entwicklung eines maßgeschneiderten Wiener Programms für Frauengesundheit lieferte, das 1998 einstimmig vom Gemeinderat verabschiedet wurde.

Mit dem nun vorliegenden zweiten Wiener Frauengesundheitsbericht verfolgt die Stadt nicht nur ein Monitoring im Sinne der WHO-Empfehlungen, sondern schafft Grundlagen für weitere Impulse.

Doch auch die bisherigen Erfolge werden im vorliegenden Bericht in aller Deutlichkeit aufgezeigt. So ist es zum Beispiel der Stadt Wien österreichweit am besten gelungen, den Anteil von Frauen in Führungspositionen im Gesundheitswesen zu stärken.

Der vorliegende zweite Wiener Frauengesundheitsbericht soll ExpertInnen aus den verschiedenen Berufsfeldern im Gesundheitswesen und der Medizin als Wissensquelle und Orientierungshilfe dienen. In seiner umfassenden Themenbearbeitung verleiht dieser Bericht einmal mehr dem Grundverständnis Ausdruck, dass Gesundheit von Frauen maßgeblich von sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen bestimmt wird und spiegelt somit die engagierte Sozial- und Gesundheitspolitik wider, die Frauengesundheitsanliegen zum Thema macht.



a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate WIMMER-PUCHINGER
Wiener Frauengesundheitsbeauftragte

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG	35
SUMMARY	49
1 EINLEITUNG: WAS KANN FRAUENGESUNDHEIT, WAS KÖNNEN FRAUENGESUNDHEITS- BERICHTE LEISTEN?	63
1.1 PIONIERROLLE WIENS IM BEREICH FRAUENGESUNDHEIT	64
1.1.1 WHO-Politik als Ursprung der Frauengesundheit	64
1.1.2 Die Implementierung des Wiener Programms für Frauengesundheit	66
1.1.3 Weitere österreichische und internationale Frauengesundheitsprogramme	67
1.2 BEGRIFFSKLÄRUNG: FRAUENGESUNDHEIT – GENDER MAINSTREAMING – GENDER-MEDIZIN	69
1.2.1 Politische Wurzeln der Frauengesundheit	69
1.2.2 Die Rolle der Frauengesundheit bei Frauenförderung und Gender Mainstreaming	71
1.2.3 Frauengesundheitsforschung und Public Health	74
1.2.4 Frauengesundheit, Männergesundheit und Gender-Medizin	75
1.3 FRAUENGESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG	77
1.3.1 Entwicklung der Frauengesundheitsberichterstattung	77
1.3.2 Ziele und Methodik des Wiener Frauengesundheitsberichts 2006	78
2 POLITIK UND GESUNDHEITSPOLITIK VON UND FÜR FRAUEN IN WIEN	83
2.1 POLITISCHE REPRÄSENTANZ VON FRAUEN	84
2.1.1 Frauenanteil in politischen Funktionen	84
2.1.2 Frauen in Führungspositionen	85
2.1.3 Gender Mainstreaming in Wissenschaft und Forschung	87
2.2 FRAUEN IM GESUNDHEITSSYSTEM	89
2.2.1 Geschlechterverteilung in den Gesundheitsberufen	89
2.2.2 Frauen in der Medizin	90
2.2.3 Gender Mainstreaming an der Medizinischen Universität Wien	92
2.2.4 Verein Frauen für Frauen – Gesundheit im Brennpunkt	93
3 DEMOGRAFISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER FRAUENGESUNDHEIT	97
3.1 ALTERS- UND GESCHLECHTERVERTEILUNG	99
3.2 REGIONALE UNTERSCHIEDE IN DER BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG WIENS	101
3.3 FERTILITÄT	103
3.4 EHESCHLIEßUNGEN UND -SCHEIDUNGEN	106
3.5 FORMEN DES ZUSAMMENLEBENS	108
3.5.1 Familienstand	108
3.5.2 Haushalte	110
3.5.3 Familientypen, Leben mit Kindern	111
3.6 QUALIFIKATION UND ERWERBSTÄTIGKEIT	112
3.6.1 Bildung	112
3.6.2 Erwerbsbeteiligung	113
3.6.3 Erwerbstätigkeit von Müttern	115
3.7 INSTITUTIONELLE KINDERBETREUUNG	118
3.8 FINANZIELLE SITUATION	119
3.8.1 Einkommen	119
3.8.2 Armutsgefährdung	122

4	GESUNDHEITSSITUATION VON FRAUEN IN WIEN	127
4.1	LEBENSERWARTUNG UND STERBLICHKEIT	127
4.1.1	Lebenserwartung	128
4.1.2	Sterblichkeit	129
4.2	TODESURSACHEN	131
4.2.1	Häufigste Todesursachen von Frauen und Männern	131
4.2.2	Todesursachen im Geschlechtervergleich	133
4.2.3	Krankheitsursachen der vorzeitigen Sterblichkeit	133
4.3	HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN	135
4.4	KREBSERKRANKUNGEN	144
4.4.1	Brustkrebs (Mammakarzinom)	148
4.4.2	Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)	156
4.4.3	Krebs des Gebärmutterkörpers (Korpuskarzinom)	161
4.4.4	Lungenkrebs	164
4.5	ERNÄHRUNGS- UND STOFFWECHSELERKRANKUNGEN – DIABETES MELLITUS	168
4.6	PSYCHISCHE UND VERHALTENSTÖRUNGEN, SUIZID	179
4.6.1	Epidemiologie	180
4.6.2	Selbstmord und Selbstmordversuche	183
4.6.3	Aspekte der Förderung der psychischen Gesundheit	187
4.7	KRANKHEITEN DER ATMUNGSORGANE	188
4.7.1	Epidemiologie	188
4.7.2	Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	191
4.8	GYNÄKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN	193
4.8.1	Epidemiologie	193
4.8.2	Gynäkologische Beschwerden	196
4.8.3	Menstruationsstörungen	196
4.8.4	Endometriose	198
4.8.5	Gynäkologische Operationen	199
4.9	KRANKHEITEN DES BEWEGUNGSAPPARATES	202
4.9.1	Epidemiologie	202
4.9.2	Schmerzen am Bewegungsapparat	205
4.10	HIV/AIDS UND ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN (STIS)	206
4.10.1	HIV/AIDS	207
4.10.2	Ausgewählte sexuell übertragbare Infektionen (STIs)	212
5	GESUNDHEIT IN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSPHASEN	219
5.1	GESUNDHEITSBEZOGENER LEBENSSTIL VON MÄDCHEN UND JUNGEN FRAUEN	219
5.1.1	Ernährung, Körpergewicht und Adipositas	220
5.1.2	Essstörungen	222
5.1.3	Bewegung, Sport und Gender Mainstreaming	227
5.1.4	Rauchen bei Jugendlichen	229
5.1.5	Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	230
5.1.6	Drogenkonsum	231
5.2	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT VON MÄDCHEN UND JUNGEN FRAUEN	233
5.2.1	Erste Regelblutung (Menarche)	233
5.2.2	Alter und Verhütung beim ersten Geschlechtsverkehr	234
5.2.3	Teenagerschwangerschaften, Teenagermütter	236
5.3	GESUNDHEITSBEZOGENER LEBENSSTIL VON FRAUEN IN DER REPRODUKTIVEN PHASE	238
5.3.1	Ernährung	240
5.3.2	Körpergewicht und Adipositas	242
5.3.3	Bewegung und Sport	244
5.3.4	Rauchen und Passivrauchen	245

5.3.5	Alkoholkonsum bei Frauen, Alkohol in der Schwangerschaft	251
5.3.6	Konsum illegaler Drogen	254
5.4	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT	255
5.4.1	Sexualität, Kontrazeption und Pille danach	257
5.4.2	Schwangerschaftsabbruch	258
5.4.3	Ungewollte Kinderlosigkeit, In-vitro-Fertilisation (IVF)	261
5.4.4	Präimplantationsdiagnostik (PID)	266
5.4.5	Biomedizin und Bioethik	266
5.5	GESUNDHEIT RUND UM DIE GEBURT	268
5.5.1	Kaiserschnitt auf Wunsch	271
5.5.2	Stillen	273
5.5.3	Frühgeburten	277
5.5.4	Säuglingssterblichkeit	278
5.6	WECHSELJAHRE UND SEXUELLE GESUNDHEIT IM ALTER	281
5.7	FRAUEN IN DER ERWERBSPHASE: ARBEIT UND GESUNDHEIT	285
5.7.1	Rahmenbedingungen der Frauenerwerbstätigkeit	288
5.7.2	Frauenspezifische Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz	291
5.7.3	Arbeitslosigkeit und Gesundheit	296
5.7.4	Frauen in Pflegeberufen	301
5.7.5	Frauen als pflegende Angehörige	308
5.8	GESUNDHEITZUSTAND UND GESUNDHEITSRISIKEN ÄLTERER FRAUEN	315
5.8.1	Demografische Gegebenheiten	316
5.8.2	Gesundes Älterwerden	317
5.8.3	Körperliche Gesundheitsrisiken	321
5.8.4	Psychische und Verhaltensstörungen	329
5.8.5	Multimorbidität	332
5.8.6	Bedarf an Hilfe und Pflege	332
5.8.7	Mortalität und Todesursachen	334
5.8.8	Osteoporose	336
5.8.9	Harninkontinenz	340
5.8.10	Demenz	343
5.8.11	Depression	347
5.8.12	Aspekte der Betreuung und Pflege in Heimen	348
5.9	GESUNDHEITSGEFÄHRDUNG VON FRAUEN DURCH UMWELTRISIKEN	358
5.9.1	Umweltbezogene Gesundheitsrisiken und Frauengesundheit	359
5.9.2	Gesundheitsbelastung durch Feinstaub	360
5.9.3	Luftqualität und Klimaschutz	362
5.9.4	Wasserversorgung und Wasserqualität	363
5.9.5	Lärm und Gesundheit	364
5.9.6	Gesundheit, Umwelt und Nachhaltigkeit aus der Gender-Perspektive	365
5.10	FRAUEN MIT BEHINDERUNG	368
5.10.1	Begriffsdefinition, Zahl der Betroffenen	369
5.10.2	Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen mit Behinderung	371
5.10.3	Mobilitätsbarrieren und Zugang zum Gesundheitssystem	373
5.10.4	Lösungsansatz Persönliche Assistenz	374
5.10.5	Forschung, Qualifizierung und Empowerment für Frauen mit Behinderung	375

6	FRAUEN IN BESONDEREN SOZIALEN LAGEN, MIT SPEZIELLEN GESUNDHEITSBEDÜRFNISSEN	379
6.1	ALLEINERZIEHERINNEN	382
6.2	MIGRANTINNEN	384
6.2.1	Frauen mit Migrationshintergrund in Wien	385
6.2.2	Migrantinnen im Gesundheitssystem: gesundheitliche Lage, Inanspruchnahme	387
6.2.3	Altern und Migration	388
6.2.4	Interkulturelle Kompetenz und Öffnung des Gesundheitssystems	391
6.2.5	Gewalt gegen Migrantinnen, traditionsbedingte Gewalt	392
6.2.6	Genitalbeschneidung (FGM)	392
6.2.7	Frauen- und Mädchenhandel	395
6.2.8	Zwangsverheiratung	397
6.3	LESBISCHE FRAUEN	398
6.4	WOHNUNGSLOSE FRAUEN	401
6.5	PROSTITUIERTE	403
7	GEWALT GEGEN FRAUEN – DIE ROLLE DES GESUNDHEITSSYSTEMS	409
7.1	GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON GEWALT	410
7.2	HÄUFIGKEIT VON GEWALT GEGEN FRAUEN	412
7.3	MAßNAHMEN GEGEN GEWALT IN DER FAMILIE	412
7.3.1	Curriculum Gewalt gegen Frauen und Kinder – Opferschutz an Wiener Krankenanstalten	412
7.3.2	Maßnahmen der Frauenabteilung der Stadt Wien (MA 57)	413
7.3.3	Frauenhäuser in Wien	415
7.3.4	Gewaltprävention durch Gesetze zum Schutz vor Gewalt in Familien	418
7.3.5	Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie	418
7.3.6	Selbstverteidigungskurse des Vereins „defendo“	420
8	FRAUENSPEZIFISCHE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN IN WIEN, ASPEKTE DER QUALITÄTSSICHERUNG	423
8.1	FRAUENGESUNDHEITZENTREN	425
8.1.1	Frauengesundheitszentrum FEM	426
8.1.2	Frauengesundheitszentrum FEM Süd	426
8.2	FRAUENBERATUNG	427
8.2.1	Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen	427
8.2.2	Familienberatungsstellen, Familienplanung	429
8.2.3	Psychologische und psychotherapeutische Versorgung	431
8.3	BEISPIELE FRAUENSPEZIFISCHER MEDIZINISCHER VERSORGUNG	432
8.3.1	Gynäkologie, Geburtshilfe, Stillen	432
8.3.2	Station für alkoholranke Frauen	433
8.3.3	Psychosomatische Frauenambulanz am AKH Wien	434
8.3.4	Psychiatrische Beratungsstelle für Frauen	434
8.3.5	Frauen und Drogenabhängigkeit	435
8.3.6	Interdisziplinäre Betreuung für Frauen mit Brustkrebs	436
8.4	SELBSTHILFEGRUPPEN	436
8.5	QUALITÄTSSICHERUNG IN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG VON FRAUEN	438
8.5.1	Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen – Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)	438
8.5.2	Qualitätssicherung in der Behandlung von Frauen mit Brustkrebs	438
8.5.3	Programm zur Verbesserung der Behandlung von Diabetes-PatientInnen	441
8.5.4	Modellprojekt PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung (PIK) und PIK-Transfer	442

9	PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	447
9.1	PRÄVENTION (VORSORGE, FRÜHERKENNUNG)	448
9.1.1	Vorsorgeuntersuchung NEU	448
9.1.2	Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen	449
9.2	DAS WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROGRAMM	451
9.3	WEITERE BEISPIELE FRAUENRELEVANTER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	454
9.3.1	Förderung der psychischen Gesundheit	454
9.3.2	HIV/AIDS-Prävention der AIDS-Hilfe Wien	454
9.3.3	Gesundheitsförderung für ältere Frauen	456
9.3.4	Gesundheitsförderung für MigrantInnen	458
9.3.5	Gesundheitsförderung im Spital	460
9.3.6	Gesundheitsförderung und Pflege	461
10	DIE UMSETZUNG DES WIENER PROGRAMMS FÜR FRAUENGESUNDHEIT	467
10.1	LAUFENDE UND ABGESCHLOSSENE PROJEKTE	468
10.1.1	Wiener Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „Die Klügere sieht nach“	468
10.1.2	Modellprojekt zur Prävention nachgeburtlicher (postpartaler) Depressionen (PPD)	469
10.1.3	„Schwanger“ – das Infotelefon 0800–2042 20	470
10.1.4	„Mamma Mia“ – Gesundheitsförderung für Mütter mit Kleinkindern	470
10.1.5	Wiener Informations- und Präventionskampagne gegen Essstörungen (WIKE)/ Hotline für Essstörungen 0800 201120	471
10.1.6	Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen: „Frauenherzen schlagen anders“ und „Nach Herzenslust“	471
10.1.7	Frauengesundheitszentrum FEM Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital	473
10.1.8	Curriculum Gewalt gegen Frauen und Kinder – Opferschutz an Wiener Krankenanstalten	473
10.1.9	Genitalbeschneidungs-Beratungsstelle „Bright Future“	473
10.1.10	„barrierefrei“ – Gynäkologische Vorsorge und Versorgung von Frauen mit Behinderung	473
10.2	INFORMATION, ÖFFENTLICHKEITSARBEIT UND VERNETZUNG	474
10.3	EVALUATION DER UMSETZUNG DES PROGRAMMS	475
11	RESÜMEE, AUSBLICK UND EMPFEHLUNGEN	479
12	ANHANG	485
12.1	LITERATUR	485
12.2	AUSGEWÄHLTE LINKS	511
12.3	ABKÜRZUNGEN UND AKRONYME	514
12.4	GLOSSAR	515
12.5	WHO-RICHTLINIEN ZUR ERSTELLUNG VON FRAUENGESUNDHEITSBERICHTEN	519

CONTENTS

SUMMARY IN GERMAN	35
SUMMARY	49
1 INTRODUCTION: WHAT CAN WOMEN'S HEALTH PROMOTION AND WOMEN'S HEALTH REPORTING ACHIEVE?	63
1.1 VIENNA'S PIONEER ROLE IN WOMEN'S HEALTH TOPICS	64
1.1.1 WHO policies – the emergence of women's health as an issue	64
1.1.2 The implementation of the Vienna Women's Health Programme	66
1.1.3 Other Austrian and international women's health programmes	67
1.2 DEFINITIONS: WOMEN'S HEALTH – GENDER MAINSTREAMING – GENDER-BASED MEDICINE	69
1.2.1 The political origins of women's health	69
1.2.2 The role of women's health in the promotion of women and in gender mainstreaming	71
1.2.3 Women's health research and public health	74
1.2.4 Women's health, men's health and gender-based medicine	75
1.3 WOMEN'S HEALTH REPORTING	77
1.3.1 Development of women's health reporting	77
1.3.2 Goals and methodology of the Vienna Women's Health Report 2006	78
2 POLICIES AND HEALTH POLICIES BY WOMEN AND FOR WOMEN IN VIENNA	83
2.1 POLITICAL REPRESENTATION OF WOMEN	84
2.1.1 Share of women in politics	84
2.1.2 Women in executive positions	85
2.1.3 Gender Mainstreaming in science and research	87
2.2 WOMEN IN THE PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM	89
2.2.1 Gender ratio in health care professions	89
2.2.2 Women in medicine	90
2.2.3 Gender Mainstreaming at the Medical University of Vienna	92
2.2.4 "Frauen für Frauen" – an association for women in health care	93
3 DEMOGRAPHIC AND SOCIO-ECONOMIC FRAMEWORK CONDITIONS OF WOMEN'S HEALTH	97
3.1 AGE AND GENDER DISTRIBUTION	99
3.2 REGIONAL DIFFERENCES IN THE DEMOGRAPHIC STRUCTURE OF VIENNA	101
3.3 FERTILITY	103
3.4 MARRIAGES AND DIVORCES	106
3.5 FORMS OF COHABITATION	108
3.5.1 Civil status	108
3.5.2 Households	110
3.5.3 Types of families, living with children	111
3.6 QUALIFICATIONS AND ECONOMIC ACTIVITY	112
3.6.1 Education	112
3.6.2 Economic activity	113
3.6.3 Employment of mothers	115
3.7 CHILD CARE INSTITUTIONS	118
3.8 FINANCIAL SITUATION	119
3.8.1 Income	119
3.8.2 Risk of poverty	122

4	THE STATE OF HEALTH OF WOMEN IN VIENNA	127
4.1	LIFE EXPECTANCY AND MORTALITY	127
4.1.1	Life expectancy	128
4.1.2	Mortality	129
4.2	CAUSES OF DEATH	131
4.2.1	Main causes of death for women and men	131
4.2.2	Causes of death by gender	133
4.2.3	Main medical causes of premature death	133
4.3	CARDIOVASCULAR DISEASES	135
4.4	CANCER	144
4.4.1	Breast cancer	148
4.4.2	Cervical cancer	156
4.4.3	Uterine cancer	161
4.4.4	Lung cancer	164
4.5	NUTRITIONAL AND METABOLICA DISEASES – DIABETES MELLITUS	168
4.6	MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS, SUICIDE	179
4.6.1	Epidemiology	180
4.6.2	Suicide and suicide attempts	183
4.6.3	Aspects of mental health promotion	187
4.7	DISEASES OF THE RESPIRATORY ORGANS	188
4.7.1	Epidemiology	188
4.7.2	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	191
4.8	GYNAECOLOGICAL DISEASES	193
4.8.1	Epidemiology	193
4.8.2	Gynaecological disorders	196
4.8.3	Menstruation disorders	196
4.8.4	Endometriosis	198
4.8.5	Gynaecological surgery	199
4.9	DISORDERS OF THE LOCOMOTIVE SYSTEM	202
4.9.1	Epidemiology	202
4.9.2	Pain	205
4.10	HIV/AIDS AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES (STDs)	206
4.10.1	HIV/AIDS	207
4.10.2	Selected sexually transmitted diseases (STDs)	212
5	HEALTH IN DIFFERENT PHASES OF LIFE	219
5.1	HEALTH RELATED LIFESTYLES OF GIRLS AND YOUNG WOMEN	219
5.1.1	Nutrition, body weight and obesity	220
5.1.2	Eating disorders	222
5.1.3	Physical activity, sports and gender mainstreaming	227
5.1.4	Smoking in adolescents	229
5.1.5	Alcohol consumption in adolescents and young adults	230
5.1.6	Use of illegal substances	231
5.2	SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF GIRLS AND YOUNG WOMEN	233
5.2.1	First menstrual period (menarche)	233
5.2.2	Age and contraceptive behaviour at first intercourse	234
5.2.3	Teenage pregnancies, teenage mothers	236

5.3	HEALTH RELATED LIFESTYLES OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE	238
5.3.1	Nutrition	240
5.3.2	Body weight and obesity	242
5.3.3	Physical activity, sports	244
5.3.4	Smoking, passive smoking	245
5.3.5	Alcohol consumption in women, alcohol during pregnancy	251
5.3.6	Use of illegal substances	254
5.4	SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF ADULT WOMEN	255
5.4.1	Sexuality, contraception and the “morning-after pill”	257
5.4.2	Abortion	258
5.4.3	Unwanted childlessness, in vitro fertilisation (IVF)	261
5.4.4	Pre-implantation diagnostics (PID)	266
5.4.5	Biomedicine and bioethics	266
5.5	HEALTH DURING PREGNANCY AND BIRTH	268
5.5.1	Caesarean sections without medical indication	271
5.5.2	Breastfeeding	273
5.5.3	Premature births	277
5.5.4	Infant mortality	278
5.6	MENOPAUSE AND SEXUAL HEALTH IN OLD AGE	281
5.7	ECONOMICALLY ACTIVE WOMEN: WORK AND HEALTH	285
5.7.1	Economical activity of women: framework conditions	288
5.7.2	Specific health risks of typically female occupations	291
5.7.3	Unemployment and health	296
5.7.4	Women in nursing occupations	301
5.7.5	Women as providers of nursing and care in the family	308
5.8	STATE OF HEALTH AND HEALTH RISKS OF ELDERLY WOMEN	315
5.8.1	Demography	316
5.8.2	Healthy ageing	317
5.8.3	Physical health risks	321
5.8.4	Mental and behavioural disorders	329
5.8.5	Multimorbidity	332
5.8.6	Need for assistance and nursing care	332
5.8.7	Mortality and causes of death	334
5.8.8	Osteoporosis	336
5.8.9	Urinary incontinence	340
5.8.10	Dementia	343
5.8.11	Depression	347
5.8.12	Aspects of nursing care in nursing homes	348
5.9	HEALTH RISKS FOR WOMEN THROUGH ENVIRONMENTAL FACTORS	358
5.9.1	Environmental health risks and women’s health	359
5.9.2	Particulate matter as a health risk	360
5.9.3	Air quality and climate protection	362
5.9.4	Water availability and quality	363
5.9.5	Noise and health	364
5.9.6	Health, environment and sustainability from a gender perspective	365
5.10	WOMEN WITH DISABILITIES	368
5.10.1	Definition, number of affected women	369
5.10.2	Sexual and reproductive health of women with disabilities	371
5.10.3	Mobility barriers and access to the health care system	373
5.10.4	Personal assistance as a solution	374
5.10.5	Research, qualifications and empowerment for women with disabilities	375

6	WOMEN IN SPECIAL SOCIAL SITUATIONS, WITH SPECIFIC HEALTH CARE NEEDS	379
6.1	SINGLE MOTHERS	382
6.2	IMMIGRANT WOMEN	384
6.2.1	Women with a migration background in Vienna	385
6.2.2	Immigrant women and the health care system: health situation, use of services	387
6.2.3	Ageing and migration	388
6.2.4	Intercultural competence and opening up of the health care system	391
6.2.5	Violence against migrant women, traditionally influenced violence	392
6.2.6	Female genital mutilation (FGM)	392
6.2.7	Trafficking in women and girls	395
6.2.8	Forced marriage	397
6.3	LESBIAN WOMEN	398
6.4	HOMELESS WOMEN	401
6.5	PROSTITUTES	403
7	VIOLENCE AGAINST WOMEN – THE ROLE OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM	409
7.1	HEALTH-RELATED CONSEQUENCES OF VIOLENCE	410
7.2	FREQUENCY OF VIOLENCE AGAINST WOMEN	412
7.3	MEASURES AGAINST DOMESTIC VIOLENCE	412
7.3.1	Violence against women and children – a staff training programme for sensitisation and the protection of victims at the Vienna hospitals	412
7.3.2	Measures of the Municipal Department 57 – Promotion and Coordination of Women's Issues	413
7.3.3	Women's shelters in Vienna	415
7.3.4	Prevention of violence through anti-domestic violence legislation	418
7.3.5	Domestic Abuse Intervention Centre	418
7.3.6	“defendo” - self-defence courses	420
8	WOMEN-SPECIFIC HEALTH CARE INSTITUTIONS IN VIENNA, QUALITY ASSURANCE ASPECTS	423
8.1	WOMEN'S HEALTH CARE CENTRES	425
8.1.1	Women's health centre FEM	426
8.1.2	Women's health centre FEM Süd	426
8.2	COUNSELLING FOR WOMEN	427
8.2.1	Network of Austrian counselling centres for women and girls	427
8.2.2	Family counselling centres, family planning	429
8.2.3	Psychological and psychotherapeutic health care	431
8.3	EXAMPLES OF WOMEN-SPECIFIC HEALTH CARE MEASURES	432
8.3.1	Gynaecology, obstetrics, breastfeeding	432
8.3.2	Ward for women with alcohol problems	433
8.3.3	Psychosomatic outpatient clinic for women at the Vienna General Hospital	434
8.3.4	Psychiatric counselling centre for women	434
8.3.5	Women and drug addiction	435
8.3.6	Interdisciplinary treatment of women with breast cancer	436
8.4	SELF-HELP GROUPS	436
8.5	QUALITY ASSURANCE IN WOMEN'S HEALTH CARE	438
8.5.1	Law on the quality of health care services	438
8.5.2	Quality assurance in the treatment of women with breast cancer	438
8.5.3	Programme for improving the treatment of diabetes patients	441
8.5.4	Model project for integrated patient-oriented medical care (PIK) and PIK-Transfer	442

9	PREVENTION AND HEALTH PROMOTION	447
9.1	PREVENTION (PREVENTIVE HEALTH CARE, EARLY DETECTION)	448
9.1.1	The New Medical Check-up programme	448
9.1.2	Mother-child-booklet examinations	449
9.2	THE VIENNA HEALTH PROMOTION PROGRAMME	451
9.3	FURTHER EXAMPLES OF WOMEN'S HEALTH PROMOTION	454
9.3.1	Mental health promotion	454
9.3.2	HIV/AIDS prevention at the AIDS-Hilfe Wien	454
9.3.3	Health promotion for elderly women	456
9.3.4	Health promotion for immigrant women	458
9.3.5	Health promotion in hospitals	460
9.3.6	Health promotion and nursing care	461
10	IMPLEMENTATION OF THE VIENNA WOMEN'S HEALTH PROGRAMME	467
10.1	ONGOING AND FINALISED PROJECTS	468
10.1.1	Early detection programme for breast cancer	468
10.1.2	Model project for the prevention of postnatal depression	469
10.1.3	"Schwanger" – the information hotline on pregnancy 0800–2042 20	470
10.1.4	"Mamma Mia" – Health promotion for women with small children	470
10.1.5	Vienna information and prevention campaign against eating disorders (WIKE)/ eating disorder hotline 0800 201120	471
10.1.6	Two programmes on cardiovascular diseases: "Frauenherzen schlagen anders" and "Nach Herzenslust"	471
10.1.7	Women's health centre FEM Süd at the Kaiser-Franz-Josef Hospital	473
10.1.8	Violence against women and children – a staff training programme for sensitisation and the protection of victims at the Vienna hospitals	473
10.1.9	"Bright Future" – counselling centre against female genital mutilation	473
10.1.10	"barrierefrei" – gynaecological health care and preventive health care for women with disabilities	473
10.2	INFORMATION, AWARENESS BUILDING AND CREATION OF NETWORKS	474
10.3	EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF THE PROGRAMME	475
11	SUMMARY, PERSPECTIVES AND RECOMMENDATIONS	479
12	ANNEX	485
12.1	BIBLIOGRAPHY	485
12.2	SELECTED LINKS	511
12.3	ABBREVIATIONS AND ACRONYMS	514
12.4	GLOSSARY	515
12.5	WHO GUIDELINES FOR WOMEN'S HEALTH REPORTS	519

GRAFIKVERZEICHNIS

2 POLITIK UND GESUNDHEITSPOLITIK VON UND FÜR FRAUEN IN WIEN

Grafik 2.1:	Geschlechterproportion in den Landesregierungen und in der Bundesregierung 2005	85
Grafik 2.2:	Studierende der Fächer Medizin, Technik und Geisteswissenschaften 1993/94 bis 2002/2003 nach Geschlecht	89

3 DEMOGRAFISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER FRAUENGESUNDHEIT

Grafik 3.1:	Bevölkerung in Wien 2004 (Jahresdurchschnitt) nach Alter und Geschlecht	99
Grafik 3.2:	Frauenanteil an der Wohnbevölkerung Wiens 2004 (Jahresende) nach Bezirk	102
Grafik 3.3:	Anteil nicht österreichischer Staatsangehöriger an der Wohnbevölkerung Wiens 2004 (Jahresende) nach Bezirk	103
Grafik 3.4:	Lebendgeborene in Wien 1977 bis 2004	103
Grafik 3.5:	Gesamtfertilitäts- und Nettoreproduktionsrate in Wien und Österreich 1977 bis 2004	104
Grafik 3.6:	Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt in Wien und Österreich 1995 bis 2004	105
Grafik 3.7:	Familienstandsquoten in Wien 1991 und 2001 nach Geschlecht	108
Grafik 3.8:	Wohnbevölkerung mit Hauptwohnsitz Wien 2001 nach Familienstand, Alter und Geschlecht	109

4 GESUNDHEITSSITUATION VON FRAUEN IN WIEN

Grafik 4.1:	Mortalität aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (<I00-I99>) in Wien und Österreich 1970 bis 2004 nach Geschlecht	141
Grafik 4.2:	Sterbefälle aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten (<I20–I25>) und Akutem Myokardinfarkt (<I21-I22>) in Wien seit 1970 bis 2004 nach Geschlecht	141
Grafik 4.3:	Inzidenz und Mortalität bei Bösartigen Neubildungen (ICD-10 <C00-C97>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004	147
Grafik 4.4:	Inzidenz ausgewählter Krebserkrankungen bei Frauen in Wien 1993 bis 2002	148
Grafik 4.5:	Inzidenz und Mortalität an Brustkrebs (ICD-10 <C50>) bei Frauen in Wien 2002 bzw. 2004 nach Alter	149
Grafik 4.6:	Inzidenz und Mortalität an Brustkrebs (ICD-10 <C50>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004	150
Grafik 4.7:	Mastektomieraten in verschiedenen Ländern 2004	155
Grafik 4.8:	Inzidenz und Mortalität an Gebärmutterhalskrebs (ICD-10 <C53>) bei Frauen in Wien nach Alter 2002 bzw. 2004	157
Grafik 4.9:	Inzidenz und Mortalität an Gebärmutterhalskrebs (ICD-10 <C53>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004	158
Grafik 4.10:	Abnahme eines Scheidenabstrichs bei Frauen in Wien 2001 nach Alter	159
Grafik 4.11:	Inzidenz und Mortalität an Krebs des Gebärmutterkörpers (ICD-10 <C54-C55>) bei Frauen in Wien nach Alter 2002 bzw. 2004	162
Grafik 4.12:	Inzidenz und Mortalität am Krebs des Gebärmutterkörpers (ICD-10 <C54-C55>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004	163
Grafik 4.13:	Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs (ICD-10 <C33-C34>) in Wien nach Alter und Geschlecht 2002 bzw. 2004	164
Grafik 4.14:	Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs (ICD-10 <C33-C34>) in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004 nach Geschlecht	165
Grafik 4.15:	Prävalenz von Diabetes mellitus in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	170
Grafik 4.16:	Stationäre Behandlungsfälle aufgrund von Diabetes mellitus (ICD-10 <E10-E14>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Alter und Geschlecht	175
Grafik 4.17:	Sterbefälle aufgrund von Diabetes mellitus (ICD-10 <E10-E14>) in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht	176

Grafik 4.18: Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD 10 <X60-X84>) in Wien und Österreich 1995 bis 2004 nach Geschlecht	184
Grafik 4.19: Suizide in Wien 2002 nach Familienstand und Geschlecht	187
Grafik 4.20: Krankheiten der Atmungsorgane in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	189
Grafik 4.21: Chronische Bronchitis und Asthma in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	189
Grafik 4.22: Mortalität aufgrund Krankheiten der Atmungsorgane (ICD-10 <J00-J99>) und Chronische Krankheiten aufgrund der unteren Atemwege (ICD-10 <40-J47>) in Wien nach Geschlecht	191
Grafik 4.23: Gynäkologische Erkrankungen in Wien 1999	194
Grafik 4.24: Schmerzhaftes Menstruation, Dysmenorrhö in Wien 2001 nach Alter	198
Grafik 4.25: Krankheiten des Bewegungsapparates in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	203
Grafik 4.26: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10 <M00-M99>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Alter und Geschlecht	204
Grafik 4.27: Rückenschmerzen in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	205
Grafik 4.28: Schmerzen an Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften oder Gelenken in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	206
Grafik 4.29: AIDS-Erkrankungen und AIDS-Sterbefälle in Wien 1990 bis 2004 nach Geschlecht	208
Grafik 4.30: Erstkontakte von PatientInnen aufgrund von HIV/AIDS am AIDS-Zentrum des Otto Wagner-Spitals in Wien 1990 bis 2004 nach Geschlecht	211
Grafik 4.31: Berichtete Fälle von Neuerkrankungen an Syphilis in Wien 1985 bis 2002 nach Geschlecht	214
Grafik 4.32: Berichtete Fälle von Neuerkrankungen an Gonorrhö in Wien 1985 bis 2002 nach Geschlecht	215

5 GESUNDHEIT IN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSPHASEN

Grafik 5.1: Essverhalten von SchülerInnen in Wien 2001 nach Geschlecht	223
Grafik 5.2: Ausübung unterschiedlicher Sportarten bei 16- bis 24-jährigen in Wien 2001 nach Geschlecht	228
Grafik 5.3: 15-jährige SchülerInnen, die täglich rauchen, in Wien und Österreich 1990, 1994, 1998, 2001 nach Geschlecht	230
Grafik 5.4: 15-jährige SchülerInnen mit Alkoholrausch-Erfahrung (vier Mal oder öfters) in Wien und Österreich 1990, 1994, 1998, 2001 nach Geschlecht	230
Grafik 5.5: Alkoholkonsum 15- bis 29-Jähriger in Wien 1995 bis 2003 nach Geschlecht	231
Grafik 5.6: Erfahrungen mit Cannabis bei Personen im Alter von 15 bis 40 Jahren in Wien 1995, 1997, 1999, 2002, 2003 nach Geschlecht	231
Grafik 5.7: Erfahrungen mit Cannabis bei 16- bis 59-Jährigen in Wien 2001 nach Geschlecht	232
Grafik 5.8: Alter bei der ersten Regelblutung bei Frauen in Österreich 2001	234
Grafik 5.9: Teenagerschwangerschaften in industrialisierten Ländern 2003	237
Grafik 5.10: Gesunde Ernährung, fett- und zuckerreiche Ernährung in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	241
Grafik 5.11: Gesunde Ernährung, fett- und zuckerreiche Ernährung in Wien 2001 nach Schulbildung	241
Grafik 5.12: Adipositas (BMI 30 und darüber) bei Personen ab 20 Jahren 1991 und 1999 nach Geschlecht und Bundesländern	242
Grafik 5.13: Body Mass Index bei Personen über 20 Jahren in Wien 1999 nach Schulbildung und Geschlecht	244
Grafik 5.14: RaucherInnenstatus bei Personen ab 15 Jahren in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	246
Grafik 5.15: Anteil der RaucherInnen in der österreichischen Bevölkerung 1979, 1986, 1997 nach Bundesländern und Geschlecht	247
Grafik 5.16: Alkoholkonsum von Personen ab 15 Jahren in Wien 2003 nach Geschlecht	252
Grafik 5.17: Verhütung von Frauen 2005 in Österreich (zum Zeitpunkt der Befragung) nach Altersgruppen	258
Grafik 5.18: Charakteristika von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, 2001	261
Grafik 5.19: Geburten und Kaiserschnitte in Wien 1995 bis 2004	272
Grafik 5.20: Kaiserschnitt-Raten 2004 nach Bundesländern	273
Grafik 5.21: Stillraten 1998 nach Bundesländern	275
Grafik 5.22: Frühgeburten (Geburtsgewicht < 2.500 Gramm) in Wien und Österreich 1995 bis 2004	277
Grafik 5.23: Säuglingssterblichkeit (im 1. Lebensjahr Gestorbene auf 1.000 Lebendgeborene) in Wien und in Österreich gesamt 1951 bis 2003	278
Grafik 5.24: Krankenstandstage (Beschäftigte) in Wien (WGKK) 1990 bis 2004 nach Geschlecht	293
Grafik 5.25: Durchschnittsdauer eines Krankenstandes in Wien (WGKK) 1990 bis 2004 nach Geschlecht	293

Grafik 5.26: Arbeitslosenquote (Jahresdurchschnitt) in Wien und Österreich 1999 bis 2004 nach Geschlecht	297
Grafik 5.27: Berufliche Belastungen von MitarbeiterInnen in der Altenhilfe (Alten- und Pflegeheime, mobile Dienste) im Raum Wien und Niederösterreich 2003	303
Grafik 5.28: Personen, die Hilfe bei persönlichen Verrichtungen leisten bzw. mehr als 15 Stunden wöchentlich für die Betreuung Hilfs- und Pflegebedürftiger aufwenden in Österreich 2002 nach Geschlecht	308
Grafik 5.29: Lebenserwartung mit 60 und 70 Jahren in Wien 1995 bis 2004 nach Geschlecht	317
Grafik 5.30: Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	320
Grafik 5.31: Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	321
Grafik 5.32: Chronische Erkrankungen in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	322
Grafik 5.33: Tödliche Sturzunfälle (ICD-10 <W00-W19>) in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht	328
Grafik 5.34: Gegenwärtige psychische Gesundheitsprobleme in Österreich und der Europäischen Union (EU-15) 2003 nach Alter	330
Grafik 5.35: Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens und persönlichen Verrichtungen in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	333
Grafik 5.36: Sterbefälle in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht	335
Grafik 5.37: Sterblichkeit von Personen ab 50 Jahren aufgrund hüftgelenksnaher Frakturen (ICD-9 <820>) in Wien seit 1980 (5-Jahresabstände) nach Geschlecht	338
Grafik 5.38: Inkontinenz (in den letzten zwei Wochen vor der Befragung) in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	341
Grafik 5.39: Entwicklung der Zahl der Demenzkranken in Österreich von 2000 bis 2050	345
Grafik 5.40: Feinstaub PM10-Messungen (Jahresdurchschnitt) in europäischen Städten 2004	361
Grafik 5.41: Verkehrsmittelwahl (alle Tage) in Wien 1993 und 2001 nach Geschlecht	363
Grafik 5.42: Lärmstörung im Wohnbereich (tagsüber und/oder nachts) in Wien und Österreich 2003 nach Geschlecht	365

6 FRAUEN IN BESONDEREN SOZIALEN LAGEN, MIT SPEZIELLEN GESUNDHEITSBEDÜRFNISSEN

Grafik 6.1: Zufriedenheit von Alleinerzieherinnen mit unterschiedlichen Lebensbereichen	383
Grafik 6.2: Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Wien, 2001	385
Grafik 6.3: Sexuelle Erfahrungen mit gleichgeschlechtlichen PartnerInnen in Österreich 2005	399
Grafik 6.4: Subjektive Einstellung zu gleichgeschlechtlicher Sexualität in Österreich 2005	400

7 GEWALT GEGEN FRAUEN – DIE ROLLE DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Grafik 7.1: Frauen in den Wiener Frauenhäusern 2004 nach Aufenthaltsdauer	416
Grafik 7.2: Einkommen von Frauen (und Tätern) in den Wiener Frauenhäusern 2004	416
Grafik 7.3: Zahl der Kinder in den Wiener Frauenhäusern 2004 nach Alter	417

8 FRAUENSPEZIFISCHE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN IN WIEN, ASPEKTE DER QUALITÄTSSICHERUNG

Grafik 8.1: Empfehlungen zum Transfer von PIK-Maßnahmen und zur Weiterentwicklung struktureller Rahmenbedingungen	443
---	-----

TABELLENVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG: WAS KANN FRAUENGESUNDHEIT, WAS KÖNNEN FRAUENGESUNDHEITSBERICHTE LEISTEN?

Tabelle 1.1:	Meilensteine der Frauengesundheit und Frauenpolitik in Wien und international	65
Tabelle 1.2:	Gegenüberstellung der Ziele von Frauenpolitik und Gender Mainstreaming	72
Tabelle 1.3:	Frauengesundheitsberichterstattung in Österreich 1995 bis 2005	78

2 POLITIK UND GESUNDHEITSPOLITIK VON UND FÜR FRAUEN IN WIEN

Tabelle 2.1:	Entscheidungspositionen in den 50 größten, börsennotierten Unternehmen nach Land (EU-25) und Geschlecht	86
Tabelle 2.2:	Vorstands- und Aufsichtsratsmitglieder der an der Wiener Börse notierten Unternehmen 2005 nach Geschlecht	87
Tabelle 2.3:	Studierende, UniversitätslehrerInnen, AssistentInnen und UniversitätsprofessorInnen an österreichischen Universitäten 1993/94 und 2002/03 nach Geschlecht	88
Tabelle 2.4:	Gesundheitsberufe in Krankenanstalten in Wien und Österreich 2003 nach Geschlecht	90
Tabelle 2.5:	ÄrztInnen 1994 und 2004 nach Geschlecht und Bundesland	90
Tabelle 2.6:	PrimärärztInnen 1994 und 2004 nach Geschlecht und Bundesland	91
Tabelle 2.7:	Ausgewählte Fachdisziplinen der Medizin in Österreich und Wien 1994 und 2004 nach Geschlecht	92

3 DEMOGRAFISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER FRAUENGESUNDHEIT

Tabelle 3.1:	Bevölkerung in Wien 2004 (Jahresdurchschnitt) nach Alter und Geschlecht	100
Tabelle 3.2:	Bevölkerungsvorausschätzung für Wien 2005 bis 2050 (mittlere Variante) nach breiten Altersgruppen	101
Tabelle 3.3:	Zahl der Kinder (Frauen im Alter von 40 und mehr Jahren) 2001 nach Bundesland	105
Tabelle 3.4:	Ehescheidungen und Kinder aus geschiedenen Ehen 2004 nach Bundesland	107
Tabelle 3.5:	Privathaushalte 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Bundesland und Haushaltsgröße	110
Tabelle 3.6:	Personen in Einpersonenhaushalten in Wien 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Alter und Geschlecht	111
Tabelle 3.7:	Familientypen und Kinder in Wien 2001	111
Tabelle 3.8:	Alleinerzieherinnen 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Bundesland und Familienstand	112
Tabelle 3.9:	Höchste abgeschlossene Schulbildung (Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren) in Wien 2001 nach Geschlecht	113
Tabelle 3.10:	Erwerbsquote (Labour Force Konzept) 2001 nach Bundesland und Geschlecht	114
Tabelle 3.11:	Kennziffern zur Erwerbstätigkeit in Wien 1991 und 2001 nach Geschlecht	114
Tabelle 3.12:	Erwerbstätigkeit (Labour-Force-Konzept) von Frauen mit Kindern 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Bundesland	116
Tabelle 3.13:	Kindergärten, Betreuungsquoten der unter 3-Jährigen und der 3- bis 5-Jährigen 2004/2005 nach Bundesland	118
Tabelle 3.14:	Brutto-Jahreseinkommen, Standardisiertes Brutto-Jahreseinkommen, Netto-Jahreseinkommen in Wien und Österreich 2003 nach Geschlecht	120
Tabelle 3.15:	Netto-Jahreseinkommen der PensionistInnen mit Wohnsitz in Wien und Österreich 2002 nach Geschlecht	121
Tabelle 3.16:	Armutgefährdung in Österreich 2003	122

4 GESUNDHEITSSITUATION VON FRAUEN IN WIEN

Tabelle 4.1:	Lebenserwartung (bei der Geburt; mit 60 Jahren) in Wien 1995 bis 2004 nach Geschlecht	128
Tabelle 4.2:	Lebenserwartung (bei der Geburt; mit 60 Jahren) 2004 nach Bundesland und Geschlecht	129
Tabelle 4.3:	Gestorbene in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht	130

Tabelle 4.4:	Todesursachen in Wien 2004 nach Geschlecht	132
Tabelle 4.5:	Akute Herzinfarktsymptome nach Geschlecht	138
Tabelle 4.6:	Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht	140
Tabelle 4.7:	Stationär versorgte Erkrankungsfälle aufgrund von Akutem Myokardinfarkt in der Wiener Bevölkerung 1994 bis 2003 nach Geschlecht	143
Tabelle 4.8:	Krebsneuerkrankungen (ICD-10 <C00-C43, C45-C97>) in Wien 2002 nach Lokalisation und Geschlecht	146
Tabelle 4.9:	Lebenszeitprävalenz Psychischer und Verhaltenstörungen in verschiedenen Ländern nach Geschlecht	181
Tabelle 4.10:	Stationäre Aufenthalte aufgrund Psychischer und Verhaltensstörungen (ICD-10 <F00-F99>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Geschlecht	182
Tabelle 4.11:	Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD 10 <X60-X84>) in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht	185
Tabelle 4.12:	Angewandte Methode bei Selbstmord und Selbstmordversuchen in Wien 2002 nach Geschlecht	186
Tabelle 4.13:	Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane (ICD-10 <J00-J99>) in Wiener Krankenanstalten nach Geschlecht	190
Tabelle 4.14:	Krankenstandsfälle und Krankenstandstage in Wien (WGKK) 2004 nach ausgewählten Krankheitsgruppen	195
Tabelle 4.15:	Stationäre Aufenthalte von Frauen aufgrund ausgewählter Erkrankungen in den Wiener Krankenanstalten 2003	195
Tabelle 4.16:	Zyklusstörungen (Störungen des Blutungsmusters bzw. der Blutungsrhythmik)	197
Tabelle 4.17:	Indikationen zur Hysterektomie	200
Tabelle 4.18:	Gebärmutterentfernungen bei stationär behandelten Patientinnen 1997 bis 2000 nach Bundesland	201
Tabelle 4.19:	Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (ICD-10 <M00-M99>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Alter und Geschlecht	204
Tabelle 4.20:	Gemeldete HIV-Neuinfektionen, AIDS-Erkrankungen und AIDS-Sterbefälle in Wien und Österreich 1983 bis 2004	209
Tabelle 4.21:	Kumulative Fälle gemeldeter AIDS-Erkrankungen und -Sterbefälle in Wien und Österreich 2005 nach Geschlecht	209
Tabelle 4.22:	Frauenanteil bei HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten im Rahmen der Österreichischen HIV-Kohorte 2004 nach Geschlecht und Wohn-Bundesländern	210
Tabelle 4.23:	TeilnehmerInnen der Österreichischen HIV-Kohortenstudie 2004 nach Übertragungswegen des HI-Virus und Bundesländern	211
Tabelle 4.24:	Sexuell übertragbare Erkrankungen nach Erregertypus, -name und Erkrankung	212
Tabelle 4.25:	Inzidenz von Syphilis und Gonorrhö in Wien und in Österreich 1990 bis 2002 nach Geschlecht	215

5 GESUNDHEIT IN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSPHASEN

Tabelle 5.1:	Body Mass Index (BMI) für Mädchen und Burschen im Alter von 10 bis 18 Jahren (Normwerte)	221
Tabelle 5.2:	Adipositas bei 10- bis 15-Jährigen in Wien 2003 nach Geschlecht	222
Tabelle 5.3:	Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen	225
Tabelle 5.4:	Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Anorexie/Bulimie in Österreich 1989 bis 2000 nach Geschlecht	226
Tabelle 5.5:	Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Essstörungen in Wien und Österreich 2001 bis 2003 nach Geschlecht	226
Tabelle 5.6:	Körperliche Bewegung und sportliche Betätigung bei 16- bis 24-Jährigen in Wien 2001 nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft	227
Tabelle 5.7:	Subjektives Erleben der ersten Menstruation bei Frauen in Wien und Österreich 2005	234
Tabelle 5.8:	Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in Österreich 1991, 2001, 2005 nach Geschlecht	235
Tabelle 5.9:	Verhütungsmethode beim ersten Geschlechtsverkehr in Österreich 1991, 2001, 2005 nach Geschlecht	235

Tabelle 5.10: Lebendgeburten bei 12- bis 14-jährigen und 15- bis 19-jährigen Müttern in Österreich und Wien 1994 bis 2004	236
Tabelle 5.11: Body Mass Index (BMI) bei Personen ab 20 Jahren in Wien und Österreich 1999 nach Geschlecht	242
Tabelle 5.12: Body Mass Index (BMI) bei Personen ab 20 Jahren in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	243
Tabelle 5.13: Körperliche Bewegung bei Personen ab 16 Jahren in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	244
Tabelle 5.14: RaucherInnenstatus bei Personen ab 16 Jahre in Wien 2001 nach Schulbildung, Art des Wohnbezirks und Geschlecht	248
Tabelle 5.15: Effekte des Rauchens auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen und Männern und auf die Gesundheit von Kindern	249
Tabelle 5.16: Chronischer Alkoholismus in Österreich (Schätzungen)	251
Tabelle 5.17: Stationäre Behandlung von Alkoholismus 1993 bis 2003 nach Bundesländern, Altersgruppen und Geschlecht	252
Tabelle 5.18: Symptome der Alkoholembryopathie (Fetales Alkoholsyndrom, FAS)	253
Tabelle 5.19: Spektrum der in Österreich angebotenen Kontrazeptiva	257
Tabelle 5.20: Schwangerschaftsabbrüche in den Krankenanstalten 1993 bis 2003 nach Bundesländern	259
Tabelle 5.21: Methoden der assistierten Reproduktion (medizinisch unterstützte Befruchtung)	262
Tabelle 5.22: IVF-Fonds-Patientinnenstromanalyse 2004 nach Bundesländern	263
Tabelle 5.23: Methoden der Pränataldiagnostik	264
Tabelle 5.24: Pränataldiagnostische Angebote an ausgewählten Wiener Geburtenabteilungen 2004	266
Tabelle 5.25: Lebendgeburten in Wien und Österreich 1995 und 2004 nach Ort der Geburt bzw. nach ambulanter/stationärer Geburt	270
Tabelle 5.26: Kaiserschnitt- und Dammschnitt-Raten in ausgewählten Wiener geburtshilflichen Abteilungen 2004	273
Tabelle 5.27: Postpartale Depressionen laut Selbsteinschätzung in Wien und Österreich 2005	276
Tabelle 5.28: Erwerbspersonen (Labour Force Konzept) in Wien und Österreich 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Berufsabteilung und Geschlecht	291
Tabelle 5.29: Krankenstandsfälle und -tage in Wien (WGKK) 2004 nach Krankheitsgruppen und Geschlecht	294
Tabelle 5.30: Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (Schadensfälle und Krankenstandstage) in Wien (WGKK) 2004 nach beruflicher Stellung und Geschlecht	295
Tabelle 5.31: Anerkannte Berufskrankheiten in Wien und Österreich 1999–2003	295
Tabelle 5.32: Indikatoren zum Gesundheitsverhalten und -zustand erwerbstätiger und arbeitsloser Frauen und Männer sowie ausschließlich haushaltsführender Frauen in Wien 1999	299
Tabelle 5.33: Krankenstände Arbeitsloser und Beschäftigter in Wien (WGKK) 2004 nach Geschlecht	300
Tabelle 5.34: Pflegepersonal in den Wiener Krankenanstalten am 31. Dezember 2003 nach Fachrichtungen und Geschlecht	302
Tabelle 5.35: Aspekte eines erweiterten Gesundheitsverständnisses	318
Tabelle 5.36: Häufigste Krankheitsgruppen bei 60-Jährigen und Älteren in Wien 2001 nach Geschlecht	323
Tabelle 5.37: Häufigste chronische Erkrankungen in Wien 1999 ausgewählter Altersgruppen nach Geschlecht	324
Tabelle 5.38: Intrinsische Sturzrisikofaktoren	325
Tabelle 5.39: Sturzfolgen bei geriatrischen PatientInnen	327
Tabelle 5.40: Psychische Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Index) in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	331
Tabelle 5.41: Gruppenspezifischer Erwartungswert psychischer Beschwerden in Wien 2001	331
Tabelle 5.42: PflegegeldbezieherInnen (Bundespflegegeld; alle Entscheidungsträger) in Wien und Österreich 2002 nach Pflegestufe	334
Tabelle 5.43: Todesursachen (ICD-10, Hauptgruppen) in Wien 2004 ausgewählter Altersgruppen nach Geschlecht	335
Tabelle 5.44: Prävalenz der Osteopenie und der Osteoporose in der weißen Bevölkerung der USA auf der Basis der NHANES-III-Daten	337
Tabelle 5.45: Risikofaktoren für osteoporotische Frakturen	337
Tabelle 5.46: Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen nach Alter und Geschlecht	344

Tabelle 5.47: Ausgewählte Indikatoren der Berliner Altersstudie zur Medikation im Alter nach Geschlecht	352
Tabelle 5.48: Health Impact Assessment für Luftverschmutzung: potenzieller Benefit der Reduktion von Feinstaub PM10 und Ozon in Wien 2005	362
Tabelle 5.49: Internationale und europäische Politik zu Umwelt, Gesundheit und Nachhaltigkeit	366
Tabelle 5.50: STEP 2005: Grundsätze nachhaltiger Entwicklung	367
Tabelle 5.51: Unterschiedliche Datenquellen zur Häufigkeit von Behinderungen	370
Tabelle 5.52: PflegegeldbezieherInnen (Bundespflegegeld, alle Entscheidungsträger) in Wien und Österreich 2002 nach Pflegestufe und Geschlecht	370
Tabelle 5.53: Erwerbstätigkeit und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für Frauen mit Behinderung 2002	371
Tabelle 5.54: Barrierefreie Ausstattung der österreichischen ÄrztInnenpraxen 2003 nach Bundesländern	374

6 FRAUEN IN BESONDEREN SOZIALEN LAGEN, MIT SPEZIELLEN GESUNDHEITSBEDÜRFNISSEN

Tabelle 6.1: Wiener Bevölkerung 2001 nach Staatsangehörigkeit, Geburtsland und Geschlecht	386
Tabelle 6.2: Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Body Mass Index (BMI) in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	387
Tabelle 6.3: Durchschnittliche Zahl der Konsultationen von ÄrztInnen im Jahr vor der Befragung in Wien 1999 nach Fachrichtung, Staatsbürgerschaft und Geschlecht	388
Tabelle 6.4: Wiener Bevölkerung 2001 nach Staatsangehörigkeit, Altersgruppen und Geschlecht	389
Tabelle 6.5: Bedürfnisse bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit von Frauen in Wien 1999	390
Tabelle 6.6: Schätzung der von Genitalbeschneidung betroffenen afrikanischen Frauen in Wien und Österreich 2001	393
Tabelle 6.7: Arten der gesetzlichen Regelung und Modelle der Prostitution in den 25 EU-Mitgliedsstaaten	403

7 GEWALT GEGEN FRAUEN – DIE ROLLE DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Tabelle 7.1: Gesundheitliche Folgen von Gewalt	411
Tabelle 7.2: Prävalenz unterschiedlicher Gewaltformen in Deutschland 2004	412
Tabelle 7.3: Kontakte und Klientinnen der Beratungsstelle der Wiener Frauenhäuser 2004	417
Tabelle 7.4: Wegweisungsstatistik Österreich gesamt 1997 bis 2004	419
Tabelle 7.5: Wegweisungsstatistik Wien 2003 und 2004 nach Gemeindebezirken	420

8 FRAUENSPEZIFISCHE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN IN WIEN, ASPEKTE DER QUALITÄTSSICHERUNG

Tabelle 8.1: Handlungsfelder einer frauenspezifischen Gesundheitsversorgung	425
Tabelle 8.2: Wiener Beratungsstellen im Rahmen des Netzwerks Österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen	428
Tabelle 8.3: Familienberatungsstellen in Wien 2006	430
Tabelle 8.4: Versorgungsdichte für Psychotherapie, Klinische und Gesundheitspsychologie, Psychodiagnostik 2001 nach Bundesländern	432
Tabelle 8.5: Schwerpunkte und Themen der Selbsthilfegruppen in Wien und Österreich	437

9 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Tabelle 9.1: Untersuchungen für Mutter und Kind im Rahmen des Mutter-Kind-Passes seit 2002	450
Tabelle 9.2: Schwerpunkte und Einzelprojekte des Gesundheitsförderungsprogramms „Ein Herz für Wien“	452

10 DIE UMSETZUNG DES WIENER PROGRAMMS FÜR FRAUENGESUNDHEIT

Tabelle 10.1: Information, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit 1999 bis 2005 (Auswahl)	474
---	-----

ZUSAMMENFASSUNG

ZUSAMMENFASSUNG

Entwicklung der Frauengesundheit in Wien, Rolle der Frauengesundheitsberichterstattung

Die Wurzeln der Frauengesundheit sind verzweigt: Wesentlich zu ihrer Entwicklung beigetragen haben die **internationale Frauenpolitik der Vereinten Nationen** und die europäische **Gesundheits- und Gesundheitsförderungspolitik der Weltgesundheitsorganisation (WHO)**. In Wien wurde Frauengesundheit im Jahr 1991 im Rahmen der Konferenz „Women’s Health and Urban Policies“ erstmals auf die gesundheitspolitische Agenda gesetzt. Seither wurde zunehmend deutlich, dass Frauengesundheit über die Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden bei verschiedenen Gesundheitsindikatoren hinaus Teil einer aktiven Frauenförderung und gesundheitspolitisches Programm ist – wie das im Jahr 1998 vom Wiener Gemeinderat beschlossene **Wiener Programm für Frauengesundheit** verdeutlicht. Basis der Programmentwicklung war der 1996 anhand von WHO-Richtlinien erstellte erste Wiener Frauengesundheitsbericht, der, wie auch der aktuelle Frauengesundheitsbericht, Frauengesundheit im psychosozialen und sozioökonomischen Lebenszusammenhang von Frauen und in einem weit gesteckten gesundheits- und sozialpolitischen Rahmen sieht.

Demografische und sozioökonomische Rahmenbedingungen der Frauengesundheit

Gegenwärtig leben in Wien 846.000 Frauen, das sind mehr als die Hälfte (52,4 Prozent) der Wiener Bevölkerung. 13,7 Prozent sind Kinder bzw. Mädchen, 60,8 Prozent im erwerbsfähigen Alter und 25,5 Prozent 60 Jahre oder älter. Die Bevölkerungsvorausschätzung lässt für Wien eine geringere Zunahme des Altenteils (60 Jahre oder älter) als für das gesamte Bundesgebiet erwarten. Die starken Wanderungsgewinne, insbesondere die Zuwanderung aus dem Ausland, sorgen nicht nur für hohe Anteile an Personen im Erwerbsalter, sondern verringern durch höhere Geburtenzahlen auch den Rückgang des Anteils der Kinder an der Gesamtbevölkerung.

Die Veränderung der Lebensformen **junger Wienerinnen** ist ähnlich wie im übrigen Österreich durch eine sinkende Heiratshäufigkeit, ein steigendes Heiratsalter,

eine Zunahme der Ehescheidungshäufigkeit, eine geringere Kinderzahl und ein steigendes Alter bei der Geburt der Kinder charakterisiert. In Wien ist die Scheidungsrate höher als im gesamten Bundesgebiet. Bei einem Anhalten der gegenwärtigen ehedauerspezifischen Scheidungsraten ist damit zu rechnen, dass 60 Prozent der derzeit neu geschlossenen Ehen wieder geschieden werden. Die hohe Scheidungsrate ist einer der Gründe für den hohen Anteil an Alleinerzieherinnen in Wien.

Frauen sind nach wie vor in **vielen Lebensbereichen stark benachteiligt**, egal ob es um unbezahlte Hausarbeit, um Ausbildung und vor allem um Beruf und Einkommen geht. Obwohl Frauen in Wien ein höheres **Bildungsniveau** als Frauen im gesamten Bundesgebiet haben, ist es auch in Wien niedriger als jenes der Männer. Allerdings gleicht sich unter den jüngeren Kohorten das Bildungsniveau der Geschlechter zunehmend an.

Wien weist die von allen Bundesländern höchste **Erwerbsbeteiligung** von Frauen auf. Jedoch gibt es auch in Wien nach wie vor deutliche Unterschiede in der Struktur der Erwerbsbeteiligung der Geschlechter: Trotz bestehender Verbesserungen sind Frauen seltener als Männer in Führungspositionen, arbeiten vorwiegend in frauentypischen Berufen und häufiger in Teilzeit bzw. als geringfügig Beschäftigte, Arbeitsformen, die auch bei Männern im Steigen begriffen sind.

Frauen in Wien verfügen zwar über höhere **Einkommen** als Frauen im gesamten Bundesgebiet und auch die Einkommensunterschiede zwischen den Geschlechtern sind hier geringer, dennoch haben auch in Wien Frauen gegenüber Männern erhebliche Einkommensnachteile. Niedrige Fraueneinkommen führen bei Scheidung und im Alter nicht selten in die Armutsfalle.

Gesundheitszustand von Frauen in Wien

Lebenserwartung und Sterblichkeit

Frauen in Wien haben derzeit mit 81,3 Jahren eine um 5,6 Jahre höhere **Lebenserwartung** als Männer (75,7 Jahre). Die Geschlechterdifferenz hat sich im letzten Jahrzehnt allerdings zugunsten der Männer etwas verringert: Während es bei den Frauen lediglich zu einem

Zuwachs von 2,5 Jahren kam, betrug der Anstieg bei den Männern 3,5 Jahre. Analog zur steigenden Lebenserwartung ist die **Sterblichkeit** in Wien im letzten Jahrzehnt bei beiden Geschlechtern weiter gesunken. Frauen haben eine geringere **Sterblichkeit** als Männer, auch die **vorzeitige Sterblichkeit** ist bei ihnen geringer. Von den im Jahr 2004 in Wien Verstorbenen sind von den Frauen 15 Prozent, von den Männern 32 Prozent vor dem 65. Lebensjahr verstorben. Wien schneidet im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet nicht nur bei der Lebenserwartung schlechter ab, auch die Sterblichkeit ist in Wien, insbesondere bei den Frauen, höher. Eine Rolle dürfte der Großstadtfaktor spielen, wobei unter anderem Unterschiede im Lebensstil, im Bereich der Umwelt, in der Bevölkerungszusammensetzung (z. B. durch verstärkte Migration) zum Tragen kommen.

Hauptursache der Sterblichkeit von Frauen und Männern sind **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und **Krebs**. Mehr als die Hälfte der im Jahr 2004 in Wien verstorbenen Frauen ist an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben, ca. ein Viertel an Krebs. Bei den Männern sind lediglich ca. 40 Prozent an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben, ca. 30 Prozent an Krebs. Hauptursache der **vorzeitigen Sterblichkeit** sind die Krebserkrankungen: Nahezu jede zweite vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau und jeder dritte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann stirbt an Krebs. Hauptursache der **Krebsfrühsterblichkeit** bei den **Frauen** sind der Brustkrebs und der Lungenkrebs (je 10 Prozent der vorzeitigen Sterbefälle), bei den **Männern** der Lungenkrebs (10 Prozent). Eine wichtige Rolle im Rahmen der vorzeitigen Sterblichkeit spielen des Weiteren Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Frauen 16 Prozent, Männer 22 Prozent). Die höhere Frühsterblichkeit der Männer an den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist vor allem dem Herzinfarkt zuzuschreiben. Etwa jede zwanzigste vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau und etwa jeder zehnte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann erliegt einem Herzinfarkt. Bei den Frauen gewinnen die Ischämische Herzkrankheit bzw. der Herzinfarkt erst im höheren Alter vermehrt an Bedeutung.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Insgesamt sterben mehr Frauen als Männer an **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**. Bei Frauen führen Herz-Kreislauf-Erkrankungen insbesondere im höheren Lebensalter zu einem steigenden Bedarf an medizinischer

und pflegerischer Betreuung. Zu den **Risikofaktoren** der koronaren Herzkrankheit und des Herzinfarkts zählen der Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Diabetes, Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel, familiäre Belastung, soziale und psychosoziale Faktoren (berufliche Belastung, ungünstige Soziallage). Jedoch gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Ausmaß des Einflusses und im Zusammenwirken auf das Erkrankungsrisiko. Beispielsweise findet sich bei Frauen mit koronarer Herzkrankheit Diabetes deutlich häufiger. Durch die Zunahme bestimmter Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Diabetes mellitus) ist in den nächsten Jahren mit einer Zunahme der Herzinfarkt-mortalität bei Frauen zu rechnen.

Die Frauengesundheitsforschung verweist auf **frauenspezifische Defizite im Zugang zur Behandlung, in der Diagnose und Therapie des akuten Myokardinfarkts**. Die frauentypischen Beschwerden (wie Übelkeit und Erbrechen, ziehende bzw. stechende Schmerzen zwischen den Schulterblättern) lassen eher als bei Männern an andere Krankheiten denken. Dies trägt zusammen mit der Tatsache, dass viele der betroffenen (vor allem älteren) Frauen allein stehend sind, dazu bei, dass Frauen häufiger vor dem Erreichen des Krankenhauses versterben bzw. in einem bedenklichen Zustand ins Krankenhaus eingeliefert werden und dort versterben. Zugleich erhöhen bei Frauen das höhere Alter und bestehende Begleitkrankheiten das Mortalitätsrisiko. Besondere Probleme im Zugang zur medizinischen Versorgung und bei Diagnose und Therapie des Herzinfarkts ergeben sich laut vorliegender Studien bei Migrantinnen.

Krebserkrankungen

In Wien erkranken jährlich ca. 3.400 Frauen und 3.300 Männer neu an **Krebs**. Jeweils rund 2.100 Frauen und Männer sterben daran. Die häufigsten Krebsneuerkrankungen und Ursachen der Krebssterblichkeit bei Frauen sind Brustkrebs, Dickdarmkrebs und Lungenkrebs, bei den Männern Prostatakrebs, Lungenkrebs und Dickdarmkrebs.

Ca. 900 Frauen in Wien erkranken jährlich an **Brustkrebs**, ca. 400 sterben daran. Während Neuerkrankungen eher steigen, sinkt die Mortalität. Da bisher Entstehung und Möglichkeiten der Primärprävention von Brustkrebs nur unzureichend geklärt sind, kommt der Früherkennung besondere Bedeutung zu. Die Europäi-

sche Kommission und das Europäische Parlament haben die Mitgliedsstaaten aufgerufen, bis zum Jahr 2008 ein bevölkerungsbezogenes, qualitätsgesichertes Mammografie-Screening-Programm aufzubauen. Wien hat bereits von 2000 bis 2002 das Wiener Brustkrebs-Früherkennungsprogramm durchgeführt. Im Jahr 2006 ist in ganz Österreich die Implementierung von Mammografie-Screening-Modellprojekten geplant. Modellregionen in Wien sind der 15., 16., und 17. Bezirk. Durch das systematische Mammografie-Screening wird eine Senkung der Brustkrebsmortalität um 25 bis 30 Prozent angestrebt, zugleich ist aber auch Qualitätssicherung eine der Zielsetzungen. Da das systematische Mammografie-Screening unter ExpertInnen nur eingeschränkte Zustimmung findet, sind eine umfassende Evaluation in den Modellregionen, ebenso wie die Aufklärung der Frauen über Vor- und Nachteile des Screenings von besonderer Bedeutung.

Weitere frauenspezifische Krebserkrankungen, die jedoch deutlich seltener als der Brustkrebs sind, sind der Krebs des **Gebärmutterhalses** und des **Gebärmutterkörpers**. Im Jahr 2002 sind (ohne Einbeziehung der Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses) in Wien ca. 300 Frauen an einer dieser beiden Krebsarten erkrankt. Im Steigen begriffen sind bei Frauen Neuerkrankungen und Mortalität bei **Lungenkrebs**, während diese bei den Männern sinken. Im Jahr 2002 sind in Wien ca. 330 Frauen und 580 Männer neu an Lungenkrebs erkrankt. Ca. jede zehnte Krebsneuerkrankung der Frauen und nahezu jede sechste der Männer ist ein Lungenkrebs. Ca. 300 Frauen und 520 Männer sind im Jahr 2004 in Wien an Lungenkrebs gestorben, das sind 16 Prozent der Krebssterbefälle von Frauen und ein Viertel der Krebssterbefälle von Männern. Ausschlaggebend für das Ansteigen von Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs bei den Frauen ist die steigende Zahl der Raucherinnen. Das vermehrte Rauchen insbesondere junger Frauen lässt für die Zukunft eine weitere Zunahme erwarten.

Diabetes mellitus

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und eines ungünstigen gesundheitsbezogenen Lebensstils ist in Zukunft mit einer Zunahme von Diabetes mellitus zu rechnen. In Wien sind von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung laut Eigenangaben 4,3 Prozent der Frauen und 3,4 Prozent der Männer betroffen. Vor allem im höheren Alter erkranken deutlich mehr Frauen

als Männer an Diabetes mellitus (zurückzuführen vor allem auf **Typ 2-Diabetes**). Diabetes mellitus stellt vor allem aufgrund der damit verbundenen Komplikationen, Begleit- und Folgeerkrankungen eine große Herausforderung für die Gesundheitspolitik dar. Frauen erleben die Krankheit nicht nur anders als Männer, auch die Auswirkungen der Krankheit sind bei Frauen zum Teil gravierender.

Bei Frauen zum Tragen kommt der **Schwangerschaftsdiabetes**, der mit bestimmten Risiken für Mutter und Kind verbunden ist (z. B. Frühgeburten, Kaiserschnittentbindungen, erhöhter Sterblichkeit des Kindes nach der Geburt). Um Folgeschäden des Diabetes mellitus möglichst zu vermeiden bzw. zumindest zu verringern, sind Früherkennung, optimale Therapie und Nachsorge von enormer Bedeutung.

Eine wichtige Rolle im Rahmen der Therapie von Diabetes mellitus spielt die **qualitätsgesicherte PatientInnenschulung**, deren vorrangiges Ziel die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz (im Sinne des Empowerment) der PatientInnen ist. In Wien wird neben verschiedenen Maßnahmen der Qualitätssicherung im stationären Bereich der Ausbau einer qualitätsgesicherten Betreuung und Behandlung von DiabetikerInnen (einschließlich PatientInnenschulung) im ambulanten Bereich forciert.

Psychische und Verhaltensstörungen, Suizid

Frauen sind zwar insgesamt nicht häufiger als Männer von psychischen und Verhaltensstörungen betroffen, allerdings treten einzelne Diagnosen wie etwa **Depressionen** und **Angststörungen** bei Frauen häufiger auf, bei Männern hingegen z. B. alkohol- und suchtasoziierte Störungen. Als Ursachen für das gehäufte Auftreten von Depressionen und Angststörungen bei Frauen gelten unter anderem geschlechtsspezifisch geprägte Normen und Rollen, die zu einem Mangel an Autonomie und Kontrolle über das eigene Leben führen. Die Mehrfachbelastung, das Gefühl den vielfältigen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, kann zu Überforderung, übermäßigem Stress und in der Folge zu Burnout führen. Weitere Ursachen depressiver Verstimmungen sind Armut, Arbeitslosigkeit und damit einhergehende Belastungen, vor allem aber das hohe Risiko von Frauen, Opfer von Gewalt (körperliche Gewaltausübung, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, etc.) zu werden. Körperliche und sexualisierte Gewalt gegenüber Frauen

ist auch häufig mit posttraumatischen Belastungsstörungen, psychosomatischen Symptomen, Essstörungen, Substanzabhängigkeit, sexuellen Dysfunktionen und Beeinträchtigungen der reproduktiven Gesundheit (chronisch gynäkologische Probleme, HIV, etc.) verbunden und geht außerdem mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Frauen begehen zwar seltener **Suizid** als Männer, unternehmen aber häufiger Suizidversuche.

Krankheiten der Atmungsorgane

Bei Frauen ist nicht nur eine steigende Mortalität aufgrund von Lungenkrebs, sondern auch aufgrund von **Krankheiten der Atmungsorgane** zu beobachten. Dieser Anstieg ist vor allem auf die zunehmende Sterblichkeit bei chronischen Krankheiten der unteren Atemwege zurückzuführen, zu denen auch **die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)** zählt. Gegenwärtig ist deren Prävalenz in einzelnen Altersgruppen bei Frauen bereits höher als bei Männern. Häufigste Ursache der COPD ist das Rauchen, weitere Risikofaktoren sind berufsbedingte Staubbelastung, Luftverschmutzung, häufige Atemwegsinfektionen in der Kindheit und genetische Veranlagung. Aufgrund der steigenden Anzahl von Raucherinnen ist in Zukunft mit einer noch stärkeren Verbreitung der COPD bei Frauen zu rechnen.

Gynäkologische Erkrankungen

Gynäkologische Erkrankungen führen zwar selten zum Tod, können aber trotz meist guter Heilungschancen Frauen körperlich, seelisch und sozial stark beeinträchtigen, wobei je nach Lebensphase unterschiedliche gynäkologische Erkrankungen im Vordergrund stehen. Eine bedeutsame gynäkologische Erkrankung, die im reproduktiven Alter auftritt und meist mit starken Beschwerden und chronischen Schmerzen verbunden ist, ist die **Endometriose**. Diese Krankheit wird oft lange Zeit nicht erkannt und ist nicht selten Ursache ungewollter Kinderlosigkeit.

Ein wichtiges Thema im Rahmen der Gynäkologie sind die **gynäkologischen Operationen**. Ca. ein Drittel aller stationären Aufenthalte von Frauen mit operativen Leistungen ist auf Operationen im Zusammenhang mit Diagnosen im Bereich weiblicher Genitalorgane, Geburtshilfe zurückzuführen. Obwohl in Wien die Zahl der **Gebärmutterentfernungen** (Hysterektomien) stark rückläufig ist, sind jährlich ca. 10.000 Frauen da-

von betroffen. Gebärmutterentfernungen, aber auch andere gynäkologische Operationen sind für Frauen oft mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. Einrichtungen wie Frauengesundheitszentren und GynäkologInnen, die mit den Folgen für die betroffenen Frauen befasst sind, kritisieren vor allem die unzureichende Aufklärung der Patientinnen und die Nichtbeachtung vorhandener Alternativen.

Krankheiten des Bewegungsapparats

Frauen haben häufiger als Männer Krankheiten des Bewegungsapparats, vor allem ältere Frauen sind in hohem Maße betroffen: Von den 60-Jährigen und Älteren leiden in Wien laut Eigenangaben 27 Prozent der Frauen und 17 Prozent der Männer an Krankheiten des Bewegungsapparats. Vor allem **Osteoporose, Arthritis und Arthrose** sind bei Frauen häufig. Besonders weit verbreitet bei Frauen sind **Rückenschmerzen**: Während Rückenprobleme bei Frauen eher eine Folge der alltäglichen Belastungen sind, spielen bei Männern Verletzungen eine größere Rolle. Frauen arbeiten häufiger in Berufen, die den Rücken belasten (Krankenschwestern, Altenpflegerinnen, Verkäuferinnen, Computerarbeitsplätze). Auch die Menstruation ist nicht selten mit Rückenschmerzen verbunden. Eine starke Belastung für die Wirbelsäule sind Schwangerschaften und Kinder. Ebenso können Probleme im psychosozialen Bereich zu Verspannungen führen und Rückenschmerzen verursachen. Häufige oder dauerhafte Schmerzen drücken die Stimmung und wirken sich negativ auf das psychische Befinden aus.

HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Erkrankungen (STIs)

Seit den ersten Fällen von **HIV/AIDS** Anfang der 1980er Jahre hat der Frauenanteil bei den Betroffenen zugenommen und liegt derzeit bei rund 30 Prozent. HIV/AIDS ist somit zunehmend von den Randgruppen in die allgemeine Bevölkerung übergegangen. Die aktuelle Herausforderung liegt darin, das Bewusstsein zu fördern, dass trotz der relativ geringen Betroffenheit Wiens und Österreichs AIDS eine Pandemie ist. Vor allem sollte berücksichtigt werden, dass in den östlichen Nachbarländern hohe Infektionsraten anzutreffen sind. Im Vergleich zu HIV/AIDS sind alle anderen **sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs)** als eine „stille Epidemie“ zu bezeichnen, d. h. es ist wenig öffentliches Bewusstsein dafür vorhanden. Vor allem

Chlamydien sind weit verbreitet und können z. B. zu Unfruchtbarkeit führen. Ein weiteres Beispiel ist das **Humane Papilloma-Virus (HPV)**, mit dem rund 70 Prozent der sexuell aktiven Frauen und Männer infiziert sind und das mit der Entstehung von Zervixkrebs in Zusammenhang steht.

Gesundheit in unterschiedlichen Lebensphasen

Gesundheitsbezogener Lebensstil von Mädchen und jungen Frauen

Übergewicht und Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Rund ein Viertel der 10- bis 15-jährigen Wiener SchülerInnen ist übergewichtig oder adipös. Während weniger Mädchen als Burschen übergewichtig bzw. adipös sind, kommt extremes Untergewicht bei Mädchen häufiger vor als bei Burschen. Gestörtes Essverhalten als potenzielle Vorstufe von Essstörungen ist bei Mädchen deutlich häufiger als bei Burschen: Jedes zweite Mädchen in Wien im Alter zwischen 14 und 17 Jahren hat schon einmal eine Diät gemacht, aber nur jeder siebente von den Burschen. Zur Häufigkeit des Auftretens von **Essstörungen** liegen keine exakten Angaben vor. Die Zahl der stationären Spitalsaufenthalte aufgrund einer Essstörung ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Der überwiegende Teil der betroffenen Frauen wird jedoch ambulant betreut. Die Prävention von Essstörungen ist einer der Schwerpunkte des Wiener Programms für Frauengesundheit, wobei zahlreiche Maßnahmen im Bereich der Bewusstseinsbildung und öffentlichen Aufklärung gesetzt wurden und u. a. seit 1998 eine Hotline für Essstörungen betrieben wird (0800–201120). Die Prävention von Übergewicht und Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen wird auch in Zukunft eine vordringliche Aufgabe bleiben, zum einen wegen ihres häufigen Auftretens, andererseits aufgrund der Tatsache, dass präventive Maßnahmen möglichst früh in der Kindheit anzusetzen sind.

Sportausübung, Gender Mainstreaming im Sport

Frauen betreiben seltener Sport als Männer: 43 Prozent der Frauen, aber nur 27 Prozent der Männer gaben bei einer Befragung im Rahmen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 an, keinen Sport zu betreiben. Frauen bevorzugen auch andere Sportarten als Männer: Sie betreiben häufiger Turnen, Aerobic und Tanz,

Männer eher Ballsportarten. Die Rolle von Frauen im Vereins- und Profisport wurde in den vergangenen Jahren international vermehrt thematisiert, da wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen auch im Sport Frauen in Führungspositionen von Vereinen und Verbänden nur marginal vertreten sind.

Suchtverhalten bei Jugendlichen: Rauchen, Alkohol, Cannabis, Ecstasy

In Wien **rauchen** von den SchülerInnen im Alter von 15 Jahren 21 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Burschen täglich. Wie auch schon vorangegangene Befragungen ergaben, rauchen Mädchen diesen Alters etwas häufiger täglich als Burschen. Es zeigte sich weiters eine deutliche Steigerung im Vergleich zum Jahr 1994, wo von den befragten 15-jährigen SchülerInnen lediglich 16 Prozent der Mädchen und 14 Prozent der Burschen täglich rauchten. Auch der **Alkoholkonsum** ist bereits bei Jugendlichen weit verbreitet: Jedes zehnte 15-jährige Mädchen in Wien hat mindestens vier Mal einen **Alkoholrausch** gehabt, bei den Burschen ist es jeder fünfte. Die Erfahrung mit **Cannabis** ist häufig: Bei den unter 30-Jährigen berichteten 36 Prozent der Frauen und 42 Prozent der Männer über diesbezügliche Erfahrungen. Konsum von **Ecstasy** bzw. **Amphetaminen** kommt vor allem bei unter 40-jährigen vor, jeweils 2 Prozent der Frauen und Männer in Wien gaben an, solche Substanzen im Jahr 2003 konsumiert zu haben.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen

Den **ersten Geschlechtsverkehr** hat rund die Hälfte der Mädchen mit 15 Jahren, Burschen etwas später. Beim „ersten Mal“ verhütet nur eines von sechs Mädchen nicht, das heißt, ein großer Teil der Jugendlichen verhütet und wendet dabei am häufigsten Kondome an, gefolgt von der Pille; zwischen 4 und 6 Prozent der Mädchen bzw. 5 und 7 Prozent der Burschen verlassen sich jedoch auf den Coitus interruptus. Bei den so genannten „**Teenagerschwangerschaften**“ bzw. „**Teenagemüttern**“ liegt Wien und Österreich im Mittelfeld der internationalen Rangreihung, welche von den USA und Russland angeführt wird. Wien liegt bei einer über die vergangenen Jahre annähernd gleich bleibenden Tendenz mit 22,2 Lebendgeburten pro 1.000 15- bis 19-jähriger Frauen über dem österreichischen Schnitt von 13,7. Trotz einer relativ guten Verhütungsmoral Wiener Jugendlicher ist der Bereich der **Sexualpädagogik** in Wien, aber auch in Österreich, noch nicht zufrieden stellend etabliert und weitere Aufklärungsarbeit erforderlich.

Gesundheitsbezogener Lebensstil von erwachsenen Frauen

Ernährung, Adipositas, Bewegung

Frauen ernähren sich gesünder als Männer. Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 wurde dies bestätigt und zudem gezeigt, dass der **Konsum gesunder Nahrungsmittel** bei Frauen mit zunehmendem Alter sogar noch häufiger wird. Ebenso war die Tendenz zu erkennen, dass ungesunde Ernährung in niederen Bildungsschichten bei Frauen und Männern häufiger ist. Die Umfrageergebnisse wurden auch durch die Erhebungen zum **Body Mass Index** unterstrichen, der das Ausmaß an Über-, Unter- bzw. Normalgewichtigkeit angibt: In Wien sind etwas mehr als zwei Drittel der Frauen normalgewichtig, aber nur ein Drittel der Männer. 19,7 Prozent der Frauen und 57,4 Prozent der Männer sind übergewichtig, 8,7 Prozent der Frauen und 8,2 Prozent der Männer sind adipös. Die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas liegt bei Frauen und Männern leicht unter dem österreichischen Durchschnitt. Frauen betreiben weniger **Sport** als Männer, wobei die Geschlechtsunterschiede im Alter von unter 25 und über 75 Jahren am größten sind.

Rauchen/Passivrauchen und sexuelle/reproduktive Gesundheit

In Österreich gibt es rund 2,3 Millionen RaucherInnen, davon sind rund ein Drittel, also 800.000 stark nikotinabhängig. Rund 14.000 Menschen sterben jährlich an den Folgen des Tabakkonsums, das sind 38 Personen täglich. Seit den 1970er Jahren nimmt der Anteil der Raucher bei Männern ab, der Anteil der Raucherinnen bei den Frauen nimmt aber zu, wobei Frauen noch immer weniger häufig rauchen als Männer. Generell ist in Wien die Zahl der RaucherInnen höher als in den Bundesländern. Für Wien liegen mehrere Erhebungen zum Rauchverhalten vor, die Angaben zum Anteil der regelmäßig rauchenden Frauen liegen zwischen 27,0 und 40,2 Prozent (bei den Männern zwischen 37,0 und 56,0 Prozent). Rauchen kann bei Frauen, aber auch bei Männern, die **sexuelle und reproduktive Gesundheit** massiv beeinträchtigen. Bei Einnahme von Kombinationspräparaten zur oralen Kontrazeption (Pille) ist das Risiko für koronare Herzerkrankungen und für Schlaganfall erhöht, ebenso kommt es bei Raucherinnen häufiger zum Versagen des oralen Verhütungsmittels. Die Fruchtbarkeit von Frauen (und Männern) kann durch Rauchen eingeschränkt sein und auch eine verminderte Reaktion auf eine Fertilitätsbehandlung wurde bei

beiden Geschlechtern beobachtet. Rauchen kann den Eintritt der Menopause verzögern und zu häufigeren und schwereren menopausalen Symptomen führen. Das Risiko des invasiven Cervixkrebses ist bei Raucherinnen um das Dreifache erhöht. Im Bereich von **Schwangerschaft und Geburt** wurde Rauchen als Risikofaktor für vorzeitigen Blasensprung, Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht, Fehlgeburt, Totgeburt, Säuglingssterblichkeit und fötale Missbildungen bestätigt. Aber auch das **Passivrauchen** kann extrem negative Auswirkungen besonders auf Schwangere und Kinder haben (reduziertes Fötuswachstum, Frühgeburt, plötzlicher Kindstod, Atemwegserkrankungen und Wachstums- bzw. Entwicklungsstörungen des Kindes). Bei Männern wurde Rauchen und Passivrauchen v. a. als Risikofaktor für Impotenz und verminderte Spermienqualität bestätigt. Laut Mikrozensus 1997 sind entsprechend eigener Angaben 20,7 der weiblichen und 21,8 der männlichen ArbeitnehmerInnen PassivraucherInnen. In Österreich ist der Schutz von NichtraucherInnen am Arbeitsplatz noch immer sehr unzureichend im **Arbeitnehmerschutzgesetz** geregelt. Die seit Jänner 2005 geltende **Novelle des Tabakgesetzes** sieht zwar Raucherverbot an allen geschlossenen öffentlichen Orten vor, ausgenommen ist aber v. a. die Gastronomie. Die Gesetzesnovelle enthält weiters eine Ausweitung des Werbe- und Sponsoringverbots für Tabakprodukte. Die Novelle sieht aber keinen nachhaltigen NichtraucherInnenschutz vor.

Alkoholkonsum bei Frauen, Alkohol in der Schwangerschaft

Weil „nur“ rund ein Viertel der AlkoholikerInnen in Wien Frauen sind, wird dieses Gesundheitsproblem häufig als Männerdomäne behandelt. Frauen beginnen durchschnittlich später mit dem problematischen Alkoholkonsum (gehäuft um das 40. Lebensjahr), werden schneller abhängig und sind stärkeren physiologischen Wirkungen sowie massiveren Folgeschäden ausgesetzt als Männer. Alkoholikerinnen sind in allen gesellschaftlichen bzw. Bildungsschichten anzutreffen. **Alkoholkonsum von schwangeren Frauen** kann angeborene Missbildungen des Kindes zur Folge haben. Schätzungen zufolge werden mindestens 100 Kinder in Wien jährlich mit Schäden von unterschiedlichem Stärkegrad aufgrund des Alkoholkonsums der Mutter geboren. Da es sich um potenziell vermeidbare Fälle handelt, sind präventive Maßnahmen in diesem Bereich besonders vordringlich.

Konsum illegaler Drogen

Was den geschlechtsspezifischen Konsum illegaler Drogen betrifft, liegen in Wien und Österreich wenige umfassende Daten vor. Bekannt ist, dass Frauen deutlich seltener illegale Drogen konsumieren als Männer: Von den problematischen OpiatkonsumentInnen sind etwa 26 bis 30 Prozent Frauen. Der Frauenanteil bei den direkt und indirekt drogenbezogenen Todesfällen beträgt 15 bis 20 Prozent. Mädchen beginnen in jüngerem Alter illegale Substanzen zu konsumieren als Burschen, der Frauenanteil sinkt jedoch mit zunehmendem Alter. Frauenspezifische Ansätze der Prävention des illegalen Drogenkonsums und der Betreuung Drogenabhängiger sind vereinzelt vorhanden, decken jedoch noch nicht den Bedarf.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit von erwachsenen Frauen

Das am häufigsten verwendete **Verhütungsmittel** ist die Pille. Die Anwendungshäufigkeit ist vom Alter abhängig: mindestens die Hälfte der 15- bis 19-jährigen Frauen, aber weniger als ein Viertel der 40- bis 45-jährigen Frauen verhüten mit der Pille. Ein ähnlicher Alterstrend ist beim Kondom zu beobachten, dem am zweithäufigsten angewendeten Verhütungsmittel, das von jüngeren Frauen häufiger verwendet wird als von älteren. Mit zunehmendem Alter der Frauen nimmt die Anwendungshäufigkeit von Langzeit-Verhütungsmitteln zu: Rund 10 Prozent der 40- bis 45-jährigen Frauen verwenden z. B. Kupfer- oder Hormon-Spiralen.

Seit mehreren Jahren wird in Österreich die rezeptfreie Abgabe der „**Pille danach**“ diskutiert. Die Freigabe des OTC-Status (over the counter = rezeptfrei) für die Pille danach wurde vom Gesundheitsministerium im Jahr 2005 im Rahmen einer Arbeitsgruppe behandelt, die jedoch gegen eine rezeptfreie Vergabe entschied.

Zur Häufigkeit von **Schwangerschaftsabbrüchen** gibt es in Österreich keine genauen Zahlen, da keine gesetzliche Registrierpflicht besteht. Eine Schätzung geht von 19.000 bis 25.000 Abbrüchen in Österreich pro Jahr aus, diese Zahlen sind jedoch in Fachkreisen umstritten. Die vorhandenen Spitalsentlassungsstatistiken geben nur einen sehr geringen Teil der tatsächlichen Abbrüche wieder, da die überwiegende Zahl der Abbrüche in privaten Ambulatorien (z. B. Ambulatorium am Fleischmarkt Wien, Ambulatorium gynmed Wien) oder bei niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt wird. Laut Spitalsentlassungsstatistik wurden 1993 in

Wiener Spitalern 682 Schwangerschaftsabbrüche, im Jahr 2003 nur mehr 149 Abbrüche durchgeführt. Um die Möglichkeit zu gewährleisten, einen Schwangerschaftsabbruch auch in einem öffentlichen Spital durchführen zu lassen, ist seit Jänner 2003 in sechs Spitalern des Wiener Krankenanstaltenverbands ein ambulanter Schwangerschaftsabbruch möglich, die Kosten wurden deutlich reduziert und dem Niveau ambulanter AnbieterInnen angepasst.

Ungewollte Kinderlosigkeit, In-vitro-Fertilisation (IVF), Präimplantationsdiagnostik (PID)

Von **Infertilität/Sterilität** spricht man, wenn bei einem Paar entgegen seinem expliziten Willen nach mehr als zwei Jahren (in der Praxis meist nach einem Jahr) trotz regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eintritt. Rund 5 Prozent aller Paare bleiben dauerhaft ungewollt kinderlos. Das vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) geführte IVF-Register, das die **Inanspruchnahme von IVF-Zentren** ausweist, ergab, dass im Jahr 2004 in Wien von allen Bundesländern die meisten In-vitro-Fertilisationen durchgeführt wurden (1.719 von österreichweit 4.661 Frauen bzw. Paaren), allerdings hatten 43 Prozent dieser Frauen ihren Wohnsitz in anderen Bundesländern, vor allem in Niederösterreich. In Wien befinden sich 8 der 25 IVF-Vertrags-Krankenanstalten, 2 der IVF-Zentren in Wien und 10 der bundesweiten Institute sind öffentlich. Umstritten ist die Durchführung der **Präimplantationsdiagnostik (PID)**, das heißt von Untersuchungen des Embryos vor dessen Transfer in die Gebärmutter bei In-vitro-Fertilisation (IVF). Sie ist in Österreich, Deutschland, Schweiz und Italien gesetzlich verboten, in einigen Ländern ist sie in Ausnahmefällen erlaubt bzw. nicht explizit geregelt. In der Diskussion über die PID steht im Wesentlichen dem Argument, dass durch die PID genetische belastete Paare eine Chance auf ein gesundes Kind bekommen, die Meinung gegenüber, dass durch den selektiven Charakter der PID fragwürdige gesellschaftliche Entwicklungen in Richtung einer positiven Eugenik begünstigt würden.

Schwangerschaft und Geburt

Die zunehmenden diagnostischen Möglichkeiten der vorgeburtlichen Medizin (**Pränataldiagnostik**) verändern langfristig das Erleben von Schwangerschaft und Geburt. Viele Frauen bzw. Eltern geraten unter Druck, die angebotenen Untersuchungen auch zu nutzen, um mehr Gewissheit darüber zu haben, ein gesundes Kind

zur Welt zu bringen. Aus der Sicht der Frauen ist es wichtig, über kritische und evidenzbasierte Informationen zu verfügen, um selbst bestimmte Entscheidungen treffen zu können.

Die Medikalisierung der Schwangerschaft setzt sich in einem Trend der in steigendem Ausmaß **medizinisch kontrollierten Geburt** fort. 98,6 Prozent der Geburten finden in Krankenhäusern statt. Die ambulante Geburt, das heißt ein Spitalsaufenthalt von weniger als 24 Stunden nach der Geburt, wird in sehr geringem Ausmaß in Anspruch genommen.

Die **Kaiserschnitt-Rate** in Wien ist von 12,4 Prozent im Jahr 1995 auf 23,6 Prozent im Jahr 2004 gestiegen – in einigen Wiener Privatspitälern erreicht die Kaiserschnitt-Rate 50 Prozent –, dies entspricht dem bundesweiten und auch dem internationalen Trend, dass Kaiserschnitte immer häufiger auch ohne harte Indikationen durchgeführt werden.

Die Förderung des **Stillens** ist seit mehreren Jahrzehnten ein erklärtes Ziel auf internationaler Ebene, wo sich vor allem die WHO und UNICEF für ein „erfolgreiches Stillen“ eingesetzt und im Jahr 1991 die „Baby Friendly Hospital Initiative“, das „**Stillfreundliche Krankenhaus**“, initiiert haben. In Österreich gibt es derzeit 14 „Stillfreundliche Krankenhäuser“. Als bislang einziges Krankenhaus in Wien erhielt die Semmelweis-Frauenklinik im Jahr 1999 diese Auszeichnung. Die Empfehlung der WHO zur optimalen Stilldauer lautet, dass sechs Monate voll gestillt werden sollte und die maximale Stilldauer 24 Monate sei. Wien weist im Bundesländervergleich eine relativ hohe Stillrate auf: Ein Viertel der Mütter stillt länger als 9,0 Monate, die Hälfte der Mütter stillt bis zu 7,5 Monaten und das restliche Viertel der Mütter stillt bis zu 4,0 Monaten.

Nachgeburtliche Depressionen, das sind depressive Verstimmungen nach der Geburt (postpartale Depressionen, PPD), sind häufige und ernst zu nehmende psychische Zustände, die aber immer noch sehr oft nicht diagnostiziert werden, unter anderem weil ihr Auftreten der Erwartung widerspricht, eine Frau müsse nach der Geburt ihres Kindes ausschließlich glücklich sein. Im Rahmen des in den Jahren 2001 und 2002 vom Wiener Programm für Frauengesundheit umgesetzten **Modellprojekts zur Prävention nachgeburtlicher Depressionen (PPD)** wurde unter anderem die **Inzidenz**

der postpartalen Depression erhoben: Von den befragten Frauen hatten 18 Prozent am Beginn der Schwangerschaft (bis zur 30. Schwangerschaftswoche) erhöhte Werte im Depressionsfragebogen, 13 Prozent wiesen eine Erhöhung zwei Wochen vor der Geburt auf. Den gesamten Erhebungszeitraum betrachtet, hatten 28 Prozent zu einem der vier Befragungszeitpunkte Depressions-Werte im Risikobereich. Im Rahmen des Projekts wurden auch unterschiedliche Maßnahmen zur Prävention und Hilfestellung für die betroffenen Frauen erprobt und evaluiert. Eine weitere Sensibilisierung des betreuenden Personals und eine Ausweitung des Angebots an Mutter-Kind-Aufnahmen an psychiatrischen Abteilung sind erforderlich.

Frühgeburten sind ein großes Problem der Geburtshilfe, weil extreme Frühgeburten mit einem Geburtsgewicht unter 2.000 Gramm für einen großen Teil der Säuglingssterblichkeit und der Erkrankungen Neugeborener verantwortlich sind. Die Rate der Frühgeburten ist in den vergangenen Jahren zugleich mit der Überlebensrate der Frühgeborenen leicht gestiegen, inzwischen überleben die meisten Kinder mit einem Geburtsgewicht zwischen 500 und 1.000 Gramm. Das bedeutet aber auch, dass die Zahl der überlebenden Frühgeborenen mit neurologischen Folgeschäden leicht angestiegen ist. Somit sind Bemühungen, die Frühgeburtenrate zu reduzieren, sehr erstrebenswert.

Seit den 1950er Jahren ist die **Säuglingssterblichkeit** in Wien und Österreich stark zurückgegangen. Die Säuglingssterblichkeit lag in Wien im Jahr 2003 bei 6,3 Promille aller Lebendgeborenen (bzw. 0,63 Prozent) und somit über dem österreichischen Durchschnitt von 4,5 Promille.

Fehl- und Totgeburten sind ein tabuisiertes Thema. Erst seit wenigen Jahren erhalten verwaiste Eltern nach dem Tod ihres Kindes institutionelle Unterstützung bei der Bewältigung des Verlusterlebnisses. In Wien bieten z. B. die Semmelweisklinik und das AKH (Point-Projekt) seit mehreren Jahren Beratung und Unterstützung der Betroffenen bei der psychischen Bewältigung, aber auch bei administrativen Erfordernissen an. Regenbogen Österreich ist ein Verein zur Hilfestellung bei glückloser Schwangerschaft, der seit dem Jahr 1994 eine **Selbsthilfegruppe** für Eltern, die eine Fehlgeburt, Totgeburt oder Abtreibung gehabt haben, anbietet.

Wechseljahre, Hormonersatztherapie

Die Zeit vor, während und nach dem Eintritt des „Wechsels“, die perimenopausale Phase, kann im Leben einer Frau mehrere Jahre dauern. Die körperlichen und psychischen Veränderungen in dieser Zeit betreffen Frauen in sehr individueller Form und in unterschiedlichem Ausmaß. Das Durchschnittsalter für die natürliche Menopause ist in westlichen Gesellschaften 51 Jahre, das heißt, dass Frauen mehr als ein Drittel ihres Lebens postmenopausal verbringen. Heftige öffentliche Diskussionen wurden in den vergangenen Jahren über **Nutzen und Risiken von Hormonersatztherapien** geführt. Viele medizinische Gesellschaften und ExpertInnen, unter anderem auch die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), haben angesichts von Studienergebnissen, die eine Erhöhung des Risikos von Brustkrebs, koronaren Herzerkrankungen und Schlaganfall durch Hormonersatztherapie festgestellt haben, **Empfehlungen** abgegeben: Im Besonderen jene Therapieregime, die aus einer Östrogen-Gestagen-Kombination bestehen, sollten nicht als präventive Maßnahme eingesetzt werden und auf die Behandlung von postmenopausalen Beschwerden beschränkt bleiben, wobei die Dosis so niedrig und die Dauer so kurz als möglich angesetzt werden sollte. Sowohl die amerikanische als auch die europäische Frauengesundheitsbewegung haben bereits seit den 1970er Jahren gegen die Pathologisierung und Medikalisierung von Frauen in der Menopause durch Hormonersatztherapie angekämpft und für eine multidisziplinäre Sichtweise der Wechseljahre plädiert, welche die Bedürfnisse und Betroffenheit der Frauen in den Vordergrund stellt.

Frauen in der Erwerbsphase: Arbeit und Gesundheit

Obwohl die Erwerbstätigkeit für Frauen aufgrund der **Rollenvielfalt**, insbesondere wenn die Kinder noch kleiner sind, zu deutlich mehr Belastungen als für Männer führt, ist sie für viele Frauen eine wichtige Ressource für Wohlbefinden und Gesundheit. Berufstätige Frauen fühlen sich im Vergleich zu Hausfrauen gesünder und haben auch seltener Beschwerden. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede je nach Rahmenbedingungen und Art der Berufstätigkeit. Vor allem Arbeiterinnen und Facharbeiterinnen beurteilen ihren Gesundheitszustand weniger positiv als weibliche Angestellte und Beamtinnen.

Die **Berufe, in denen Frauen vorwiegend arbeiten**, unterliegen nicht nur anderen Wertungen und Einkommen als jene der Männer, sondern sind auch mit

anderen Risiken, Anforderungen und Belastungen verbunden. Frauen arbeiten häufiger als Männer in einseitig körperlich anstrengenden Berufen (z. B. Fließbandarbeit), in Berufen mit starken psychosozialen Belastungen oder mit beiden Belastungsquellen, wie dies bei den Pflegeberufen der Fall ist. Viele der für Frauen typischen Berufe bringen monotone Arbeitsgestaltung, geringe Kontrolle über die Arbeit und fehlende Entscheidungsspielräume mit sich. Obwohl in Wien der Frauenanteil bei den **technischen Berufen** um ca. ein Drittel höher als im gesamten Bundesgebiet ist, sind diese Berufe auch in Wien nach wie vor männerdominiert.

Spezifische Gesundheitsrisiken, welche die typischen Frauenberufe mit sich bringen, sind z. B. Erkrankungen der oberen Gliedmaßen, Stress, Asthma, Allergien, Haut- und Infektionskrankheiten. Außerdem sind Frauen im Beruf häufiger als Männer **Mobbing** und **sexueller Belästigung** ausgesetzt.

Frauen sind zwar etwas häufiger im **Krankenstand** als Männer, allerdings dauern ihre Krankenstände in der Regel kürzer. Psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems sind bei Frauen häufiger Ursache für Krankenstände als bei Männern. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sind bei Frauen seltener als bei Männern.

Aufgrund der zum Teil unterschiedlichen beruflichen Belastungen und Risiken von Frauen und Männern ist eine Gender-Perspektive im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes wichtig: Zu den klassischen Aufgaben des Unfall- und Mutterschutzes kommt der Schutz der psychischen Gesundheit, die Prävention von Mobbing und sexueller Belästigung hinzu, ebenso wie die Ermöglichung einer frauengerechten flexiblen Arbeitszeitgestaltung, die eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie zulässt.

In Wien ist die **Frauenarbeitslosenquote** höher als im gesamten Bundesgebiet. Überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosigkeit betroffen sind niedrig qualifizierte Frauen, (niedrig qualifizierte) Berufseinsteigerinnen, Wiedereinsteigerinnen und Migrantinnen. Die Arbeitslosenquote der Frauen ist zwar niedriger als jene der Männer, jedoch spielt die versteckte Arbeitslosigkeit bei Frauen eine größere Rolle. Frauen sind außerdem nicht nur durch eigene Arbeitslosigkeit betroffen, sondern tragen auch häufig zur Bewältigung der Probleme und Konflikte bei, die sich aufgrund der Arbeitslosig-

keit naher Angehöriger (wie z. B. des Partners, der Kinder) ergeben.

Die Reaktionsformen von Frauen und Männern auf Arbeitslosigkeit gleichen sich an, je mehr die Erwerbstätigkeit zum Bestandteil der weiblichen Normalbiografie wird. Arbeitslose Frauen (und Männer) achten weniger auf ihre Gesundheit, sind häufiger krank und leiden häufiger an Befindlichkeitsstörungen (wie Depressivität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität, Konzentrationsstörungen) und psychosomatischen Symptomen. Damit einhergehend ist eine vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu beobachten.

Frauen in Pflegeberufen

Gesundheit und Krankheit von Frauen bedarf nicht nur aus der Perspektive von Patientinnen, sondern auch aus jener von im Gesundheitswesen arbeitenden Frauen einer genaueren Analyse. Besondere Belastungen ergeben sich für die Pflegeberufe, in denen vorwiegend Frauen arbeiten. Verschiedene Untersuchungen belegen die physischen und psychischen Belastungen im Berufsalltag des Pflegepersonals, insbesondere im Bereich der Altenpflege. Zeitdruck, psychische Belastung und der Umgang mit schwierigen PatientInnen gelten als zentrale Stressquellen. Besonderen Belastungen unterliegen die mobilen Dienste, mitunter bedingt durch die prekären Arbeitsbedingungen (hohe Anteile atypischer Beschäftigung, fehlende Zeitkontinuität des Arbeitseinsatzes, Zeitdruck, ständiger Wechsel der Arbeitsabläufe und -anforderungen, etc.). Die ohnehin bereits in hohem Maße vorhandenen Belastungen werden durch finanzielle Kürzungen zusätzlich verschärft.

In den vergangenen Jahren wurde in der Pflege – insbesondere der Altenpflege – vermehrt ein „**Pflegenotstand**“ beklagt (Mangel an Pflegepersonal, Qualitätsmängel in der pflegerischen Versorgung, Defizite in der Berufswirklichkeit des Pflegepersonals). Um die Attraktivität des Pflegeberufs und die Qualität der Pflege zu erhöhen, sind integrierte Strategien erforderlich. Besondere Aufmerksamkeit muss älteren MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen gelten. Zu diesem Zweck hat das Wiener Informationsnetzwerk „Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen“ das gesundheitsfördernde Altern von MitarbeiterInnen 2005 zum Jahresthema gemacht und Initiativen ergriffen, die langfristig einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf entgegenwirken sollen.

Pflege im familiären Umfeld

Etwa 80 Prozent des Pflegebedarfes wird in der Familie durch Angehörige oder private HelferInnen (vorwiegend Frauen) abgedeckt. Diese Betreuungspersonen verfügen zum Teil über kein eigenes Einkommen und keine Pensionsversicherung. Der zu erwartende Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger, gekoppelt mit einem Rückgang der informellen, unbezahlten Pflegeleistungen, erfordert entsprechende Vorkehrungen, wobei in städtischen Milieus generell von einer geringeren Bereitschaft zu informeller Pflege auszugehen ist. In Zukunft wird in Wien die Pflege älterer MigrantInnen vermehrt zu einem Thema des öffentlichen Gesundheitswesens werden.

Eine Entlastung pflegender Angehöriger kann primär durch flexible mobile Dienste sowie eine finanzielle und sozialversicherungsrechtliche Absicherung erreicht werden. Die pflegenden Angehörigen wünschen sich des Weiteren mehr Informationen über rechtliche, pflegerische und medizinische Angelegenheiten, eine Erhöhung des Pflegegeldes, ein größeres Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen und Tagesbetreuungsstätten sowie die Schaffung von Nachtbetreuungsangeboten. Spezielle gesundheitsfördernde Maßnahmen, eine stärkere gesellschaftliche Anerkennung der familialen Pflegetätigkeit sowie Verbesserungen im Bereich der Familienhospizkarenz können ebenfalls zur Entlastung beitragen.

Gesundheitszustand und -risiken älterer Frauen

Ca. ein Viertel der Frauen in Wien ist 60 Jahre oder älter, jede zehnte Frau hat das 75. Lebensjahr erreicht. Der Frauenanteil nimmt in den höheren Altersgruppen stark zu. Charakteristisch neben der **Feminisierung des Alters** ist die **Singularisierung**, die wiederum insbesondere Frauen betrifft. Im Alter von 85 und mehr Jahren sind in Wien mehr als drei Viertel der Frauen verwitwet, jedoch nur ca. 40 Prozent der Männer. Entsprechend hoch ist der Anteil allein lebender älterer Frauen.

Die im Lebenslauf vorhandenen geschlechtsspezifischen Disparitäten setzen sich im Alter fort bzw. verstärken sich. Ältere Frauen sind im Vergleich zu älteren Männern in mehrfacher Hinsicht (Einkommen, Wohnverhältnisse, Freizeitgestaltung, familiäre Unterstützung, Gesundheitszustand, Bedarf an Hilfe und Pflege, etc.) benachteiligt, was sich in ihrer geringeren Lebenszufriedenheit niederschlägt.

Die höhere Lebenserwartung der Frauen hat ihren Preis: Chronische Erkrankungen und **Multimorbidität**, d. h. das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Erkrankungen sowie Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sind im Alter bei Frauen häufiger als bei Männern. Im Vordergrund unter den chronischen Krankheiten älterer Frauen stehen Krankheiten des Bewegungsapparats und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ältere Frauen erleiden deutlich häufiger Unfälle (insbesondere Heim- und Freizeitunfälle) als Männer. Hauptgefahr für ältere Frauen sind Stürze, die bei geriatrischen Patientinnen mit erheblichen Folgen, wie z. B. Sturzangst, Brüchen, Spitalsaufenthalt, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verbunden sind und zum Teil tödlich enden. Insbesondere bei allein stehenden Frauen ist das Sturzrisiko deutlich erhöht.

Ebenso wie in der Gesamtbevölkerung sind auch im Alter Frauen und Männer insgesamt in ähnlichem Maße von **psychischen und Verhaltensstörungen** betroffen und auch im Alter finden sich bei bestimmten Diagnosen geschlechtsspezifische Ausprägungen. Ältere Frauen leiden deutlich häufiger als Männer unter Depressionen und Angststörungen, ältere Männer dagegen haben häufiger psychische Störungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Ein hohes Ausmaß psychischer Beschwerden findet sich bei mehrfach benachteiligten älteren Frauen, wobei vor allem eine Kumulation von finanziellen, sozialen, gesundheitlichen Problemen, einschließlich kritischer Lebensereignisse, ins Gewicht fällt. Ein besonderes Gesundheitsrisiko, dem ältere und vor allem hochaltrige Frauen unterliegen, sind **Demenzerkrankungen**. Für diese Erkrankungen wird ein weiteres Ansteigen der Zahl der Betroffenen prognostiziert.

Anhand einer Reihe von Krankheiten, von denen ältere Menschen betroffen sind, lässt sich zeigen, dass **präventive Maßnahmen, Früherkennung und Rehabilitation** auch im Alter weiterhin wirksam sind.

Ältere Frauen sind deutlich häufiger als ältere Männer auf **Einrichtungen der Altenhilfe** angewiesen. Eine geschlechtssensible Qualitätssicherung in den Einrichtungen der Altenhilfe scheint daher besonders wichtig. Probleme, denen in Zukunft vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken sein werden, sind unter anderem die Medikation im Alter, Gewalt gegenüber älteren Men-

schen sowie der Umgang mit psychischen Problemen (z. B. Depression, Alkoholismus) älterer Menschen.

Gesundheitsgefährdung durch Umwelt- risiken

Die **Gender-Perspektive** dringt im Bereich der Umweltmedizin – und generell in der Frage des Zusammenhangs von Umwelt und Gesundheit – erst langsam ins Bewusstsein. Daher liegen auch für die häufigsten umweltassoziierten Erkrankungen, wie z. B. Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Allergien, nur vereinzelt Forschungsergebnisse zur Wechselwirkung zwischen Umwelteinflüssen und Geschlechtsunterschieden vor. In den vergangenen Jahren hat in Österreich – und besonders in Wien – eine intensive öffentliche Diskussion über die **Feinstaub-Belastung** eingesetzt. Eine 2005 vom Umweltbundesamt vorgelegte Studie zur **Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Schwebestaub in Österreich** ergab, dass unter der Annahme, dass die Feinstaubbelastung über mehrere Jahrzehnte so bleibt wie derzeit, die Lebenserwartung in Wien um 12 Monate reduziert werde, in Graz gar um 17 Monate, in Linz um 14 Monate, in St. Pölten um 11 Monate, in Innsbruck um 10 Monate, in Klagenfurt um 9 Monate und in Salzburg um 7 Monate.

Die Wiener Umweltschutzabteilung hat im September 2005 bereits das zweite **Feinstaub-Maßnahmenpaket** erstellt.

Frauen mit Behinderung

Durch das Jahr der Behinderung 2003 wurden mehrere Initiativen und Projekte für Frauen mit Behinderung angeregt. Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat ein Projekt zur Barrierefreiheit im Zugang zur gynäkologischen Versorgung durchgeführt. Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (Verhütung, Schwangerschaft, sexueller Missbrauch) von Frauen mit Behinderung wurden lange Zeit nur marginal behandelt, haben aber für diese dieselbe Relevanz wie für Frauen ohne Behinderung. In Zukunft ist noch viel Aufklärungs- und Informationsarbeit erforderlich, u. a. was die Ausbildung der in der Gesundheitsversorgung Arbeitenden betrifft.

Frauen in besonderen sozialen Lagen, mit speziellen Gesundheitsbedürfnissen

Alleinerzieherinnen

In Wien besteht jede fünfte der rund 408.000 Familien aus Alleinerziehenden, etwa die Hälfte der Alleinerziehenden haben Kinder unter 15 Jahren. Der **überwiegende Teil der Alleinerziehenden sind Frauen** (83,9 Prozent). Die Lebenslage von Alleinerziehenden ist von potenziell belastenden Faktoren gekennzeichnet, wobei sich Wien deutlich von den Bundesländern unterscheidet. In Wien ist nicht nur generell der **Anteil Alleinerziehender an der Zahl der Familien mit Kindern** höher als in den anderen Bundesländern, sondern auch der Anteil der **geschiedenen Alleinerziehenden**. Wiener Alleinerzieherinnen mit Kindern über 15 Jahren haben die höchste **Erwerbsquote** sowie eine im Vergleich niedrige **Teilzeitquote**. In Wien oder den anderen Bundesländern liegen keine repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Alleinerzieherinnen vor. Es ist jedoch bekannt, dass Alleinerzieherinnen häufiger an gynäkologischen und psychischen Krankheiten leiden als Frauen in der Vergleichsgruppe verheirateter Mütter. Auch die subjektive Einschätzung der Gesundheit ist bei Alleinerzieherinnen schlechter.

Migrantinnen

Migration per se ist kein Gesundheitsrisiko – sie wird es erst dann, wenn strukturelle, sprachliche und/oder kulturelle Barrieren in der Gesundheitsversorgung hinzukommen, die zu unter- oder überdurchschnittlicher Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten, zu Fehlbehandlung oder zu häufigem ÄrztInnenwechsel führen. Eine geschlechtersensible Perspektive auf die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund ist erforderlich, da diese häufig durch geschlechterspezifische berufliche und gesellschaftliche Benachteiligungen sowie durch eine meist schwierige rechtliche und soziale Lage als Zuwanderin mehrfach belastet sind. Umfassende Studien zur **gesundheitlichen Lage von Migrantinnen** liegen für Wien oder Österreich nicht vor. Die vorhandenen Ergebnisse sind aufgrund geringer Fallzahlen und einer zu vermutenden hohen Diversität der befragten Frauen (und Männer) mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft mit Vorsicht zu interpretieren. Übereinstimmend lassen sie jedoch den Schluss zu, dass Frauen aus den Ländern Ex-Jugoslawiens und der Türkei häufiger unter körperlichen und psychischen Beschwerden leiden als österreichi-

sche Frauen. Weiters stimmen die Ergebnisse darin überein, dass Frauen mit Migrationshintergrund häufiger kurative als präventive Angebote des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, z. B. ließen weniger Frauen mit Geburtsland Türkei oder Ex-Jugoslawien einen Krebsabstrich oder eine Brustuntersuchung vornehmen als Österreicherinnen. Türkische Staatsbürgerinnen suchten häufiger KinderärztInnen auf, nahmen aber seltener FrauenärztInnen, ZahnärztInnen und Ambulanzen in Anspruch als Frauen aus Ex-Jugoslawien und Österreich. In den vergangenen Jahren sind besonders in Wien Themen der **traditionsbedingten Gewalt gegen Migrantinnen** in die öffentliche Aufmerksamkeit gerückt, wie z. B. Genitalbeschneidung (FGM), Zwangsverheiratung oder Mädchen- und Frauenhandel. Die Stadt Wien hat zahlreiche Maßnahmen in diesen Bereichen gesetzt. Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat im Jahr 2005 die Einrichtung einer Beratungsstelle für Frauengesundheit und Genitalbeschneidung unterstützt.

Lesbische Frauen

Lesbische Frauen bleiben im Gesundheitssystem sehr oft unsichtbare Patientinnen, ihre sexuelle Orientierung wird nicht thematisiert. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass sowohl bei medizinischem Personal als auch in der Gesundheitsforschung wenig Wissen über Lebenslagen, gesundheitsbezogene Bedürfnisse und spezifische Gesundheitsrisiken lesbischer Frauen vorhanden ist. Offene Fragen sind, ob lesbische Frauen spezifische Gesundheitsrisiken und Krankheiten haben, ob sie weniger häufig an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen und ob das Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung bei lesbischen Frauen überdurchschnittlich hoch ist. Im Oktober 1998 wurde auf Initiative der Geschäftsgruppe Integration, Frauenfragen, Konsumentenschutz und Personal die **Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen** als erste derartige Einrichtung in Österreich im Magistrat der Stadt Wien eingerichtet. Damit wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass lesbische, schwule und transgener Lebensformen bislang noch nicht ausreichend öffentlich wahrgenommen und anerkannt wurden.

Wohnungslose Frauen

Wohnungslosigkeit wurde bis vor wenigen Jahren als ein Problem gesehen, das überwiegend Männer betrifft.

In welchem Umfang Frauen tatsächlich betroffen sind, kann nicht gesagt werden, da es in Wien und in Österreich keine repräsentativen Studien zu dieser Problematik gibt. Frauen sind oft „verdeckt“ wohnungslos, das heißt sie reagieren auf Wohnungslosigkeit damit, sich Übergangslösungen bei Verwandten, Bekannten, ZweckpartnerInnen und Zufallsbekanntschaften zu suchen. Zum einen ist die Ursache dafür in frauenspezifischen Verhaltensmustern zu suchen, zum Teil könnte aber auch ein zu geringes speziell für Frauen ausgerichtetes Angebot dafür verantwortlich sein. Seit 2003 ist in Wien der Fonds Soziales Wien, Fachbereich „Betreutes Wohnen“ für die Unterbringung und Betreuung obdachloser Menschen zuständig. „Frauen und Obdachlosigkeit“ war eines der Schwerpunktthemen des Fonds Soziales Wien im Jahr 2004. Für wohnungslose Frauen und Männer in Wien, die besondere **medizinische und psychosoziale Betreuung** aufgrund chronischer oder psychischer Erkrankungen benötigen und für eine über die bloße gynäkologische Grundversorgung hinausgehende ganzheitliche Betreuung obdachloser Frauen wurde von der neunerAMBULANZ (eine Gesundheitseinrichtung des privaten Vereins Neunerhaus) und dem Frauengesundheitszentrum FEM ein Angebot aufsuchender Betreuung erarbeitet. Das Projekt startete Anfang 2006 mit einem mobilen Ärzteteam.

Prostituierte

In Wien und in Österreich gibt es keine aktuellen Statistiken über die Zahl und Lebenssituation von Prostituierten. Für Wien wird geschätzt, dass es rund 5.000 Prostituierte gibt – davon sind rund 500 registriert –, und dass es pro Tag zu 15.000 sexuellen Kontakten mit Prostituierten kommt. Wiener Prostituierte arbeiten in rund 200 Bordellen und über 100 Bars. Seit Anfang der 1990er Jahre wird eine stetige Abnahme der registrierten und eine Zunahme der Zahl der Geheimprostituierten berichtet, was vor allem mit der Ostöffnung und der zunehmenden Migration in Verbindung gebracht wird. 60 bis 80 Prozent der Prostituierten sind Migrantinnen. Die Situation von Migrantinnen, die im Sexgewerbe arbeiten, ist besonders prekär: Ihr Zugang zum regulären Arbeitsmarkt und zum Gesundheitssystem ist eingeschränkt, weiters stehen kaum muttersprachliche Gesundheitsinformationen für diese Gruppe von Frauen zur Verfügung.

Gewalt gegen Frauen – die Rolle des Gesundheitssystems

Männliche Gewalt betrifft Frauen jeden Alters, aus allen sozialen Schichten und Kulturen. Besonders in einer Partnerschaft lebende Frauen werden häufig Opfer von körperlicher Gewalt. Das vorhandene Datenmaterial lässt den Schluss zu, dass jede dritte Frau mindestens einmal in ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt (Ohrfeigen, wütendes Wegschubsen, Werfen mit Gegenständen, Verprügeln, Würgen, ...), jede zehnte Frau sexuelle Gewalt (Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) und mehr als jede zweite Frau sexuelle Belästigung (eindeutige sexuelle Berührungen, Bemerkungen, Gesten). Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt sind auf körperlicher und seelischer Ebene erkennbar (u. a. körperliche Verletzungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, ...). Im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit wurde ein Schulungsangebot für Spitalpersonal zur **Sensibilisierung und Früherkennung der Auswirkungen von Gewalt** entwickelt. Die **Frauenabteilung der Stadt Wien (MA 57)** hat besonders im vergangenen Jahrzehnt zu den Themen sexuelle, körperliche und psychische Gewalt gegen Frauen und Kinder zahlreiche Forschungsprojekte, Publikationen, Tagungen und Modellprojekte initiiert (z. B. zum Thema Stalking) und subventioniert mehrere Beratungsstellen, welche die betroffenen Frauen unterstützen, u. a. den **24-Stunden Frauennotruf** und die **Frauenhäuser**. Die Konzepte und Maßnahmen der Frauenabteilung zielen auf die Enttabuisierung der Thematik und wollen Gewalt als gesamtgesellschaftliches Problem aufzeigen, um dadurch letztendlich Änderungen der strukturellen Rahmenbedingungen zu erreichen.

Frauenspezifische Versorgung

Im vergangenen Jahrzehnt ist besonders in Wien, aber auch in anderen europäischen Ländern und international das Bewusstsein für **frauengerechte und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung** gewachsen, die sich vor allem durch das Vermeiden von **Über-, Unter- und Fehlversorgung** durch bedarfsgerechte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Behandlungskonzepte unter Einbeziehung schonender Behandlungsalternativen charakterisieren lässt. Betont wird dabei die Notwendigkeit eines Angebots an umfassender **Gesundheitsinformation und -aufklärung** als Entscheidungsgrundlage unter Berücksichtigung der

persönlichen Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Frauen, um den Zielsetzungen „mündige Patientinnen“ und „shared decision-making“ gerecht zu werden. Die **Handlungsfelder** einer frauengerechten Gesundheitsversorgung gehen über den traditionellen Bereich der gynäkologisch-geburtshilflichen Versorgung hinaus und beziehen alle Sektoren des Gesundheitssystems mit ein, die Frauen betreffen. An konkreten **Beispielen** bereits **umgesetzter frauenspezifischer Versorgung** sind die Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd und die Frauenberatungsstellen zu nennen, Beispiele frauengerechter medizinischer Versorgung in Wien finden sich beispielsweise in den Bereichen Gynäkologie, Alkoholentzug, Psychosomatik und Psychiatrie. Zudem spielen **Selbsthilfegruppen** eine nicht unerhebliche Rolle für die Gesundheitsversorgung von Frauen, da deren Mitglieder zum überwiegenden Teil Frauen sind. Von besonderer Aktualität sind Fragen der **Qualitätssicherung im Gesundheitssystem**, wobei ein **Einbeziehen der Gender-Perspektive** nicht vergessen werden darf. Für Frauen wichtige Bereiche der Qualitätssicherung sind z. B. Brustkrebszentren, Disease Management-Programme für Diabetes und die Frage des Schnittstellen-Managements zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Prävention und Gesundheitsförderung

Die **Vorsorgeuntersuchung neu** ist in Wien und Österreich das umfassendste Programm im Bereich der Sekundärprävention. Diese „Gesundenuntersuchung“ wurde in den letzten Jahren vermehrt in Anspruch genommen: In Wien waren es im Jahr 2003 137.015 Personen (55 Prozent Frauen, 45 Prozent Männer), das bedeutet einen Anstieg von 8,3 Prozent gegenüber dem vorangegangenen Jahr. Auch der Mutter-Kind-Pass wird sehr häufig genutzt: Man kann davon ausgehen, dass **zwischen 92 und 94 Prozent der schwangeren Frauen bzw. Mütter von Kleinkindern** in Wien und

Österreich die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen vollständig absolvieren.

Weitere **Beispiele frauenrelevanter Gesundheitsförderung und Prävention** sind die jüngst initiierten Aktivitäten zur psychischen Gesundheitsförderung, die geschlechtsspezifische HIV/AIDS-Prävention der Aids Hilfe Wien und weiters Ansätze zur Gesundheitsförderung älterer Frauen, von Migrantinnen sowie im Setting Spital bzw. in der Pflege.

Wiener Programm für Frauengesundheit

Motor der Wiener und österreichischen Aktivitäten im Bereich der Frauengesundheit ist das **Wiener Programm für Frauengesundheit**. Laut einem Gemeinderatsbeschluss aus dem Jahr 1998 wurden als Handlungsfelder u. a. Brustkrebsfrüherkennung, Verbesserung der Schwangeren- und Mutter-Kind-Betreuung, Prävention postpartaler Depressionen, Verbesserung der Gesundheit von Migrantinnen, Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen, Suchtprävention, Bekämpfung körperlicher und sexueller Gewalt gegen Frauen und Kinder, Gesundheitsförderung älterer und alter Frauen sowie Karriereförderung und Unterstützung von Frauen im Gesundheitswesen und in der Arbeitswelt beschlossen. Aktuell arbeitet das Wiener Programm für Frauengesundheit an der Umsetzung des Brustkrebs-Screening-Programms in Wien. Im Jahr 2005 wurde gemeinsam mit dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd ein Programm zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen gestartet. Ein umfangreiches Projekt zu Prävention nachgeburtlicher Depressionen wurde 2004 abgeschlossen. In jüngster Zeit wurde ein Curriculum gegen Gewalt an Frauen und Kinder zur Schulung von Personal des Wiener Krankenanstaltenverbundes erstellt und mehrere Schulungen durchgeführt.

SUMMARY

Development of women's health in Vienna, role of women's health reporting

The concept of women's health has emerged from several different areas: important cornerstones in its development have been the **international women's policies of the United Nations** and the **World Health Organisation's (WHO) health and health promotion policy for Europe**. In Vienna women's health was placed on the political agenda for the first time in 1991 when the conference "Women's Health and Urban Policies" was held. Since then it has become increasingly apparent that women's health is not merely taking into consideration gender differences in various health indicators, but rather a contribution to the active promotion of women and a health political programme, as is also demonstrated by the **Vienna Women's Health Programme** passed by the Vienna City Council in 1998. The programme development was based on the first Vienna Women's Health Report made in 1996 according to WHO guidelines, and which considered women's health in the context of psychosocial and socio-economic circumstances and a broad health and socio-political framework, just as the present report.

Demographic and socio-economic framework conditions of women's health

Currently Vienna has 846,000 female inhabitants, that is more than half (52.4 percent) of the Viennese population. 13.7 percent are children, 60.8 percent are of employable age, and 25.5 percent are aged 60 or above. The population prognosis projects a lower increase in the share of elderly women (60 years or older) than for Austria as a whole. The high positive migration balance, in particular from abroad, not only leads to a high proportion of persons in the economically active age group, but also counteracts the decline in the share of children in the total population due to higher birth rates.

The changes in the lifestyle of **young Viennese women** are similar to the rest of Austria – less marriages, higher marrying age, an increase in divorce rates, less children, and a higher age at the birth of the children. In Vienna the divorce rates are higher than in the rest of Austria. If the current trend in divorce rates as measured by length of marriage continues, 60 percent of the now made mar-

riages can be expected to end in a divorce. The high divorce rate is one of the reasons for the large percentage of single mothers in Vienna.

Women are still **severely underprivileged in many areas of life**, be it unpaid housework, education or, in particular, work and income. Although women in Vienna have a higher **level of education** than women in Austria overall, it is still lower than that of men. However, the level of education of both genders is becoming more equal in the younger age groups.

Vienna has the highest share of **economically active** women of all federal provinces. However, Vienna still has significant differences in the structure of economic activity of men and women: Despite improvements, women occupy executive positions less frequently than men, they work mainly in "female" occupations and more frequently in part-time work or minimal employment. Part-time and minimal employment, however, are also on the increase among men.

Women in Vienna have a higher **income** than women in Austria on average, and the income disparities between the two genders are lower as well, but women still earn significantly less than men even in Vienna. Lower income for women can frequently lead to poverty after a divorce or in old age.

The state of health of women in Vienna**Life expectancy and mortality**

At 81.3 years, women's **life expectancy** currently exceeds that of men (75.7 years) by 5.6 years. The gender disparity, however, has narrowed over the last decade: While women's life expectancy only increased by 2.5 years, that of men increased by 3.5 years. Hand in hand with the growing life expectancy **mortality** has decreased in Vienna for both genders over the last decade. Women have a lower **mortality rate** than men, and **pre-mature mortality** is also lower for them. Of all deaths in Vienna in 2004, 15 percent of women and 32 percent of men died before age 65. Vienna does not only have a life expectancy below the Austrian average, it also has higher mortality rates, in particular for women. The fact that Vienna is a large city probably plays a role here, among

other factors because of different life styles, environmental factors, and the population structure (e.g. increased migration).

The **main causes of death** for both women and men are **cardiovascular diseases** and **cancer**. More than half of all women who died in Vienna in 2004 died of a cardiovascular disease, and approximately one quarter died of cancer. For men, only approx. 40 percent died of a cardiovascular disease, and approx. 30 percent died of cancer. The main cause of **premature death** is cancer: Nearly one in two women and one in three men who die before age 65 die of cancer. The main causes of **premature cancer-related deaths** are cancer of the mammary glands and lung cancer for **women** (approx. 10 percent of premature deaths each) and lung cancer for **men** (10 percent). Another significant cause of premature death are cardiovascular diseases (16 percent for women, 22 percent for men). The higher rate of premature cardiovascular disease related deaths in men is in particular due to cardiac infarctions. Approximately one in twenty women and one in ten men who die before age 65 die of a cardiac infarction. For women, ischaemic heart disease and cardiac infarctions only become more significant in higher age.

Cardiovascular diseases

Overall, more women than men die due to **cardiovascular diseases**. In women cardiovascular diseases especially in high age lead to an increased need for medical and nursing care. The **risk factors** for coronary heart disease and cardiac infarction are hypertension, elevated blood lipids, diabetes, overweight, smoking, lack of exercise, familial predisposition, and social and psychosocial factors (workload, unfavourable social situation). However, there are gender-specific differences in the amount of influence and interaction these factors have on the risk of developing the disease. For example, women with coronary heart disease have diabetes significantly more often than men. Due to an increase in certain risk factors (e.g. smoking, diabetes mellitus) we can expect an increase in the morbidity and mortality of women as regards cardiac infarction in the coming years.

Women's health research indicates **deficits specific to women in the access to treatment, and in the diagnosis and therapy of acute myocardial infarction**. The symptoms typical to women (such as nausea and vomiting, pulling or stabbing pain between the shoulder

blades) can cause a diagnosis of another illness more easily than the male symptoms. In combination with the fact that many of the affected women (in particular elderly ones) live alone this means that women die more frequently before reaching the hospital or are in a very serious state when they reach the hospital, and die there. Additionally, the higher age and concomitant diseases increase the risk of mortality for women. Studies show that female immigrants have particular obstacles in the access to treatment, diagnosis and therapy of cardiac infarction.

Cancer

Every year, approximately 3,400 women and 3,300 men in Vienna are newly diagnosed with **cancer**. Approximately 2,100 of women and men each die of it. The most frequent types of cancer and causes of cancer-related mortality are breast cancer, colon cancer and lung cancer for women, and prostate cancer, lung cancer, and colon cancer for men.

Approximately 900 women in Vienna get **breast cancer** each year, and approximately 400 of them die of it. While new cases of cancer are on the rise, mortality is decreasing. Since the reasons for the emergence of cancer and possibilities of primary prevention are not sufficiently known, early detection is of particular importance. The European Commission and the European Parliament have recommended all Member States to develop a population-based quality assured mammography screening programme by 2008. Vienna already carried out an early detection programme for breast cancer between 2000 and 2002. For 2006 the implementation of model projects for mammography screening is planned all over Austria. The model areas in Vienna are the municipal districts 15, 16 and 17. The goal is to reduce breast cancer mortality by 25 to 30 percent through systematic mammography screening; another important objective is quality assurance. Since the systematic mammography screening is not supported by all experts, a comprehensive evaluation in the model regions as well as solid information for women on the benefits and risks of mammography screening are of particular importance.

Other types of cancer specific to women, which however are significantly less frequent than breast cancer, are **cervical** and **uterine cancer**. In 2002 approximately 300 women were diagnosed with one of these types of

cancer in Vienna (not counting preliminary stages of cervical cancer). In the case of **lung cancer**, new cases and mortality are on the increase for women, while they are decreasing for men. In 2002 approximately 330 women and 580 men in Vienna were diagnosed with lung cancer. Approximately one in ten new cancer cases for women and one in six for men are lung cancer. Approximately 300 women and 520 men died of lung cancer in Vienna in 2004, that is 16 percent of cancer related deaths for women and one quarter for men. The main reason for the increase of lung cancer incidence and mortality in women is the growing number of smokers. Due to the increased number of smokers especially among young women we can expect a further increase in the future.

Diabetes mellitus

Due to the increasing life expectancy and unhealthy life styles an increase in the incidence of diabetes mellitus can be expected. In Vienna 4.3 percent of women and 3.4 percent of men living in private households report having this disease. In particular with advanced age more women than men get diabetes mellitus (primarily **type 2 diabetes**). Diabetes mellitus presents a big challenge to health policy especially due to the associated complications, concomitant diseases and sequelae. Women do not only experience this disease differently than men, but the symptoms can in part be more severe for them.

Women can also be affected by **gestational diabetes**, which has risks for mother and child (e.g. premature delivery, caesarean section, higher postnatal infant mortality). In order to avoid or at least reduce long-term damage resulting from diabetes mellitus, the early detection, optimum therapy and aftercare are of great importance.

Quality assured patient training plays an important role in the treatment of diabetes mellitus, aiming at empowering the patients by strengthening their self-responsibility and competence. In addition to various quality assurance measures in in-patient treatment, Vienna focuses on developing quality assured care and treatment for diabetes patients (including patient training) in the out-patient area.

Mental and behavioural disorders, suicide

Mental and behavioural disorders overall are not more frequent among women than men, however, individual

diagnoses such as **depression** or **anxiety disorders** are more frequent among women, while e.g. alcohol and addiction related disorders are more common in men. One of the reasons for the increased incidence of depression and anxiety disorders in women is the influence of gender-specific norms and roles, which lead to a lack of autonomy and control over one's own life. The dual burden of work and family, the feeling of not being able to cope with all tasks, can lead to excessive stress and consequently to burnout. Other reasons for depressive disorders are poverty, unemployment and related burdens, but in particular the high risk of women to become victims of violence (physical violence, sexual abuse, rape, etc.). Physical and sexualised violence against women is often also related to posttraumatic stress disorders, psychosomatic symptoms, eating disorders, substance abuse, sexual dysfunctions and reproductive health disorders (chronic gynaecological problems, HIV, etc.) and are also accompanied by an increased risk of suicide. Women commit **suicide** less often than men, but have more frequent suicide attempts.

Diseases of the respiratory organs

An increasing mortality in women can be observed not only due to lung cancer, but also as a result of **diseases of the respiratory organs**. This increase is due in particular to the growing mortality from chronic diseases of the lower respiratory tract, e.g. **chronic obstructive pulmonary disease (COPD)**. In some age groups its prevalence is already higher in women than in men. The most frequent cause of COPD is smoking; other risk factors include dust exposure at the workplace, air pollution, frequent childhood respiratory infections, and genetic predisposition. Due to the increase of smoking among women an even higher incidence of COPD in women can be expected in the future.

Gynaecological diseases

Gynaecological diseases are rarely lethal, but despite the usually good chances of recovery they can place a heavy physical, mental and social strain on women. In different stages of life different gynaecological diseases are predominant. A significant gynaecological disease, which occurs in reproductive age and usually leads to strong symptoms and chronic pain, is **endometriosis**. This disease can remain undetected for a long time and is frequently the reason for unwanted childlessness.

An important issue in the area of gynaecology are **gynaecological surgeries**. Approximately one in three of all in-patient stays of women with surgery are due to surgeries in connection with diagnoses in the area of the female genitalia and obstetrics. Although the number of **hysterectomies** is strongly declining in Vienna, some 10,000 women undergo it every year. Hysterectomies and other gynaecological operations often lead to severe psychological stress for women. Institutions such as women's health centres and gynaecologists who address the consequences for women criticise insufficient information for the patients and the fact that existing alternatives are often ignored.

Disorders of the locomotive system

Locomotive system disorders are more frequent in women than in men, and they are particularly common in elderly women: Of all people in Vienna aged 60 or above, 27 percent of women and 17 percent of men report locomotive system disorders. In particular **osteoporosis, arthritis and arthrosis** are frequent in women. **Backaches** are also very widespread among women. While back problems in women are mainly due to daily work, in men they are more frequently due to accidents. Women more frequently have occupations that place a strain on the back (nurses, elderly care nurses, shop assistants, computer workplaces). Menstruation often also leads to backaches. Pregnancy and children place a strong strain on the spine. Psychosocial problems can also lead to muscle tension and thus to back pains. Frequent or permanent pain has a negative impact on the overall mood and mental well-being.

HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases (STDs)

Since the first cases of **HIV/AIDS** in the early 1980s the share of affected women has grown and is now around 30 percent. HIV/AIDS is no longer limited to minorities but affects the general population. The current challenge is to build awareness for the fact that despite the relatively low prevalence in Vienna and Austria, AIDS is a pandemic. It should particularly be taken into account that in the neighbouring countries to the East the infection rates are high. Compared to HIV/AIDS, all other **sexually transmitted diseases (STDs)** can be considered a "silent epidemic" in that there is very little public awareness for them. **Chlamydia** in particular is fairly widespread and can e.g. lead to infertility. Another example is the

human papilloma virus (HPV), with which around 70 percent of all sexually active women and men are infected and which is connected to the emergence of cervical cancer.

Health in different phases of life

Health related lifestyles of girls and young women

Overweight and eating disorders in children and adolescents

Approximately one quarter of Viennese school children in the age group 10 to 15 are overweight or obese. While overweight and obesity are less frequent in girls than in boys, extreme underweight is more common in girls than in boys. Disordered eating habits as a potential precursor of eating disorders are significantly more frequent in girls than in boys: Approximately half of all Viennese girls between 14 and 17 years have already been on a diet at least once, while this holds true only for one in seven boys. There are no exact data on the incidence of **eating disorders**. The number of in-patients treated for eating disorders has increased over the last years, however, the majority of patients receive out-patient treatment. The prevention of eating disorders is one of the main objectives of the Vienna Women's Health Programme. Numerous measures have been undertaken for awareness building and public information, and an eating disorder hotline was established in 1998 (toll free number 0800-201120). The prevention of overweight and eating disorders in children and adolescents will remain an important task both due to their high prevalence and due to the fact that preventive measures should start as early as possible in childhood.

Physical activity, gender mainstreaming in sports

Women are physically less active than men: In the Vienna Health and Social Survey, 43 percent of women but only 27 percent of men said they did not do any sports. Women also prefer different sports than men – gymnastics, aerobic and dancing are more frequent among women, while men prefer ball sports. The role of women in sports clubs and professional sports has been addressed more frequently internationally in the last years, since like in many other areas of society, women are only marginally present in leading positions of sports clubs and associations.

Substance use in adolescents: smoking, alcohol, cannabis, ecstasy

Of all 15-year old school children in Vienna, 21 percent of girls and 20 percent of boys **smoke** daily. As in previous surveys, the recent data show that daily smoking is somewhat more frequent in girls of this age than in boys. There was a marked increase from 1994, when only 16 percent of 15-year old school girls and 14 percent of boys smoked daily. **Alcohol consumption** is also already widespread among adolescents: One in ten 15-year old girls have been drunk at least four times, for boys the figure is one in five. Experience with **cannabis** is frequent: 36 percent of females and 42 percent of males younger than 30 reported having tried cannabis. The use of **ecstasy and amphetamines** is limited mainly to people younger than 40: 2 percent of both women and men in Vienna reported having consumed these substances in 2003.

Sexual and reproductive health of girls and young women

Approximately half of all girls have their **first intercourse** at age 15, while it is a bit later for boys. Only one in six girls do not use contraception during their "first time". This means that a large percentage of adolescents use contraception, most frequently condoms, followed by the pill. However, between 4 and 6 percent of girls and 5 to 7 percent of boys rely on coitus interruptus. Regarding **teenage pregnancies** and **teenage mothers**, Vienna and Austria are near the international average, while the US and Russia have the highest figures. With 22.2 live births per 1,000 women aged 15 to 19, a rate that has been stable over the last years, Vienna is above the Austrian average of 13.7. Despite the relatively good attitude of Viennese adolescents towards contraception, **sexual education** in Vienna and Austria as a whole is not yet satisfactorily established, and further education is necessary.

Health related lifestyles of adult women

Nutrition, obesity, physical activity

Women have healthier eating habits than men. The Vienna Health and Social Survey 2001 showed this and also found that the **consumption of healthy food** increases with age for women. It also showed that unhealthy nutrition is more frequent among women and men with a low level of education. The findings of this survey were also confirmed by the results of a **Body Mass Index**

study, which showed the prevalence of overweight, underweight and normal weight. In Vienna, just above two in three women but only one in three men have normal body weight. 19.7 percent of women and 57.4 percent of men are overweight, 8.7 percent of women and 8.2 percent of men are obese. Overweight and obesity in Vienna is slightly below the Austrian average for both women and men. Women participate in **sports** less frequently than men, and this gender gap is largest in the age groups below 25 and above 75.

Smoking/passive smoking and sexual and reproductive health

Approximately 2.3 million people in Austria smoke. Of these, approximately one in three, i.e. 800,000, have a severe nicotine addiction. Some 14,000 people die each year as a result of tobacco consumption, that is 38 people every day. Smoking has been decreasing among men since the 1970s but increasing among women. However, women still smoke less frequently than men. In general Vienna has a higher percentage of smokers than the other Austrian provinces. There are several studies on smoking in Vienna; the figures for regularly smoking women lie between 27.0 and 40.2 percent (for men: between 37.0 and 56.0 percent).

Smoking can be extremely harmful to **sexual and reproductive health** in women as well as in men. Smoking while using combination oral contraceptives (the pill) increases the risk for coronary heart disease and strokes, and oral contraceptives also fail more often for smokers. The fertility of women (and men) can be reduced through smoking and a lower reaction to fertility treatment has been observed in both sexes. Smoking can delay the start of the menopause and lead to menopausal symptoms being stronger and more frequent. The risk of invasive cervical cancer is tripled for female smokers. Concerning **pregnancy and birth**, smoking has been found to be a risk factor for premature rupture of the membranes, premature birth, low birth weight, miscarriage, stillbirth, infant mortality and birth defects. However, **passive smoking** can also have extremely negative effects in particular on children and pregnant women (slow growth of the foetus, premature birth, cot death, diseases of the respiratory organs, negative impact on the growth and development of the child). In men smoking and passive smoking has been identified as a risk factor for impotence and reduced sperm quality. According to the 1997 Mikrozensus survey, 20.7 percent of female and 21.8 percent of male gainfully employed persons reported

being passive smokers. In Austria the protection of non-smokers at the workplace is still insufficiently regulated in the **Employee Protection Act**. The **amendment to the Tobacco Act** which has been in force since January 2005 bans smoking in all closed public places, but in particular the bar and restaurant business is an exception from this. The amendment also includes a broader ban on advertising and sponsoring for tobacco products. However, it does not contain consequent non-smoker protection.

Alcohol consumption in women, alcohol during pregnancy

Because “only” one in four alcoholics in Vienna are women, this issue is frequently treated as a male problem. Problematic alcohol consumption in women starts later on average (peaking around age 40). Women also become addicted faster, and they experience stronger physiological effects and more severe long-term damage than men. Female alcoholics occur in all social and educational strata. **Alcohol consumption of pregnant women** can lead to congenital birth defects of the child. According to estimates each year at least 100 children in Vienna are born with defects of varying degrees as a consequence of their mother’s alcohol consumption. Since this is an avoidable risk, preventive measures in this area are particularly important.

Use of illegal substances

There is little data on the gender-specific consumption of illegal drugs in Vienna and Austria. It is known that women consume illegal substances far less frequently than men: approximately 26 to 30 percent of problematic opiate consumers are women. The share of women in directly or indirectly drug related deaths is 15 to 20 percent. Girls start consuming illegal substances at an earlier age than boys, but the share of women decreases with age. Women-specific approaches in drug prevention and the treatment of addicts can be found in places, but they are not enough to cover the need.

Sexual and reproductive health of adult women

The most frequently used **contraceptive** is the pill. It is used with different frequency in different age groups: at least half of all 15 to 19 year old women but less than one quarter of 40 to 45 year old women use the birth control pill. A similar age trend can be observed in the use of condoms, the second most frequently used contraceptive – it is also used more often by young women. With age, the use of long-term contraceptives increases: some 10 per-

cent of 40 to 45 year old women use copper or hormone intrauterine devices (IUDs).

The over the counter sale (OTC) of the “**morning-after pill**” has been under discussion in Austria for several years. A working group of the Federal Ministry of Health and Women discussed the OTC status for the morning-after pill in 2005, but decided against it.

There is no exact data on the frequency of **abortions** in Austria, since they do not have to be registered. Estimates lie between 19,000 and 25,000 abortions per year, however, these figures are disputed by some experts. The hospital discharge statistics only show a very small part of all abortions, since the majority is done in private clinics (e.g. Ambulatorium am Fleischmarkt Wien, Ambulatorium gynmed Wien) or by established practitioners. The hospital discharge statistics show 682 abortions in 1993, but only 149 in 2003. In order to make it possible to have an abortion in a public hospital, six hospitals of the Vienna Hospital Association have been offering out-patient abortions since January 2003; the cost has been reduced considerably and is now closer to that of private clinics.

Unwanted childlessness, in vitro fertilisation (IVF), pre-implantation diagnostics (PID)

If a couple despite wanting children and despite regular intercourse without birth control does not achieve a pregnancy after more than two years (although in practice usually one year), this is considered **infertility/sterility**. The IVF register maintained by the Austrian Health Institute (ÖBIG), which records the **use of IVF centres**, shows that in 2004 Vienna had the highest number of in vitro fertilisations of all federal provinces (1,719 of an Austrian total of 4,661 women or couples), however, 43 percent of these women were from other Austrian provinces, in particular Lower Austria. 8 of the 25 Austrian IVF clinics with contracts with the public health insurance institutions are in Vienna, and 2 of the IVF centres in Vienna and 10 in the rest of Austria are public. The use of **pre-implantation diagnostics (PID)**, i.e. investigating embryos before transferring them to the uterus after in vitro fertilisation, is controversial. It is illegal in Austria, Germany, Switzerland and Italy, in some countries it is allowed under special circumstances or not explicitly regulated. The discussion around PID centres mainly on the controversy between the argument that it allows couples with known genetic risk to conceive healthy children, and the opinion that the selective nature of PID might facilitate a

questionable social development towards positive eugenics.

Pregnancy and childbirth

The increasing possibilities offered by **prenatal diagnostics** are permanently altering the way in which pregnancy and childbirth are experienced. Many women and couples feel pressured to make use of all the available diagnostics in order to have more certainty about their child being healthy. It is important for women to receive critical and factual information in order to be able to make their own educated decisions.

The medicalisation of pregnancy is continuing with a growing trend of **medically controlled childbirth**. 98.6 percent of all births take place in hospital. Out-patient childbirth facilities, i.e. hospital stays of less than 24 hours after giving birth, are used very rarely.

The **share of caesarean sections** has increased from 12.4 percent in 1995 to 23.6 percent in 2004; in some Viennese private hospitals it is even up to 50 percent. This follows the Austrian and international trend towards having caesarean sections increasingly without clear medical indication.

The promotion of **breastfeeding** has been an international objective for several decades, in particular the WHO and UNICEF promote “successful breastfeeding” and initiated the “**Baby Friendly Hospital Initiative**” in 1991. So far Austria has 14 “Baby Friendly Hospitals”. As the first and so far only hospital in Vienna, the Semmelweis women’s clinic was awarded this title in 1999. The WHO recommends exclusive breastfeeding for the first six months as the optimal length, and additional breastfeeding up to an age of 24 months. Compared to the other federal provinces, Vienna has a relatively high share of breastfeeding mothers: One in four mothers breastfeed longer than 9 months, about half up to 7.5 months, and the remaining quarter up to 4.0 months.

Postnatal depression (PND) is a medical condition that is frequent and should be taken seriously. However, it is still often not diagnosed, among other reasons because it contradicts the common opinion that a woman should be filled with happiness after the birth of her child. During the **model project for the prevention of postnatal depression**, which was carried out as a part of the Vienna Women’s Health Programme in 2001 and 2002, data on the **incidence** of postnatal depression was col-

lected. Of the women who took part in the questionnaire based survey, 18 percent showed indications of depression in the early stages of pregnancy (up to the 30th week), and 13 percent two weeks before birth. Over the entire time of the survey, 28 percent showed risky depression values in one of the four stages that were surveyed. During the project various preventive and supportive measures were also tested and evaluated. It is necessary to continue awareness building measures for medical staff and to extend the possibilities for admitting mothers and babies together to psychiatric wards.

Premature births are a serious problem in obstetrics, since extremely premature births with a birth weight of less than 2,000 grams account for a large share of infant mortality and morbidity. The rate of premature births has slightly increased in the last years together with the survival rate. Nowadays most infants with a birth weight between 500 and 1.000 grams survive. This also means that the number of surviving infants with neurological damage has increased slightly. Attempts to reduce the rate of premature births are therefore very desirable.

Infant mortality has declined strongly in Vienna and Austria since the 1950s. Infant mortality in Vienna in 2003 was 6.3 in 1,000 live births (i.e. 0.63 percent), which was above the Austrian average of 4.5 in 1,000.

Miscarriage and stillbirth are still a taboo. Only in recent years has it become possible for parents who lose their child in this way to receive institutionalised support in coping with the loss. For a few years, e.g. the Semmelweis clinic and the Vienna General Hospital (Point project) have been offering counselling and support for affected parents in Vienna, both psychological support and administrative help with paperwork. Regenbogen Österreich is an association founded in 1994 that offers a **self-help group** for parents who have experienced a miscarriage, stillbirth or an abortion.

Menopause, hormone replacement therapy

The time before, during and after the beginning of menopause, the perimenopausal phase, can take several years. The physical and mental changes during this period are very individual and of varying strength. The average age for natural menopause in the Western societies is 51 years, which means that the postmenopausal phase is more than one third of a woman’s life. In the last years heated public discussions have taken place on the **benefits and risks of hormone replacement therapy**. Many

medical societies and experts, among others the Vienna Health Insurance Fund (Wiener Gebietskrankenkasse), have made **recommendations** based on findings of studies which indicate an increased risk of breast cancer, coronary heart disease and stroke through hormone replacement therapy: in particular estrogen-progestin combination therapies should not be used preventively but should rather be limited to the treatment of postmenopausal symptoms with as low a dose and short a duration as possible. Both the North American and European women's health movements have protested against the "pathologisation" and medicalisation of menopausal women through hormone replacement therapy since the 1970s and spoken in favour of a multidisciplinary view of menopause that focuses on the needs of women.

Economically active women: Work and health

Although work places a significantly larger burden on women than on men due to their **multiple roles**, especially when the children are still small, it is also for many women a source of well-being and health. Working women feel subjectively healthier than women who stay at home, and they are also less frequently ill. However, there are significant differences depending on the type of work and the circumstances. In particular women who are unskilled or skilled workers evaluate their state of health less positively than female white-collar workers and civil servants.

Typically female occupations do not only have a different social recognition and income than male ones, they also have different risks, demands and strain. Women work more frequently than men in one-sidedly physically demanding jobs (e.g. assembly line work), occupations with a high psychosocial burden, or a combination of both, e.g. nursing jobs. Many typical female occupations are monotonous, with a very low control over how the work is done, and a lack of decision-making opportunities. Although the share of women working in **technical occupations** in Vienna is approximately one third above the Austrian average, these occupations are nevertheless still dominated by men even in Vienna.

Specific health risks associated with female occupations are e.g. problems with the arms, stress, asthma, allergies, and dermatological and infectious diseases. In addition, women are more often than men subject to **mobbing** and **sexual harassment** at the workplace.

Women take slightly more **sick leave** on average than men, however the duration of the sick leave is usually shorter. Mental and behavioural disorders and disorders of the nervous system are more frequent causes for sick leave in women than in men, while occupational accidents and diseases are less common in women than in men.

Due to the different occupational burdens and risks of women and men a gender perspective is necessary in the area of occupational health promotion and health protection: In addition to the already established accident prevention and maternity protection measures it is necessary to establish mental health protection, prevention of mobbing and sexual harassment, and to allow flexible working hours which permit women to combine work and family.

The **female unemployment rate** in Vienna is above the Austrian average. Women with low qualifications, both long time workers and women only entering the labour market, women returning to the labour market and immigrant women have a particularly high unemployment rate. While the official unemployment rate is lower than that of men, disguised unemployment is more frequent for women. Additionally women are not only affected by their own unemployment, but often have to help solve the problems and conflicts arising from the unemployment of family members (e.g. partner or children).

The ways in which women and men react to unemployment are becoming increasingly similar the more employment becomes common for women. Unemployed women (and men) take less care of their health, are more frequently ill and have mental and emotional problems more often (e.g. depressive episodes, anxiety, insomnia, irritability, general nervousness, concentration difficulties) as well as psychosomatic disorders. As a consequence they also use health services more often.

Women in nursing occupations

Women's health should not only be seen from the patients' perspective, but also analysed from the point of view of women working in health care. Predominantly female health care jobs place a particular strain on health. Various studies have shown that nurses, in particular in elderly care, are subject to physical and psychological stress. Time pressure, the psychological impact and having to deal with difficult patients are the main sources of stress. Home nursing is particularly stressful,

which is in part due to the precariousness of the working conditions (a high share of atypical employment, lack of continuity, time pressure, a constant change of tasks and requirements). These already very common problems are aggravated through budgetary cuts.

In recent years there have been discussions about a severe **nursing shortage**, in particular in elderly care (lack of nursing staff, lack of quality in nursing, deficits in the working life of the nursing staff). In order to make nursing professions more attractive and improve the quality of nursing, integrated strategies are required. Particular attention should be paid to older nursing staff. To this end the Viennese information network on health promotion in hospitals and nursing homes made the ageing of nursing staff in a health promotion context the central topic of 2005 and started long-term initiatives which aim at reducing the number of nursing staff who abandon their occupation early.

Nursing and care in the family

Some 80 percent of nursing care is provided in the family context through family members or private nurses (mainly women). These people sometimes have no income of their own and no pension insurance. The expected increase in the number of persons in need of nursing care, combined with the reduction of unpaid informal (family) care, calls for appropriate measures. In particular in urban environments less people are prepared to provide nursing care for family members. In the coming years the care for elderly immigrants will become a task the public health system has to deal with.

Family members providing care can be assisted mainly through providing flexible mobile services, financial assistance and social insurance. Care providing family members would also like to have more information on legal, medical and nursing related issues, an increase of the nursing allowance, more short-term nursing facilities and day care facilities for the elderly, and the introduction of nursing assistance in the night hours. Special health promotion activities, a wider social recognition of family nursing, and improvements in the area of family nursing leave could also help to improve the situation.

State of health and health risks of elderly women

Approximately one in four women in Vienna are 60 years or older, and one in ten are 75 or older. The share of women increases significantly in the older age groups.

In addition to the **feminisation of ageing, singularisation** is characteristic of ageing today and also affects mainly women. More than 75 percent of Viennese women age 85 or older are widowed, but only approximately 40 percent of men. Consequently the proportion of elderly women living on their own is particularly high.

The gender disparities visible all throughout life become more pronounced in high age. Elderly women are disadvantaged in multiple ways compared to men (income, living conditions, leisure activities, family support, state of health, need for assistance and nursing care, etc.), which leads to a lower satisfaction with their life.

The higher life expectancy of women does not come without a price: Chronic illnesses and **multimorbidity**, i.e. the coexistence of several diseases, and the need for assistance and nursing care are more frequent in elderly women than men. The most frequent chronic diseases in elderly women are disorders of the locomotive system and cardiovascular diseases. Elderly women also have more accidents (in particular home and leisure accidents) than men. The main risk for elderly women is falling, which can have severe consequences for geriatric patients, e.g. fear of falling, fractures, hospital stays, need for assistance or nursing care, and can even be lethal. The risk of falling is significantly higher in women living on their own.

Mental and behavioural disorders in elderly women and men are distributed similarly as in the population in general, and there are also notable gender differences in some disorders. Depression and anxiety disorders are far more frequent in elderly women than men, while elderly men are more frequently affected by mental disorders connected with alcohol consumption. A high amount of mental disorders can be found in multiply disadvantaged elderly women, in particular influenced by the accumulation of financial, social and health problems including critical life events. A particular health risk for elderly and very old women are **dementia disorders**. A further increase in dementia patients is expected.

Taking several diseases which affect elderly persons as an example it can be demonstrated that **preventive measures, early detection and rehabilitation** are also effective in high age.

Elderly women more frequently need the assistance of **geriatric care institutions**. A gender sensitive quality

assurance in nursing care for the elderly is therefore particularly necessary. Issues that need to be addressed are among others medication in old age, violence against elderly people and the treatment of mental health problems (e.g. depression, alcoholism) in elderly people.

Health risks through environmental factors

The **gender perspective** is only slowly spreading in the area of environmental medicine and generally in the issue of the connection between environment and health. Therefore there are only very few research results on the interdependency of environmental influences and gender differences even for the most frequent environment associated illnesses, such as lung disorders, cardiovascular diseases and allergies. In the last years there has been an intense public discussion on **particulate matter** in Austria, and in particular in Vienna. A study presented by the Federal Environmental Agency in 2005 on the **expected health impact of particulate matter in Austria** estimates that if particle pollution remains at the current levels for several decades, life expectancy will be reduced by 12 months in Vienna, as much as 17 months in Graz, 14 months in Linz, 11 months in St. Pölten, 10 months in Innsbruck, 9 months in Klagenfurt and by 7 months in Salzburg.

The Municipal Department for Environmental Protection Vienna already implemented the second **package of measures against particulate matter** in September 2005.

Women with disabilities

During the Year of Disabilities 2003 a number of initiatives and projects for women with disabilities were launched. The Vienna Women's Health Programme carried out a project for removing barriers in the access to gynaecological treatment. Issues of sexual and reproductive health (contraception, pregnancy, sexual abuse) of women with disabilities have for a long time been discussed only marginally, although they are equally relevant for them as for women without disabilities. Much information and awareness building is still needed, e.g. in training medical and nursing staff.

Women in special social situations, with specific health care needs

Single mothers

Approximately one in five of the total of 408,000 families in Vienna is a single parent family, and around half of these have children younger than 15. The **vast majority of single parents are women** (83.9 percent). The situation of single parents is marked by a number of potential burdens. Vienna differs from the other federal provinces in many aspects – not only is the **share of single parent families higher**, but also the proportion of **divorced single parents**. Viennese single mothers with children older than 15 years have the highest **labour force participation rate** and a comparatively low **part-time work rate**. There are no representative figures on the state of health of single mothers for Vienna or the other federal provinces. However, it is known that single mothers have a higher incidence of gynaecological and mental problems than women in the comparison group of married mothers. The subjective health assessment of single mothers is also worse.

Immigrant women

Migration as such is not a health risk – it only becomes one when there are structural, linguistic and/or cultural barriers in the health care system which lead to a use of health care services which is either below or above average, treatment errors or a frequent change of doctors. A gender sensitive perspective on the health of immigrant women is necessary, since these women often face gender specific professional and social disadvantages and are additionally burdened by the usually difficult legal and social situation as immigrants. There are no comprehensive studies on the **state of health of immigrant women** in Vienna or Austria. The existing data should be interpreted with caution due to small samples and a probably high diversity of the interviewed women (and men) with a non-Austrian citizenship. However, they all indicate that physical and mental problems are more frequent in women from the countries of former Yugoslavia and Turkey than in Austrian women. They all also agree on immigrant women using more curative than preventive health services – for example fewer of the women who were born in Turkey or former Yugoslavia have had a Pap smear test or a breast examination done than Austrian women. Women with a Turkish citizenship go more frequently to paediatricians but less frequently to gynaecologists.

gynecologists, dentists and out-patient clinics than women from former Yugoslavia and Austria. In recent years issues of **traditionally influenced violence against immigrant women** have become the centre of public attention in particular in Vienna, e.g. female genital mutilation (FGM), forced marriage and trafficking in women and girls. The City of Vienna has implemented numerous measures in these areas. In 2005 the Vienna Women's Health Programme supported the establishment of a counselling centre for women's health and genital mutilation.

Lesbian women

Lesbian women often remain "invisible" in the public health system; their sexual orientation is not addressed. This is not least due to the fact that both medical staff and health research have little knowledge about the circumstances of living, health requirements and specific health risks of lesbian women. It remains to be answered whether lesbian women have specific health risks and illnesses, whether they participate in early detection examinations less frequently than other women, or whether the incidence of mental health problems in lesbian women is higher than average. In October 1998 an **Anti-Discrimination Unit for Same Sex Lifestyles** was established in the Vienna City Administration on initiative of the Administrative Group for Integration, Women's Issues, Consumer Protection and Personnel. This was a recognition of the fact that lesbian, gay and transgender lifestyles have so far not yet been sufficiently perceived and recognised.

Homeless women

Homelessness was until recently seen as a problem that affected mainly men. It is hard to say to what extent women are actually affected, as there are no representative studies on this problem in Vienna and Austria. Women are often "invisibly" homeless, i.e. they react by seeking temporary solutions by living with family, friends, "convenience partners" or casual acquaintances. This is in part influenced by specific female behaviour patterns, but could also be due to a lack of women-specific offers in this area. Since 2003 the Supervised Living group of the Fonds Soziales Wien has been responsible for housing and supporting homeless people. "Women and homelessness" was one of the central topics of the Fonds Soziales Wien in 2004. An outreach programme

was developed by the neunerAMBULANZ, a health care service of the private association Neunerhaus, together with the women's health centre FEM to provide care for homeless women and men in Vienna who require special **medical or psychosocial** attention due to chronic or mental health problems and to provide assistance for homeless women which goes beyond mere basic gynaecological care. The project started at the beginning of 2006 with a mobile medical team.

Prostitutes

There are no up-to-date statistics on the number and living situation of prostitutes in Vienna and Austria. According to estimates there are some 5,000 prostitutes in Vienna – around 500 of them registered – and some 15,000 sexual contacts with prostitutes take place each day. Prostitutes in Vienna work in around 200 brothels and over 100 bars. Since the early of the 1990s a continuous decline in registered prostitutes and an increase in the number of illegal prostitutes has been reported, which is mainly associated with the opening up towards the east and the increased immigration. Between 60 and 80 percent of prostitutes are immigrant women. The situation of immigrant sex workers is particularly precarious: they have very limited or no access to the regular labour market and the public health system, and there is hardly any information available for these women in their native languages.

Violence against women – the role of the public health system

Male violence affects women of all ages, from all social strata and all cultures. In particular women living in relationships frequently become victims of physical violence. The available data suggest that one in three women has experienced physical violence at least once in her life (slaps, shoving, throwing objects, beating, strangling...), one in ten women has experienced sexual violence (rape or attempted rape, sexual coercion) and more than half of all women have experienced sexual harassment (explicit sexual groping, comments, gestures). The health consequences of violence are both physical and psychological (e.g. physical injuries, post-traumatic stress disorders, depression...). The Vienna Women's Health Programme has developed training measures for hospital staff for the **sensitisation towards and early recognition of the consequences of vio-**

lence. Over the last decade the **Municipal Department 57 – Promotion and Coordination of Women’s Issues** has initiated a number of research projects, publications, conferences and model projects on the issues sexual, physical and psychological violence against women and children (e.g. a model project against stalking) and subsidises several counselling centres which support women in these situations, e.g. the **24 hour women’s emergency helpline** and **women’s shelters**. The concepts and measures of the Municipal Department for Women’s Issues aim at removing the taboo associated with these issues and try to show violence as a problem of society as a whole in order to achieve changes in the structural framework conditions.

Women-specific health care

Over the last decade the awareness for **women-oriented and gender-sensitive health care** has grown especially in Vienna but also in other European countries and worldwide. This can be characterised in particular as avoiding **too much, too little or wrong medical treatment** through need oriented, evidence based and quality assured treatment concepts that also take into account medical alternatives. Extensive **health information and education** is necessary as a basis for decision-making, taking into account the personal resources and coping strategies of women, in order to achieve the goals of “empowered patients” and “shared decision-making”. The **areas of activity** of women-specific health care are not limited to the traditional field of gynaecology/obstetrics but rather include all sectors of the public health system that concern women. Concrete **examples of already implemented women-specific healthcare measures** are the women’s health centres FEM and FEM Süd and women’s counselling centres, and women-specific medical care in Vienna can be found for example in the areas of gynaecology, alcohol withdrawal, treatment of psychosomatic disorders, and psychiatry. **Self-help groups** also play a significant role in women’s health care, since their members are mainly women. Particularly topical issues are **quality assurance in the public health care system**, in which the **gender-perspective** should also be incorporated. Areas of quality assurance relevant to women are e.g. breast cancer centres, disease management programmes for diabetes, and interface management between in-patient and out-patient treatment.

Prevention and health promotion

The **Vorsorgeuntersuchung neu** (“New Medical Check-up”) programme is the most comprehensive programme in the area of secondary prevention in Vienna and Austria. This check-up offer has been taken up increasingly in the last years: In 2003 a total of 137,015 persons in Vienna (55 percent women, 45 percent men) had a check-up done, that is an increase of 8.3 from the previous year. The mother-child-booklet is also used very frequently: an estimated **92 to 94 percent of all pregnant women and mothers with infants** in Vienna and Austria participate in all the mother-child-booklet examinations.

Other examples of **women-oriented health promotion and prevention** are the recently initiated activities on mental health promotion, the gender-specific HIV/AIDS prevention programmes of the Aids Hilfe Wien, and projects for the health promotion of elderly women, immigrant women, and in the hospital/nursing care setting.

Vienna Women’s Health Programme

The driving force of the Viennese and Austrian activities in the area of women’s health is the **Vienna Women’s Health Programme**. A 1998 decision of the Vienna City Council determined the areas of activity, among others early detection of breast cancer, improving care for pregnant women and mother and child, prevention of post-natal depression, improving the health of immigrant women, mental health promotion for women, addiction prevention, the struggle against physical and sexual violence against women and children, health promotion for elderly and very old women, and promoting and supporting women in the health care system and on the labour market. Currently the Vienna Women’s Health Programme is working on implementing the breast cancer screening programme in Vienna. In 2005 a programme for the prevention of cardiovascular diseases in women was launched together with the women’s health centre FEM Süd. An extensive project for the prevention of post-natal depression was completed in 2004. Recently a curriculum dealing with violence against women and children was developed for the training of staff of the Vienna Hospital Association and several courses have already been held.

**I.
EINLEITUNG: WAS KANN
FRAUENGESUNDHEIT,
WAS KÖNNEN FRAUEN-
GESUNDHEITSBERICHTE
LEISTEN?**

***INTRODUCTION: WHAT
CAN WOMEN'S HEALTH
PROMOTION AND
WOMEN'S HEALTH
REPORTING ACHIEVE?***

INHALT

1	EINLEITUNG: WAS KANN FRAUENGESUNDHEIT, WAS KÖNNEN FRAUENGESUNDHEITS- BERICHTE LEISTEN?	63
1.1	PIONIERROLLE WIENS IM BEREICH FRAUENGESUNDHEIT	64
1.1.1	WHO-Politik als Ursprung der Frauengesundheit	64
1.1.2	Die Implementierung des Wiener Programms für Frauengesundheit	66
1.1.3	Weitere österreichische und internationale Frauengesundheitsprogramme	67
1.2	BEGRIFFSKLÄRUNG: FRAUENGESUNDHEIT – GENDER MAINSTREAMING – GENDER-MEDIZIN	69
1.2.1	Politische Wurzeln der Frauengesundheit	69
1.2.2	Die Rolle der Frauengesundheit bei Frauenförderung und Gender Mainstreaming	71
1.2.3	Frauengesundheitsforschung und Public Health	74
1.2.4	Frauengesundheit, Männergesundheit und Gender-Medizin	75
1.3	FRAUENGESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG	77
1.3.1	Entwicklung der Frauengesundheitsberichterstattung	77
1.3.2	Ziele und Methodik des Wiener Frauengesundheitsberichts 2006	78

1 EINLEITUNG: WAS KANN FRAUENGESUNDHEIT, WAS KÖNNEN FRAUENGESUNDHEITSBERICHTE LEISTEN?

Zusammenfassung

Obwohl Frauengesundheit seit mehreren Jahrzehnten ein internationales Thema ist, gibt es keine einheitliche Definition. Frauengesundheit wird von VertreterInnen unterschiedlicher Professionen im Gesundheitswesen – Public-Health-ExpertInnen, SozialwissenschaftlerInnen, MedizinerInnen unterschiedlicher Fachrichtungen, PolitikerInnen unterschiedlicher Parteien – definiert, gefördert, umgesetzt. Die Wurzeln der Frauengesundheit sind verzweigt: Wesentlich zu ihrer Entwicklung beigetragen haben die **internationale Frauenpolitik der Vereinten Nationen** und die europäische **Gesundheits- und Gesundheitsförderungspolitik der Weltgesundheitsorganisation (WHO)**. Ein weiterer Faktor war auch die Kritik an der bis in die 1990er Jahre praktizierten **Forschungspolitik** der amerikanischen Gesundheitsbehörden, Frauen aus klinischen Studien auszuschließen, wobei in weiterer Folge die Initiierung des bislang größten Forschungsprogramms im Bereich der Frauengesundheit, der „**Women’s Health Initiative**“ (WHI), bewirkt wurde.¹ Trotz der Multidisziplinarität und vielfältiger Strömungen wurde besonders im vergangenen Jahrzehnt deutlich, dass Frauengesundheit mehr als ein bloßes Auflisten von Geschlechtsunterschieden bei verschiedenen Gesundheitsindikatoren ist, nämlich Teil einer aktiven Frauenförderung und gesundheitspolitisches Programm – wie das im Jahr 1998 vom Wiener Gemeinderat beschlossene **Wiener Frauengesundheitsprogramm** verdeutlicht. Dementsprechend sind Frauengesundheitsberichte über die traditionelle Gesundheitsberichterstattung hinaus bemüht, Frauengesundheit im psychosozialen und sozioökonomischen Lebenszusammenhang von Frauen und in einem weit gesteckten gesundheits- und sozialpolitischen Rahmen zu sehen.

Summary: Introduction: What can women’s health promotion and women’s health reporting achieve

*Although women’s health has been an international topic for several decades, there is no uniform definition of it. Women’s health is defined, promoted and implemented by the representatives of different professions in the health system – public health experts, sociologists, physicians of different specialisations, and politicians of various parties. The concept of women’s health has emerged from several different areas: important cornerstones in its development have been the **international women’s policies of the United Nations** and the **World Health Organisation’s (WHO) health and health promotion policy for Europe**. Another factor was the criticism of the research policy of the American health authorities, which into the 1990s excluded women from clinical studies. This criticism subsequently led to the launch of the hitherto largest research programme on women’s health, the “**Women’s Health Initiative**” (WHI).¹ Despite the multidisciplinary and different approaches it has become apparent especially over the last decade that women’s health is more than merely listing gender differences in various health indicators – it is a contribution to the active promotion of women and a health political programme, as is also demonstrated by the **Vienna Women’s Health Programme** passed by the Vienna City Council in 1998. Therefore women’s health reports do not limit their view to traditional health reporting but rather try to consider women’s health in the context of psychosocial and socio-economic circumstances and a broad health and socio-political framework.*

¹ <http://www.nhlbi.nih.gov/whi/>

In Wien wurde im Jahr 1991 Frauengesundheit erstmals auf die gesundheitspolitische Agenda gesetzt, und zwar im Rahmen der Konferenz „Women’s Health and Urban Policies“ – das liegt mehr als 15 Jahre zurück. Wie hat sich seither der Bereich der Frauengesundheit in Wien entwickelt? Der vorliegende Bericht gibt einen Einblick in Entwicklungstendenzen im vergangenen Jahrzehnt in Wien mit Seitenblicken auf österreichische und internationale Trends.

In Vienna women’s health was placed on the political agenda for the first time in 1991 when the conference “Women’s Health and Urban Policies” was held – more than 15 years ago. How has women’s health developed in Vienna since then? This report gives an insight into the developments in Vienna over the last decade and also highlights some Austrian and international trends.

1.1 Pionierrolle Wiens im Bereich Frauengesundheit

1.1.1 WHO-Politik als Ursprung der Frauengesundheit

Frauengesundheit ist seit ihren Anfängen eng mit der Politik der Gleichstellung von Frauen und Männern verbunden. Das Streben nach Gleichberechtigung und Gender Mainstreaming war und ist eine der stärksten Triebfedern der Frauengesundheit. Starke Impulse gingen dabei von der Frauenpolitik der Vereinten Nationen in den 1970er Jahren und der Gesundheitspolitik der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Europa aus. Vor dem Hintergrund eines wachsenden Bewusstseins für Gesundheitsförderung und Public Health und der Neudefinition eines umfassenden, nicht nur medizinisch orientierten Gesundheitsbegriffs, entwickelten sich Anfang der 1990er Jahre die Frauengesundheitsbewegung und die Frauengesundheitsforschung in Synergie mit nachhaltigen Initiativen der WHO wie zum Beispiel den Aktivitäten rund um die „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“² (1986) oder der ebenfalls 1986 ins Leben gerufenen „Gesunde Städte“-Initiative,³ der Wien im Jahr 1989 beigetreten ist. Fortan ist Gesundheit – und besonders die Gesundheit von Frauen – nicht mehr nur Sache des Gesundheitssystems, sondern es wurde deutlich, dass „Gesundheit von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“.⁴

Im Rahmen des „WHO-Gesunde-Städte-Netzwerkes“ haben Anfang der 1990er Jahre Glasgow⁵ und Wien als erste europäische Städte begonnen, Frauengesundheit auf die gesundheitspolitische Agenda zu setzen. Die Weltgesundheitsversammlung erklärte im Jahr 1992: „Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden.“ In weiterer Folge initiierte das WHO-Regionalbüro für Europa in Kopenhagen die Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen“. Der Grundstein für diese Initiative wurde in Wien im Jahr 1991 anlässlich der WHO-Konferenz „Women’s Health and Urban Policies“ für Frauen aus mittel- und osteuropäischen Ländern gelegt. Im ersten Arbeitsjahr wurden eine vergleichende Analyse mit dem Titel „Highlights on Women’s Health“ sowie detaillierte Länderprofile erstellt. Letztere wurden – wiederum in Wien – erstmals anlässlich der Konferenz „Women’s Health Counts“ präsentiert. Diese Konferenz über die Gesundheit der Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern fand im Februar 1994 in Wien statt und führte zu einer Konsensuserklärung der 270 TeilnehmerInnen aus 40 Ländern, der „Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern“.⁶

² http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

³ <http://www.wien.gv.at/who/projekt.htm>

⁴ WHO (1989), Ottawa-Charta.

⁵ <http://www.glasgowcitycouncil.co.uk/healthycities/ghcp/pdf/women.pdf>

⁶ http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_3?language=German

Tabelle 1.1: Meilensteine der Frauengesundheit und Frauenpolitik in Wien und international

1975	Internationales Jahr der Frau (UN)
1975	Erste UN-Weltfrauenkonferenz in Mexiko
1976	Jahrzehnt der Frau (1976–85, UN)
1979	UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW)
1980	Zweite UN-Weltfrauenkonferenz in Kopenhagen
1985	Dritte UN-Weltfrauenkonferenz in Nairobi
1986	Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO)
1986	WHO-Gesunde-Städte-Netzwerk
1989	Wien tritt dem WHO-Gesunde-Städte-Netzwerk bei
1991	WHO-Konferenz „Women’s Health & Urban Policies“ in Wien
1992	WHO-Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen“
1992	WHO-Modellprojekt Frauengesundheitszentrum FEM an der Semmelweis-Frauenklinik in Wien
1994	WHO-Konferenz „Women’s Health Counts“ in Wien
1994	WHO-Deklaration „Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern“
1994	Weltbevölkerungskonferenz Kairo (ICPD; UNFPA)
1995	Vierte UN-Weltfrauenkonferenz in Peking
1995	WHO-Guidelines für Frauengesundheits-Indikatoren/Women’s Health Profiles
1995	Erster Österreichischer Frauengesundheitsbericht, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
1996	Erster Wiener Frauengesundheitsbericht, Stadt Wien
1998	Wiener Frauengesundheitsprogramm, Stadt Wien
2002	Internationale Konferenz „Gender & Health“, Stadt Wien
2002	WHO-Deklaration „Madrid Statement: Mainstreaming Gender Equity into Health“
2005	Zweiter Österreichischer Frauengesundheitsbericht, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Legende: UN = United Nations/Vereinte Nationen; CEDAW = Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women; UNFPA = United Nations Population Fund/Weltbevölkerungsfonds; WHO = World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation; ICPD = International Conference on Population and Development/Weltbevölkerungskonferenz.

Die **„Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern“** enthält **sechs Handlungsprioritäten**, die – obwohl vor mehr als zehn Jahren erstellt – kaum an Aktualität und Gültigkeit verloren haben:⁷

- **Erhöhung der Sicherheit von Schwangeren und Müttern** – verbesserte Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind; kostenwirksame pränatale Interventionen; frauenfreundliche Geburtspraktiken; Förderung des Stillens; Verbesserung des Wissens und Könnens von Hebammen; Schutz vor nicht bedarfsgerechten medizinischen Technologien; weniger Schwangerschaftsabbrüche unter die Gesundheit gefährdenden Bedingungen und qualitativ hochwertige Betreuung bei Schwangerschaftsabbrüchen.
- Förderung der **sexuellen und reproduktiven Gesundheit** – mehr sexuelle Aufklärung für Mädchen und Jungen; leichter Zugang zu Verhütungsmitteln; Wahlmöglichkeiten bei Verhütungsmitteln; integrierte und gemeindenahere Dienste zur Familienplanung; vertrauliche Durchführung von Tests und vertrauliche Beratung bei sexuell übertragbaren Krankheiten; Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten; vertrauliche Beratung bei HIV-Infektionen und AIDS und Beratung für Prostituierte.
- Einführung **frauenfreundlicher Kostenstrategien** – Unterstützung bei der Kostenrückerstattung für Verhütungsmitteln; weitestgehende Förderung umfassender und gemeindenaher Gesundheitsdienste; vorrangige Schaffung von Vorsorge- und Gesundheitsförderungsprogrammen, insbesondere in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Vorsorgeuntersuchungen für Brust- und Gebärmutterhalskrebs.
- Unterstützung von Programmen zur **Förderung gesunder Lebensweisen** – Förderung einer gesunden Ernährung, der psychischen und geistigen Gesundheit, einer tabakfreien Lebensweise und eines Alterns in Gesundheit; Ausweitung von Angeboten der Suchtbehandlung.
- Bekämpfung von **Gewalt gegen Frauen** – Anerkennen von häuslicher Gewalt und Vergewaltigung

⁷ WHO (1994).

als Probleme der öffentlichen Gesundheit; Gesetzgebung gegen Misshandlung und Vergewaltigung; Bekämpfung von Zwangsprostitution und Frauenhandel; Beratung und Schutz für Frauen in Not.

- Verbesserungen für **Frauen, die in der Gesundheitsversorgung arbeiten** – Verbesserung der Bezahlung und der Arbeitsbedingungen von Frauen; Anhebung des sozialen Status von Frauen in Gesundheitsberufen; Berufung einer größeren Zahl von Frauen in führende Positionen und Schaffung verbesserter Fortbildungsmöglichkeiten.

Als Strategien zu **Umsetzung dieser Handlungsprioritäten** empfahl die WHO 1994 die Etablierung geschlechtsspezifischer **Monitoring- und Berichtssysteme** und die Erstellung von **Frauengesundheitsberichten** unter Berücksichtigung sozioökonomischer Aspekte, die den Parlamenten, den Medien und der Öffentlichkeit vorgelegt werden sollen. Weitere Empfehlungen betrafen die Forcierung der Frauengesundheitspolitik durch Einrichtung eines **Frauengesundheitsbüros** und eines **nationalen Frauengesundheitsforums** sowie die Entwicklung von multidisziplinär ausgerichteten **Forschungsstrategien** für den Bereich Gesundheit von Frauen, in denen Prioritätsbereiche und sich daraus ergebende Maßnahmen erarbeitet werden.

1.1.2 Die Implementierung des Wiener Programms für Frauengesundheit

Siehe auch: Eine Darstellung der konkreten Umsetzung des Wiener Programms für Frauengesundheit findet sich in Kapitel 10.

„Gesundheit hat ein Geschlecht.“ Unter diesem Motto hat die Stadt Wien im Jahr 1998 ein spezielles Frauengesundheitsprogramm etabliert, das einstimmig vom Gemeinderat beschlossen wurde. Vorderstes Ziel dieses Programms ist es, Maßnahmen und Strategien für Frauen in unterschiedlichen Lebensphasen sowie insbesondere für Zielgruppen mit belastenden Lebensbedingungen, wie zum Beispiel allein erziehende Mütter, Migrantinnen und Frauen mit Behinderungen, zu entwickeln. Dies zeigt, dass Aktivitäten und Anliegen von engagierten Frauengesundheitsinitiativen – sowohl auf der Ebene der nicht-staatlichen Organisationen als auch der Universitäten – Früchte tragen und in politische Programme einfließen.

Das Programm umfasst zwölf Leitlinien und zwölf Handlungsschwerpunkte. Mit der Verabschiedung des Programms wurden Pilotprojekte beschlossen, die ab 1999 umgesetzt wurden. Schwerpunkte im Frauengesundheitsprogramm sind Krebsfrüherkennung, -betreuung und -nachsorge, insbesondere bei Brustkrebs; psychosoziale Schwangerenbetreuung und Hilfe bei nachgeburtlicher Depression; psychische Gesundheit; psychosoziale Versorgung von Frauen und Betreuungsstandards im Gesundheitswesen; Suchtprävention; Gesundheitsförderung für ältere Frauen (z. B. Osteoporose und Harninkontinenz); Gewalt gegen Frauen; Karriereförderung für Frauen in Gesundheitsberufen; rechtliche Aspekte von Frauen im Gesundheitswesen; Gesundheit von Frauen in der Arbeitswelt; Integration von Migrantinnen im Gesundheitswesen; gesundheitliche Belastung von Müttern.

Das Wiener Frauengesundheitsbüro

Zur Institutionalisierung des Frauengesundheitsprogramms wurden ein Frauengesundheitsbüro sowie die Funktion einer Frauengesundheitsbeauftragten der Stadt Wien geschaffen. Zu ihren Aufgaben zählen vor allem die Entwicklung von Strategien, die Realisierung und Dokumentation von Projekten und das Erarbeiten von Informationsmaterialien und Broschüren.

Aktuelle frauenspezifische Projekte des Wiener Programms für Frauengesundheit:⁸

- Das **Brustkrebs-Früherkennungsprogramm** „Die Klügere sieht nach“ wurde in Anlehnung an die EU-Richtlinien für Qualitätssicherung in der Mammografie geplant und allen in Wien lebenden 50- bis 69-jährigen Frauen angeboten.
- Ziele der **Wiener Informationskampagne gegen Essstörungen (W.I.K.E.)** sind Enttabuisierung und Information sowie die Qualitätsverbesserung der Behandlung. Angeboten werden laufende Fortbildungen für MultiplikatorInnen (LehrerInnen, SchulärztInnen, PädiaterInnen, JugendarbeiterInnen, etc.) und eine kostenlose anonyme Hotline für Betroffene und Angehörige.
- Ein eigens entwickeltes **Gewalt-Curriculum** für medizinisches Personal und Pflegepersonen aller Disziplinen soll in allen öffentlichen Wiener Krankenanstalten etabliert werden. Ziel ist eine Verbesserung der Kommunikation sowie der Früherken-

⁸ Siehe auch Kapitel 10.

nung von durch Gewalt verursachten psychischen und körperlichen Erkrankungen.

- „**Nach Herzenslust**“ ist ein **Gesundheitsförderungsprojekt für Migrantinnen** und sozial belastete Frauen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- „Mama Mia“ ist ein **Gesundheitsförderungsprojekt für Mütter von Kindergartenkindern**, um belastete Mütter in Form von Informationsabenden und Workshops zu unterstützen.
- Ziel des Präventionsprojekts „**Postpartale Depressionen (PPD)**“ ist es, Frauen bei psychosozialen Vorbelastungen, finanziellen Problemen, Partnerschaftskonflikten oder seelischen Krisen, die zu Depressionen nach der Geburt führen können, zu helfen und unterstützen. Dieses Projekt wurde an drei Wiener Spitälern umgesetzt.
- „Alles unter Kontrolle“ ist ein Projekt zur Enttabuisierung und Information über **Harninkontinenz**, das u. a. niederschwellige Angebote für Beckenbodengymnastik beinhaltet.
- Die **Öffentlichkeitsarbeit** umfasst die jährlich stattfindenden Frauengesundheitstage, regelmäßige Publikums-Informationsveranstaltungen zu für Frauen relevanten Themen und Problemen sowie die Produktion von Informationsbroschüren.
- Auf- und Ausbau **interdisziplinärer Gesprächsforen und Netzwerke** verfolgen die Zielsetzung, Lobbying für Frauenanliegen und Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich zu betreiben und langfristig eine bessere Betreuung zu gewährleisten.

1.1.3 Weitere österreichische und internationale Frauengesundheitsprogramme

Die ersten Frauengesundheitsprogramme wurden Anfang der 1990er Jahre in den USA und Kanada etabliert, erstes europäisches Frauengesundheitsprogramm war jenes in Glasgow, gefolgt vom Wiener Frauengesundheitsprogramm im Jahr 1998 (siehe Abschnitt 1.1.2). In Österreich entwickelten Graz und Innsbruck in weiterer Folge eigene Frauengesundheitsprogramme. Seit Anfang 2005 ist ein Frauengesundheitsprogramm in Kärnten in Vorbereitung. Auch in mehreren deutschen

Städten (z. B. Hamburg, Bremen, Berlin) wurden in den vergangenen Jahren programmatische Ansätze zur Frauengesundheit erarbeitet, das umfangreichste davon in Nordrhein-Westfalen.

FrauenGesundheitsProgramm Graz

Das „FrauenGesundheitsProgramm Graz“ sieht sich in der Tradition der Gesundheitsförderung der WHO, die in ihren Programmen den Setting-Ansatz zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit von Frauen verfolgt. Die Umsetzung des FrauenGesundheitsProgramms Graz besteht in strukturellen Maßnahmen in Anlehnung an das Modell von Glasgow, Schottland, das ebenfalls den Setting-Ansatz systematisch realisiert. Im Rahmen eines Gender Health-Audits wurden im Jahr 2001 die sozialen und gesundheitlichen Bedingungen für Frauen am Arbeitsplatz und als Kundinnen mittels Fragebogen in sechs Betrieben in Graz und Umgebung im Sinne einer ersten Bestandsaufnahme ermittelt. Im Gender Health Audit wurde der Fokus auf zwei Gruppen von Frauen gelegt: auf Frauen mit Behinderung und auf Migrantinnen.⁹

Tiroler Frauengesundheitsbüro

Ausgehend von einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Kunst (bm:bwk) zu Geschlechtsunterschieden in der kardiologischen Versorgung in Österreich¹⁰ wurde im Oktober 1998 das Ludwig Boltzmann Institut für kardiologische Geschlechterforschung eingerichtet. Die Themenschwerpunkte der Forschungsarbeit lagen in der Erhebung von Geschlechterdifferenzen in der Kardiologie, der Situation von ÄrztInnen in der Medizin, der Implementierung genderspezifischer Präventionsangebote sowie Fragen zur Gesundheit von Migrantinnen.¹¹ Im Jahr 1999 wurde die Frauengesundheitsbeauftragte des Landes Tirol ernannt und das Frauengesundheitsbüro des Landes Tirol eingerichtet. Zur Implementierung des Frauengesundheitsgedankens in Tirol wurden Informationsfolder zu den Themengebieten Herzrisiko, Herzprävention, Rauchstopp, etc. in einschlägigen Einrichtungen verteilt. Durch Zeitungsartikel, Auftritte in regionalen Radio- und Fernsehprogrammen wurde mediale Präsenz gezeigt, weiters wurden im Rahmen

⁹ GROTH, RASKY (2003).

¹⁰ HOCHLEITNER (1997).

¹¹ <http://lbi-frauen.uibk.ac.at>

unterschiedlicher Veranstaltungen zahlreiche Vorträge zum Thema Frauengesundheit gehalten.

Nordrhein-Westfalen: Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung

Ein umfassendes Frauengesundheitsprogramm wurde im Mai 2001 im deutschen Bundesland Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufen. Unter Beteiligung aller politischen Parteien wurde im Landtag von Nordrhein-Westfalen die „Enquêtekommision zur Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“¹² gebildet. Diese Kommission hat in Form einer detaillierten Bestandsaufnahme, Analyse und Bewertung vorhandener Defizite konkrete politische Strategien und Maßnahmen zur Förderung einer frauengerechten gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen vorgeschlagen. Themenbereiche waren unter anderem Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen; die psychische Gesundheit und psychosoziale Versorgung von Migrantinnen; Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Frauen und Medikamente; Belastungen und Ressourcen von Müttern; gesundheitliche Folgen von Gewalt; Frauengesundheit und Erwerbsarbeit sowie Brustkrebs. Ein umfassender Bericht wurde Ende 2004 veröffentlicht.¹³

Das Frauengesundheitsprogramm von Glasgow

In Glasgow wurde Frauengesundheit erstmals 1991 im Rahmen der WHO-Healthy Cities Partnership thematisiert. Das aktuelle Programm, das 2002 überarbeitet wurde, hat vier Schwerpunkte:¹⁴ Bewusstseinsbildung für Frauen- und Mädchengesundheit; politisches Lobbying; strukturelle Verankerung der Frauengesundheit und die Behandlung der von den Frauen selbst identifizierten Gesundheitsthemen. Vorrangig sind für die Glasgower Frauengesundheits-Initiative die Verbesserung der emotionalen und psychischen Gesundheit; die Einbeziehung der betroffenen Frauen in die Entwicklung von Maßnahmen zur Armutsbekämpfung; die Verbesserung der Gesundheit und Sicherheit von Frau-

en zu Hause, auf dem Arbeitsplatz und in der Gesellschaft; die Entwicklung von geschlechtersensiblen Strategien, die auf die Reduktion der Häufigkeit von Neuerkrankungen zielen; die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit; die Unterstützung für Frauen, die formell und informell in der Pflege arbeiten und Bekämpfung der Erwartung, dass Frauen die primären Pflegepersonen sind.

Frauengesundheitsprogramme in den USA und in Kanada

Ein wesentlicher Beitrag zur Etablierung der Frauengesundheit als eigenständige Größe im Gesundheitssystem wurde in den USA geleistet. Ursprünglicher Hauptkritikpunkt an einer männerdominierten Medizin war die Tatsache, dass bis Anfang der 1990er Jahre Frauen systematisch aus klinischen medizinischen Studien ausgeschlossen wurden; Gründe dafür waren die Problematik einer möglichen Schwangerschaft während der Studiendauer und eine mögliche Beeinflussung der Ergebnisse durch den hormonellen Zyklus der Frau. Damit wurden wichtige geschlechtsspezifische Einflussfaktoren, wie z. B. die Rolle der Östrogene, aus den Untersuchungsfragestellungen ausgeklammert und langfristig eine adäquate medizinische Versorgung für Frauen verhindert. Als eine Konsequenz der Kritik an diesen massiven frauenspezifischen Forschungsdefiziten wurde Mitte der 1990er Jahre in den USA von den National Institutes of Health (NIH) ein offizielles Büro für Frauengesundheitsforschung, das „**Office of Research on Women's Health**“¹⁵ eingerichtet. Dabei wurden Themen wie frauenspezifische Prävention, Gesundheitsversorgung, Forschung, Ausbildung in den Gesundheitsberufen und Karriereförderung von Frauen in den Gesundheitsberufen und in der Forschung angesprochen. Ein Großprojekt, die „**Women's Health Initiative (WHI)**“¹⁶ mit einer Laufzeit von 15 Jahren und einem Fördervolumen von 628 Millionen US-Dollar, wurde initiiert.

Der Entwicklung in den USA vergleichbar wurde in Kanada im Jahr 1993 eine politische Strategie der Frauengesundheit etabliert (**Women's Health Strate-**

¹² <http://www.frauengesundheit-nrw.de/> bzw. <http://www.landtag.nrw.de/> (Menüpunkt: Parlament > Enquêtekommisionen)

¹³ LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN (2004).

¹⁴ <http://www.glasgowcitycouncil.co.uk/healthycities/ghcp/pdf/women.pdf>

¹⁵ <http://www4.od.nih.gov/orwh>

¹⁶ <http://www.nhlbi.nih.gov/whi/>

gy)¹⁷ und durch ein Frauengesundheitsbüro in die Praxis umgesetzt und koordiniert (Women's Health Bureau). Im Jahr 1996 wurden – als eine der zentralen Aktivitäten des Kanadischen Frauengesundheitsbüros – fünf Kompetenzzentren der Frauengesundheit (Centres of Excellence for Women's Health)¹⁸ eingerichtet. Die Kompetenzzentren sind multidisziplinär ausgerichtet und arbeiten in Form von Partnerschaften zwischen GesundheitsexpertInnen, gemeindenahen Gesundheitseinrichtungen und PolitikerInnen. Bislang wurden mehr als 250 Forschungsprojekte im Bereich der geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung und

-versorgung durchgeführt, z. B. im Bereich der Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Frauen mit Behinderung, Krankenpflege bzw. Hauskrankenpflege, Zugang von MigrantInnen zum Gesundheitssystem, Politik des Tabakkonsums, etc. Gemeinsames Ziel aller Projekte der Kompetenzzentren ist, die in praxisnahen Forschungsprojekten gewonnenen Ergebnisse möglichst effektiv umzusetzen. Das Kanadische Netzwerk für Frauengesundheit ist zum einen für die Verbreitung von Forschungsergebnissen, aber auch anderer für die Frauengesundheit relevanter Informationen zuständig.

1.2 Begriffsklärung: Frauengesundheit – Gender Mainstreaming – Gender-Medizin

1.2.1 Politische Wurzeln der Frauengesundheit

Eines der ersten umfassenden Programme zur Gesundheit von Frauen wurde bei der vierten und bislang letz-

ten Weltfrauenkonferenz in Beijing 1995 formuliert. Zentrale Aussage ist, dass aufgrund der noch nicht erreichten Gleichstellung von Frauen und Männern die Geschlechtszugehörigkeit eine Barriere darstellt, angemessene Gesundheitsversorgung zu erlangen.

***Vierte Weltfrauenkonferenz in Beijing (1995):
Strategische Ziele und Maßnahmen im Bereich Frauen und Gesundheit – Einleitung***

„Die Frau hat das Recht, das für sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu genießen. Der Genuss dieses Rechts ist für ihr Leben und Wohlbefinden sowie für ihre Fähigkeit, an allen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens teilzuhaben, von entscheidender Bedeutung. Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Die Gesundheit der Frau umfasst ihr emotionales, soziales und körperliches Wohlbefinden und wird durch ihr soziales, politisches und wirtschaftliches Lebensumfeld sowie von biologischen Faktoren bestimmt. Den meisten Frauen bleibt der Genuss von Gesundheit und Wohlbefinden indessen vorenthalten. Das größte Hindernis bei der Erlangung des besten erreichbaren Gesundheitszustands durch die Frau ist die mangelnde Gleichstellung zwischen Männern und Frauen wie auch zwischen Frauen der verschiedenen geographischen Regionen, sozialen Klassen und autochthonen und ethnischen Gruppen. In nationalen und internationalen Foren haben die Frauen mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass Gleichberechtigung, einschließlich der gemeinsamen Wahrnehmung der Familienaufgaben, Entwicklung und Frieden notwendige Voraussetzungen für die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands während des gesamten Lebens sind.“

Quelle: Bericht der Vierten Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen, Beijing (1995); Aktionsplattform, Kapitel IV. Strategische Ziele und Maßnahmen, Abschnitt C. Frauen und Gesundheit, Absatz 89.; zitiert nach http://www.un.org/depts/german/conf/beijing/anh_2_3.html#iv-c

Die Beijing-Aktionsplattform hat insgesamt zwölf strategische Ziele und Maßnahmen zur Frauenförderung formuliert (Armut, Bildung, Gesundheit, Gewalt, be-

waffnete Konflikte, Wirtschaft, Macht- und Entscheidungspositionen, institutionelle Mechanismen der Frauenförderung, Menschenrechte, Medien, Umwelt,

¹⁷ <http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/womenstrat.htm>

¹⁸ <http://www.cewh-cesf.ca>

Mädchen). Die **fünf strategischen Einzelziele der Beijing-Aktionsplattform im Bereich „C. Frauen und Gesundheit“** lauten (im Original in 75 Einzelzielen ausformuliert):

C.1. Verbesserung des lebenslangen Zugangs von Frauen zu einer angemessenen, erschwinglichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und Gesundheitsinformationen (Auswahl aus 25 Einzelzielen):

- Umsetzen frauenspezifischer Gesundheitsprogramme für Frauen aller Altersgruppen in unterschiedlichen regionalen, sozioökonomischen und kulturellen Kontexten;
- Förderung geschlechtersensibler Kommunikation und ethischer Grundhaltung bei Gesundheitspersonal;
- Verhinderung von nicht indizierten medizinischen Eingriffen und von Fehlmedikation bei Frauen;
- Erleichterung des Zugangs zur Versorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit;
- Verhinderung unerwünschter Schwangerschaft und Bereitstellung qualitativ hochwertiger Gesundheitsdienste im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs;
- Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens, einschließlich körperlicher Betätigung;
- Gewährleistung des Zugangs von Mädchen zu Informationen über Gesundheit und Ernährung, um einen gesunden Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter zu erleichtern;
- Schaffung von Informationen, Programmen und Diensten, die Frauen helfen, die mit dem Alterwerden zusammenhängenden Veränderungen zu verstehen und sich ihnen anzupassen;
- Gewährleistung von Unterstützung für behinderte Mädchen und Frauen aller Altersstufen;
- Milderung und Beseitigung umwelt- und berufsbedingter Gesundheitsgefahren, die mit der Arbeit im Haus oder am Arbeitsplatz verbunden sind;
- Eingliederung psychiatrischer Versorgungsdienste in die Systeme der primären Gesundheitsversorgung;
- Ausbildung von Gesundheitspersonal zur Diagnose und Betreuung von Mädchen und Frauen aller Altersstufen, die Opfer von Gewalt in der Familie oder von sexuellem Missbrauch geworden sind;
- Aufklärung der Öffentlichkeit über die Vorteile des Stillens;

- Unterstützung von Organisationen, die sich mit Programmen oder Netzwerkbildung zur Förderung der Gesundheit von Frauen befassen;
- Erleichterung des Zugangs von suchtmittelabhängigen Frauen und ihren Familien zu geeigneten Behandlungs- und Rehabilitationsdiensten;
- Förderung und Gewährleistung der Ernährungssicherheit und Durchführung von Programmen zur Verbesserung des Ernährungsstands aller Mädchen und Frauen;
- Gewährleistung des uneingeschränkten und gleichberechtigten Zugangs von Migrantinnen und Frauen jeglicher ethnischer Zugehörigkeit zur Gesundheitsversorgung.

C.2. Stärkung der frauenspezifischen Gesundheitsförderung (Auswahl aus 17 Einzelzielen):

- Förderung von Bildungsprogrammen, welche Frauen unterstützen und befähigen, Selbstbewusstsein zu entwickeln, sich Wissen anzueignen, Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen und Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen;
- Beseitigung der Armut von Frauen;
- Ermutigung der Männer, sich zu gleichen Teilen an der Betreuung der Kinder und an der Hausarbeit zu beteiligen und ihren Anteil zur finanziellen Unterstützung ihrer Familie zu leisten, auch wenn sie nicht bei ihrer Familie leben;
- Stärkung von Gesetzen, Reform von Institutionen und Förderung von Normen und Praktiken, welche die Diskriminierung der Frau beseitigen;
- Anerkennung der besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen und Durchführung jugendspezifischer Programme;
- Unterstützung für mehrfach belastete Frauen und für Frauen im Gesundheitssystem;
- Programme zu Ernährungsfragen, Suchtmittelgebrauch, Osteoporose, Brust- und Gebärmutterhalskrebs, Umweltrisiken, Tabakkonsum, sexuellem Missbrauch.

C.3. Initiativen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, sexuell übertragbarer Krankheiten und HIV/AIDS unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Situation der Geschlechter (Auswahl aus 16 Einzelzielen):

- Einbeziehung betroffener Frauen in alle Entscheidungsprozesse der Erarbeitung, Durchführung, Überwachung und Bewertung von Politiken und

Programmen zu HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten;

- Erarbeitung einfühlsamer, unterstützender und nicht diskriminierender Politiken und Maßnahmen betreffend HIV/AIDS, durch welche die Rechte von infizierten Personen geschützt werden;
- Bereitstellung von Informationen und Aufklärungsmaßnahmen für alle Frauen und für Frauen im Gesundheitssektor Beschäftigten über sexuell übertragbare Krankheiten, HIV/AIDS und Schwangerschaft und die Auswirkungen auf das Kind, auch hinsichtlich des Stillens;
- Konzipierung gezielter Programme für Männer und Jungen aller Altersstufen, die umfassende Informationen über ein risikofreies, verantwortungsbewusstes Sexual- und Reproduktionsverhalten liefern;
- Gewährleistung des allgemeinen Zugangs von Paaren und Einzelpersonen zu geeigneten und erschwinglichen Vorbeugungsdiensten bei sexuell übertragbaren Krankheiten und HIV/AIDS im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung sowie Ausbau der Beratungs- und freiwilligen und vertraulichen Diagnose- und Behandlungsdienste für Frauen.

C.4. Förderung der **Forschung und Informationsverbreitung im Bereich der Gesundheit von Frauen** (Auswahl aus 12 Einzelzielen):

- Ausbildung von ForscherInnen und Einführung von Systemen, die das Heranziehen von nach Geschlecht, anderen etablierten demographischen Kriterien und sozioökonomischen Variablen aufgeschlüsselten Daten bei der Politikgestaltung und bei der Planung, Überwachung und Evaluierung ermöglichen;
- verstärkte Besetzung von Führungspositionen im Gesundheitswesen mit Frauen, namentlich auch unter den ForscherInnen und WissenschaftlerInnen, um so bald wie möglich eine Gleichstellung zu erzielen;
- Aufklärung von Frauen über die Faktoren, die das Risiko einer Krebserkrankung und Infektion der Fortpflanzungsorgane erhöhen, damit die Frauen in Kenntnis der Sachlage ihre Gesundheit betreffende Entscheidungen treffen können;
- Unterstützung von Forschungsarbeiten über Gesundheitsversorgungssysteme mit dem Ziel, den Zugang zu Gesundheitsdiensten und die Qualität der erbrachten Leistungen zu verbessern und wei-

ters Frauen, die selbst Gesundheitsdienste erbringen, die entsprechende Unterstützung zu gewährleisten;

- Überwachung der menschlichen Genomforschung und damit zusammenhängender genetischer Forschungsarbeiten unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit der Frau sowie Verbreitung von Informationen und Untersuchungsergebnissen im Einklang mit akzeptierten ethischen Normen.

C.5. Bereitstellung von mehr Mitteln für die **Gesundheitsversorgung** von Frauen und **Evaluation** der entsprechenden Maßnahmen (Auswahl aus fünf Einzelzielen):

- Erhöhung des Budgets für die Gesundheitsversorgung von Frauen in allen Gesundheitssektoren, besonders für reproduktive und sexuelle Gesundheit und mit Vorrang für Gesundheitsprogramme in ländlichen und armen städtischen Gebieten;
- Festlegung von Zielen und Fristen für die Verbesserung der Gesundheit von Frauen und für die Planung, Durchführung, Überwachung und Bewertung von Programmen auf der Grundlage von Geschlechtszugehörigkeit, Alter, anderen etablierten demographischen Kriterien und sozioökonomischen Variablen aufgeschlüsselten qualitativer und quantitativer Daten;
- Schaffung von Mechanismen zur Überwachung der Umsetzung von Reformen auf dem Gebiet der frauenspezifischen Gesundheitspolitiken und -programme sowie Einrichtung hochrangiger Koordinierungsstellen in den Planungsbehörden mit dem Auftrag, darüber zu wachen, dass die Gesundheitsbelange der Frau von allen zuständigen Regierungsbehörden und -programmen konsequent berücksichtigt werden.

1.2.2 Die Rolle der Frauengesundheit bei Frauenförderung und Gender Mainstreaming

Definition und Entwicklung des Gender Mainstreaming

Im Jahr 2005 wurde die auf der vierten Weltfrauenkonferenz in Peking verabschiedete Aktionsplattform zehn Jahre alt, in welcher Gender Mainstreaming erstmals als Strategie zur Realisierung der Chancengleichheit von Frauen und Männern verankert wurde und damit

internationale Bedeutung erlangte. Auch Ziel Drei der im Jahr 2000 entwickelten UN Millenniums Development Goals¹⁹ verweist auf die Förderung der Gleichbe-

rechtigung der Geschlechter und auf die Stärkung der Selbstbestimmung von Frauen (Promote gender equality and empower women).

Definition von Gender Mainstreaming durch den Europarat in Straßburg (1998)

Gender Mainstreaming besteht in der (Re-) Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure und Akteurinnen einzu-beziehen.

Die EU-Gemeinschaftsinitiative des Gender Mainstreaming wurde durch dessen Festschreibung im Amsterdamer Vertrag im Jahr 1999 initiiert, wo festgelegt wurde, dass die Gleichstellung von Frauen und Männern ein grundlegendes Gemeinschaftsrecht und als eines der Ziele der Gemeinschaft europaweit umzusetzen sei. In Österreich wurde mit Ministerratbeschluss vom 11. Juli 2000 eine interministerielle Arbeitsgruppe für Gender Mainstreaming eingerichtet.²⁰ Die Stadt Wien hat im Rahmen des Frauenbüros zahlreiche Aktivitäten zum Gender Mainstreaming gesetzt.²¹

Wichtig ist zu betonen, dass Gender Mainstreaming die frauenspezifische Gleichstellungspolitik nicht ersetzen, sondern ergänzen und darüber hinausgehend Maßnahmen in Richtung einer gerechten Verteilung der gesellschaftlichen Rollen zwischen Männern und Frauen setzen will. Dennoch sind gezielte Fördermaßnahmen von Frauen zusätzlich notwendig, bis die Gleichstellung der Geschlechter erreicht ist.

Tabelle 1.2: Gegenüberstellung der Ziele von Frauenpolitik und Gender Mainstreaming

Frauenpolitik	Gender Mainstreaming
<ul style="list-style-type: none"> • zielt direkt auf den Abbau von Benachteiligungen ab; • reagiert auf bestehende Ungleichbehandlung im politischen, wirtschaftlichen, gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben; • betrifft die Zielgruppen der Frauen bzw. einen oder mehrere definierte Teile der weiblichen Bevölkerung; • sucht schnelle Lösungen, die eine unmittelbare Verbesserung der Lebenssituation von Frauen nach sich ziehen; • wird von eigenen, für Frauenpolitik zuständigen Organisationseinheiten, die darüber hinaus in andere Politikbereiche Vorschläge zur Umsetzung einbringen, umgesetzt. 	<ul style="list-style-type: none"> • zielt auf Rahmenbedingungen und Strukturen; • analysiert den Ist-Zustand anhand von Daten und will den Aspekt der Chancengleichheit von Frauen und Männern in alle Politikbereiche und politischen Maßnahmen auf allen Ebenen einbringen; • betrifft Frauen und Männer bzw. definierte Teile der weiblichen und männlichen Bevölkerung; • sucht auch einen kurzfristigen Ausgleich, legt jedoch die Hauptperspektive auf die langfristige Beseitigung von Ungleichheitsstrukturen; • betrifft alle AkteurInnen, die an der Gestaltung, Umsetzung und Evaluierung politischer Konzepte beteiligt sind.

Quelle: <http://www.imag-gendermainstreaming.net>

¹⁹ <http://www.un.org/millenniumgoals/> Die acht Millenniums-Entwicklungs-Ziele: 1. Ausrottung des extremen Hungers und der Armut; 2. Erlangen von Grundbildung weltweit; 3. Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und des Empowerment von Frauen; 4. Senkung der Kindersterblichkeit; 5. Verbesserung der Gesundheit von Müttern; 6. Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderer Erkrankungen; 7. Gewährleistung von Nachhaltigkeit für die Umwelt; 8. Entwicklung einer globalen Partnerschaft für Entwicklung.

²⁰ <http://www.imag-gendermainstreaming.net>

²¹ <http://www.wien.gv.at/ma57/gendermainstreaming/>

Gender Mainstreaming und Frauengesundheit

Das europäische Regionalbüro der WHO hat die Realisierung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen in der „Madri der Erklärung“²² (Mainstreaming gender in health: the need to move forward) im Jahr 2001 proklamiert. Damit wurde verdeutlicht, dass Gender Mainstreaming ebenso wie in allen anderen gesellschaftlichen Sektoren auch im Gesundheitssystem umzusetzen ist.²³ Auf internationaler Ebene wurde von der WHO im Jahr 2003 eine eigene Abteilung, das „Department of Gender, Women and Health“ (WHO-GWH),²⁴ eingerichtet. Die Abteilung WHO-GWH hat im Mai 2005 eine Zwischenbilanz ihrer bisherigen Aktivitäten in der Umsetzung des Gender Mainstreaming vorgelegt²⁵ und die nachfolgend angeführten **Herausforderungen für den Gesundheitssektor** festgeschrieben. Um diesen Erkenntnissen konkrete Maßnahmen folgen zu lassen, stellt die WHO-GWH in Aussicht, eine globale Strategie mit einem Aktionsplan vorzubereiten, der konkrete Handlungsanleitungen der Umsetzung und Evaluation für die WHO-Regionen enthalten soll.

Von der WHO im Jahr 2005 definierte **Herausforderungen bei der Umsetzung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen:**

- Den unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnissen von Frauen und Männern muss in **Prävention, Behandlung und Betreuung** begegnet werden.
- Medizinische Betreuung und Angebote reagieren oft nicht adäquat auf die spezifischen Bedürfnisse und Anliegen von Frauen und Männern. Frauenspezifische Gesundheitseinrichtungen neigen dazu, **nur die reproduktiven Funktionen** von Frauen zu berücksichtigen und andere Bedürfnisse zu vernachlässigen, einschließlich jener von **Frauen vor und nach dem reproduktiven Alter**. Im Gegensatz dazu werden die reproduktiven Gesundheitsbedürfnisse von Männern im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik oft zu wenig berücksichtigt.
- Die Methoden von ExpertInnen der öffentlichen Gesundheit, um Gender-Aspekte in ihrer Arbeit er-

kennen und berücksichtigen zu können, sind limitiert. Es sind spezielle **Instrumentarien, Richtlinien, Aus- und Weiterbildungen** erforderlich, um diesen ExpertInnen ein tieferes Verständnis und eine Umsetzung von Gender-Aspekten in die eigene Arbeit zu ermöglichen. Um den Beweis erbringen zu können, dass die Berücksichtigung der Gender-Perspektive die Gesundheit von Frauen und Männern verbessern kann, sollen **Informationen über gute Praxisbeispiele** möglichst vielen ExpertInnen zugänglich gemacht werden.

- Der Ausgleich von **Benachteiligung aufgrund des Geschlechts in den Gesundheitsberufen** ist für ein effektives öffentliches Gesundheitssystem zentral. Obwohl Frauen international mehr als die Hälfte der Arbeitskräfte in der Gesundheitsversorgung ausmachen, sind sie unterbezahlt und in Entscheidungspositionen unterrepräsentiert. Vielmehr tragen Frauen einen überproportionalen Anteil der informellen **Pflege zu Hause** und in der Gemeinde, was sich häufig auf ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden negativ auswirkt.
- Mehr **Forschung zur Gender-Dimension in der öffentlichen Gesundheit** ist erforderlich, um die Evidenzbasis für effektive Aktionen des Gesundheitssystems bereitstellen zu können. Nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten müssen gesammelt, analysiert und in Gesundheitssystemen berichtet werden.
- Der Stand der **Forschung** darüber, wie Unterschiede zwischen Frauen und Männern die Manifestation, Diagnostik, Behandlung und Behandlungsergebnisse von Krankheiten beeinflussen, ist unzureichend. Häufig sind Studien, welche die Gesundheit von Frauen und Männern betreffen, nur auf männliche Teilnehmer beschränkt, wodurch Männergesundheit zum Normwert wird. Die daraus resultierenden Forschungslücken, welche zu mangelhafter Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals und in weiterer Folge zu Fehldiagnosen führen können, wie zum Beispiel bei den Herzkreislauf-Erkrankungen, müssen geschlossen werden.

²² <http://www.euro.who.int/document/a75328.pdf>

²³ http://www.euro.who.int/GEM/mainstreaming/20021126_1

²⁴ <http://www.who.int/gender/en/>

²⁵ http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB116/B116_13-en.pdf

1.2.3 Frauengesundheitsforschung und Public Health

Eine der vielen Facetten der Frauengesundheit ist ihre Nähe zur Public Health und den Gesundheitswissenschaften: Die sozialwissenschaftliche Frauengesundheitsforschung ist im europäischen Raum – und auch in Österreich – das Fundament der Frauengesundheit.²⁶ Public Health, als die „Wissenschaft der öffentlichen Gesundheit“, sieht Gesundheit nicht ausschließlich auf die medizinischen Disziplinen beschränkt, sondern bezieht auch die soziale Dimension mit ein und weist daher eine größere Nähe zu den Sozialwissenschaften auf als andere medizinische Wissenschaften. Frauengesundheit, die sich in der Tradition der Public Health bewegt, sieht Geschlecht als eine Determinante der Gesundheit und entwickelt Strategien, die der spezifischen Gesundheitsförderung und Versorgung von Frauen dienen, wobei die unterschiedlichen Morbiditätsmuster von Frauen und Männern und das geschlechterspezifische Spektrum an Gesundheitsdeterminanten Berücksichtigung finden.

Die Auseinandersetzung mit Geschlechterfragen wurde von der Frauenbewegung der 1970er Jahre stark forciert. Gesundheits- und Körperthemen waren in der feministischen Frauenforschung zentral. Die Medizin wurde von der Frauengesundheitsforschung zunächst vorwiegend kritisch hinterfragt und das biomedizinische Paradigma, dessen Frauenbild und Umgang mit dem Frauenkörper abgelehnt. Frauengesundheit bedeutete in den 1970er Jahren die Ablehnung eines mechanistischen, rein organ- und funktionsbezogenen Verständnisses von Gesundheit, einer bevormundenden Behandlung von Frauen durch männliche Ärzte und einer zunehmend technologischen Beherrschung des Körpers in der medizinischen Behandlung. Selbstbestimmung der Frau – auch und vor allem, wenn es um ihre Gesundheit geht –, war ein Motto der Frauengesundheitsbewegung, deren Gesundheitsbegriff die soziale Dimension, eine subjektive Komponente und Kriterien wie Wohlbefinden, Selbstwert und Handlungsfähigkeit propagiert hat.

Frauengesundheitszentren und Frauenhäuser, die in den 1980er Jahren entstanden sind, machten es zu ih-

rem Programm, die Frauenperspektive einzunehmen – zunächst vorwiegend im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (Verhütungsfragen, Schwangerschaftsabbruch, Selbstuntersuchungen, Gewalterfahrungen). Bald jedoch wurde die Forderung nach einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung, welche den unterschiedlichen Lebenswelten von Frauen gerecht wird, auf weitere Bereiche ausgedehnt, vor allem Psychiatrie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Brustkrebs. Nicht mehr allein die feministischen Postulate einer frauenspezifischen Betreuung wurden eingefordert, sondern evidenzbasiertes medizinisches Wissen zur adäquaten und geschlechtergerechten Versorgung von Frauen und Männern.

Das naturwissenschaftliche Paradigma der medizinischen Forschung nahm bislang auf Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft, sexuelle Orientierung, etc. wenig Rücksicht. Aber diese Faktoren beeinflussen die Gesundheit auf vielfältige Weise und haben Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung. Viele an Männern entwickelte Diagnoseverfahren, Krankheitsdefinitionen und Therapien sind bis heute nicht daraufhin überprüft, ob sie auch für Frauen Gültigkeit haben. Pathologisierung und Medikalisierung des weiblichen Körpers, besonders in den kritischen Übergangphasen des Lebenszyklus – Pubertät, Schwangerschaft, Wechseljahre – und die häufigere Verschreibung von Psychopharmaka an Frauen wurden von der Frauengesundheitsforschung aufgezeigt. Konsequenz dieser Erkenntnis einer Fehl-, Über- oder Unterversorgung von Frauen ist die Forderung nach einem frauengerechten Gesundheitssystem. Erreicht werden könne das zum einen durch die Stärkung der Kompetenzen und der Selbstbestimmung von Frauen (empowerment), zum anderen sind im Sinne des Gender Mainstreaming alle Instanzen des Gesundheitssystems – von der Gesundheitspolitik bis zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe – aufgefordert, frauengerechte und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung in ihrem jeweiligen Bereich zu gewährleisten und umzusetzen, aber auch die mangelnde Geschlechtergerechtigkeit hinsichtlich der Vertretung von Frauen in Leitungsfunktionen im Gesundheitswesen und in der Wissenschaft auszugleichen.

²⁶ Z. B. ARBEITSKREIS FRAUEN UND GESUNDHEIT (1998); HELFFERICH (1996); KICKBUSCH (1981); KOLIP (1997); MASCHEWSKI-SCHNEIDER (1981, 1996, 1997, 2002); WIMMER-PUCHINGER (1983, 1994); WIMMER-PUCHINGER, HELFFERICH (1996); ZEMP (2003).

1.2.4 Frauengesundheit, Männergesundheit und Gender-Medizin

Seit rund einem Jahrzehnt versuchen sich neue Richtungen im Bereich der Analyse von Geschlechtsunterschieden in der Gesundheit zu etablieren, die sich nicht auf Frauenförderung oder Gender Mainstreaming beziehen. Das ist zum einen das Bestreben, in Analogie zur Frauengesundheit auch Männergesundheit zu propagieren; zum anderen entwickelt sich eine neue medizinische Disziplin, die Gender-Medizin, welche sich vor allem mit biologischen Unterschieden zwischen Frauen und Männern beschäftigt. Frauengesundheit und Gender-Medizin sind völlig unterschiedliche Ansätze mit grundsätzlich anderen Perspektiven auf Fragen der Gesundheit. Verkürzt gesagt, beschäftigt sich die Frauengesundheit mit der gesamten medizinischen Versorgung und dem Gesundheitssystem aus dem Blickwinkel der Frauen, während die Gender-Medizin umgekehrt den geschlechterspezifischen Blick der Medizinerin/des Mediziners auf einzelne Krankheitsbilder oder medizinische Interventionen, wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder die pharmazeutische Forschung, bezeichnet. Während Frauengesundheit eine Querschnittsmaterie über alle Sektoren des Gesundheitssystems ist, bleibt Gender-Medizin innerhalb der Medizin und der Querschnitt umfasst lediglich die einzelnen Fachgebiete der Medizin.

Vorreiterrolle Wiens bei Frauen- und Männergesundheit

Wien hat nicht nur eine Pionierrolle im Bereich der Frauengesundheit: Mitte der 1990er Jahre, also zwei Jahrzehnte nach Etablierung der Frauengesundheitsbewegung, hat in Wien auch die Männergesundheitsinitiative wesentliche Impulse erfahren. Folgende Entwicklungstendenzen sind zu erkennen:

- Im psychosozialen Bereich wurde in Wien bereits Ende der 1980er Jahre erstmals Männerberatung angeboten. Diese Initiative war eine der Grundlagen der aktuellen psychosozialen Männergesund-

heitsbewegung in Österreich, wie z. B. dem im Jahr 2002 gegründeten Wiener Männergesundheitszentrum MEN.²⁷

- Was die Gesundheitsberichterstattung betrifft, wurde der erste Männergesundheitsbericht²⁸ im europäischen Raum in Wien erstellt. Der erste österreichische Männergesundheitsbericht wurde im Jahr 2004 im Auftrag der 2001 eingerichteten männerpolitischen Grundsatzabteilung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) verfasst.²⁹
- Auch die 2001 gegründete International Society for Men's Health and Gender (ISMH)³⁰ ist in Wien ansässig und führt in Zweijahresabständen internationale Weltkongresse für Männergesundheit durch.

Kritische Stimmen sehen einen der zentralen Unterschiede zwischen Frauen- und Männergesundheitsbewegung darin, dass die Frauengesundheitsbewegung sich seit jeher als emanzipatorisch verstanden hat, hingegen sei eine politische Verankerung der Männergesundheitsbewegung nicht zu erkennen, sondern vielmehr zeichne sich eine Kommerzialisierung ab, die auf Themen wie männliche Potenz, Sexualität und körperliche Fitness beschränkt bleibe.³¹

Gender-Medizin: Beispiele für Ansatzpunkte in Österreich

Der Begriff Gender-Medizin steht für eine Richtung in der Medizin, welche vermehrt geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt. Neben sozialen und psychologischen Geschlechtsunterschieden geht die Gender-Medizin vor allem von den biologischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen aus. Marianne LEGATO, die 1997 die „Partnership for Gender Medicine“ an der Columbia University, New York, ins Leben gerufen hat, definiert Gender-Medizin als „die Wissenschaft über die Unterschiede der normalen menschlichen Biologie zwischen Männern und Frauen und darüber, wie Symptome, Mechanismen und die Behandlung in Abhängigkeit von Gender-Aspekten variieren.“³² Trotz der

²⁷ <http://www.men-center.at/>

²⁸ STADT WIEN (1999).

²⁹ BMSG (2004).

³⁰ <http://www.ismh.org/ismh/index.htm>.

³¹ KOLIP (2004), S. 219.

³² <http://www.cumc.columbia.edu/dept/partnership/index.html>

wenigen bislang vorliegenden wissenschaftlichen Beweise, wie Gender-Aspekte die menschliche Biologie beeinflussen, kann man, laut LEGATO, davon ausgehen, dass sich beinahe jedes physiologische System des Körpers von Männern und Frauen unterscheidet. Auch die subjektive Wahrnehmung von Krankheiten ist von Gender-Aspekten beeinflusst, wie z. B. die bei Frauen und Männern unterschiedlichen Symptome des Herzinfarkts. Spezifische Geschlechtsunterschiede sind im Bereich des Knochensystems, des Gehirns, des Schmerzempfindens (v. a. des Kopfschmerzes), der kardiovaskulären Erkrankungen, der Medikamentenwirkung, der Immunologie, der Darmfunktion, der Infektionen, etc. dokumentiert. Eine der ersten deutschsprachigen Übersichten über die Gender-Medizin³³ behandelt Geschlechtsunterschiede im Bereich verschiedener medizinischer Disziplinen (Allgemeinmedizin, Intensivmedizin, Kardiologie, Herzchirurgie, Angiologie, Psychiatrie, Onkologie, Neurologie, Rheumatologie, physikalische Medizin und Rehabilitation) sowie Gender-Aspekte im Kindesalter (Wachstum, Entwicklung und Krankheit), bei (neuro-)psychologischen und psychosomatischen Störungen aus der Sicht der pädiatrischen Psychologie, bei angeborenen Stoffwechselstörungen, in der Ernährungsberatung, bei Gewichtsreduktion und Essstörungen, bei der alternden Bevölkerung (Demographie, gesundheitliche Einschränkungen, Krankheiten und Prävention), im Zusammenhang mit Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse und im Bereich der Public Health.

Repräsentanz von Frauen in der Prüfung von Medikamenten

Viele Medikamente wurden bislang hinsichtlich ihrer Wirkung bei Frauen nur unzureichend untersucht. Vor allem die möglichen teratogenen (fötale Fehlbildungen erzeugende) Wirkungen bei schwangeren Frauen haben zu einem Ausschluss von Frauen aus frühen Phasen der Medikamentenentwicklung geführt. Nach wie vor sind in vielen Medikamentenstudien Frauen in den verschiedenen Altersgruppen nicht ausreichend vertreten oder es wird das Datenmaterial der Studien nicht geschlechtsspezifisch ausgewertet und interpretiert. Diese mangelnde Repräsentanz von Frauen birgt das erhöhte Risiko, dass bei vielen Medikamenten unter-

schiedliche Wirkungen bzw. Nebenwirkungen bei Frauen nicht ausreichend bekannt sind. Das ist besonders fatal, wenn man bedenkt, dass Frauen mehr Medikamente verordnet bekommen und konsumieren als Männer: Zwischen zwei Drittel und drei Viertel der Psychopharmaka und Schmerzmittel werden Frauen verordnet.

Bei Frauen ist die Pharmakokinetik von Medikamenten (d. h. die Aufnahme, die Verteilung und der Abbau im Körper) aufgrund der zyklusabhängigen Schwankungen der Geschlechtshormone stärkeren Veränderungen ausgesetzt als bei Männern. Auch in der Pharmakodynamik (Wirkung von Medikamenten) gibt es deutliche Geschlechtsunterschiede, wie für einige Medikamente bereits nachgewiesen wurde. Zudem wurde bei Frauen eine deutlich höhere Empfindlichkeit für unerwünschte Arzneimittelwirkungen in Abhängigkeit vom hormonellen Zyklus festgestellt. Schließlich wurde in einigen Studien gezeigt, dass Frauen ein höheres Suchtpotenzial besitzen, d. h. sie werden leichter und nach kürzerem Gebrauch abhängig von Medikamenten und Drogen und zeigen auch stärkere Folgeschäden (wie z. B. eine größere Häufigkeit von kardiovaskulären Erkrankungen [Herzinfarkt] als Folge des Rauchens). Zudem kann es bei Frauen, die orale Kontrazeptiva oder Hormonersatztherapien nehmen, zu Interaktionen mit Medikamenten kommen.³⁴

Eine allgemeine rechtliche Verpflichtung zur Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden in klinischen Testungen gibt es derzeit in der österreichischen, aber auch in der europäischen Rechtslage nicht. Lediglich in speziellen, auf bestimmte Krankheiten bezogenen Guidelines wird die Bedeutung von geschlechtsspezifischen Testdaten hervorgehoben. Beispielsweise verlangt die European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA) im Bereich der HIV-Forschung, dass „die Anzahl an Frauen und Personen von ethnischen Minderheiten ausreichend sein sollte, um allgemeine Schlussfolgerungen in Bezug auf Sicherheit und Effizienz zu erlauben“ oder, dass „Studien pharmakokinetische Wechselwirkungen, einschließlich möglicher Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts“ untersuchen (Note for Guidance on development of medicinal products for treatment of HIV, Punkt 3.1 bzw.

³³ RIEDER, LOHFF (2004).

³⁴ DREWE, GUTMANN (2005), S. 117 ff.; GOTFREDSEN et al. (2003). Auf besondere Probleme des Medikamentenkonsums durch ältere Frauen wird im Kapitel 5.4.9 Abschnitt Medikamentenversorgung eingegangen.

4.2.2).³⁵ Eine **Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden in den rechtlichen Grundlagen klinischer Tests** wird auch in Österreich zunehmend gefordert.³⁶ In den USA hat man diese Problematik bereits im Jahr 1993 durch einen Erlass der amerikanischen Arzneimittelbehörde (FDA) behoben, dass „Medika-

mente an Personen getestet werden, welche die volle Spannweite aller möglichen PatientInnen repräsentieren, die das Präparat voraussichtlich erhalten werden“ (Guideline for the Study and Evaluation of Gender Differences in the Clinical Evaluation of Drugs).³⁷

1.3 Frauengesundheitsberichterstattung

1.3.1 Entwicklung der Frauengesundheitsberichterstattung

Ursprung der Frauengesundheitsberichterstattung ist die „**Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen**“, die 1994 als Abschlussdokument der WHO-Konferenz „Women’s Health Counts“ veröffentlicht wurde und worin eine der Empfehlungen lautet, regelmäßige Frauengesundheitsberichte zu erstellen. Als Grundlage für diese Berichte wurden von der WHO **Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten** (Guidelines für „Women’s Health Profiles“; *siehe Anhang*) vorgegeben. Diese umfassen neunzig Indikatoren zur Beschreibung der Gesundheit von Frauen. Diese ursprünglich empfohlenen 90 Indikatoren der Frauengesundheit wurden in späteren Berichten ergänzt und erweitert. Die 90 WHO-Indikatoren der Frauengesundheit sind in folgenden sieben Schwerpunkten zusammengefasst:

- **Demografische Situation:** Geburten-, Sterberate, etc.;
- **Sozioökonomische Situation:** Frauenquoten, Bildung, Einkommen, Arbeitssituation, etc.;
- **Politische Entwicklungen:** Ziele, Dokumente, Diskussion der Frauengesundheits-Politik;
- **Gesundheitszustand:** Morbidität und Mortalität, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Frauen mittleren Alters und älterer Frauen, etc.;

- **Gesunder Lebensstil:** Gesundheitsförderung, Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten-, Drogenkonsum, Stress, etc.;
- **Umwelt und Arbeit:** umweltbezogene Erkrankungen, Berufskrankheiten, etc.;
- **Gesundheitsversorgung, -einrichtungen:** Zugang zu und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Frauen, Qualität der Gesundheitsversorgung, etc.

Entsprechend der Empfehlung des europäischen Regionalbüros der WHO in Kopenhagen, länderspezifische Frauengesundheitsberichte zu erstellen, wurde in Österreich vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung im Jahr 1995 der erste österreichische Frauengesundheitsbericht (Austrian Women’s Health Profile 1995)³⁸ erstellt, der sich an den WHO-Richtlinien orientierte. In weiterer Folge entstanden Frauengesundheitsberichte in den Bundesländern Wien (1996), Niederösterreich (1998), Oberösterreich (1995), Steiermark (1998 und 2004), Vorarlberg (1998), Salzburg (2000) und Tirol (2006) – nicht jedoch in Burgenland und Kärnten. Die vorliegenden Frauengesundheitsberichte aus den österreichischen Bundesländern unterscheiden sich sowohl methodisch als auch thematisch grundlegend voneinander. Ansätze, die Datenlage zu verbessern, wurden in den letzten Jahren zwar unternommen, sind aber bislang keineswegs ausreichend.

³⁵ <http://www.emea.eu.int/hums/human/ewp/ewpfin.htm>

³⁶ KÖRNER (2005).

³⁷ <http://www.fda.gov/womens/gender/Exec4.htm>

³⁸ LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (1995).

Tabelle 1.3: Frauengesundheitsberichterstattung in Österreich 1995 bis 2005

Region	Jahr	Auftraggeber	Erstellt durch
Österreich	1995	Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, Fonds Gesundes Österreich	LBI für Frauengesundheitsforschung (Beate WIMMER-PUCHINGER, Margit HÖRNDLER)
Wien	1996	MA 15 Gesundheitswesen, Referat III/1 Gesundheitsberichterstattung	LBI für Frauengesundheitsforschung (Beate WIMMER-PUCHINGER, Martina KLOTZ)
Niederösterreich	1999	Amt der NÖ Landesregierung, GS1 Sanitätsdirektion	LBI für Frauengesundheitsforschung (Beate WIMMER-PUCHINGER, Barbara FUCHS)
Linz	1995	Linzer Frauenbüro	Martina BEHAM, Renate KRÄNZL-NAGL, Margarethe ORTMAIR
Steiermark	1998	Frauen- und Gesundheitsstadträtin Tatjana KALTENBECK, Gesundheitslandesrat Günter DÖRFLINGER	Institut für Sozialmedizin der Uni Graz (Éva RÁSKY)
	2004	Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B Gesundheitswesen	FH Joanneum, Gesundheitsmanagement im Tourismus (Gerlinde GRASSER et al.)
Vorarlberg	1998	Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Sanitätsangelegenheiten	Elmar BECHTER, Hans CONCIN
Salzburg	2000	Büro für Frauenfragen und Gleichbehandlung des Landes Salzburg, Frauenbüro der Stadt Salzburg	Solution (Birgit BUCHINGER, Ulrike GSCHWANDTNER)
Österreich	2005	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen	LBI für Frauengesundheitsforschung (Erika BALDASZTI, Elfriede URBAS, Beate WIMMER-PUCHINGER)

Quelle: BMGF (2006), Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006.

Auf **europäischer Ebene** wurde im Jahr 1996 der Schweizer Frauengesundheitsbericht,³⁹ im Jahr 2001 der Deutsche Frauengesundheitsbericht⁴⁰ veröffentlicht. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es zudem mehrere Länderberichte zur Frauengesundheit, so z. B. in Nordrhein-Westfalen (2000), Bremen (2001) und Baden-Württemberg (2000). Neben den Aktivitäten der WHO im Bereich der Frauengesundheitsberichterstattung hat auch die Europäische Kommission im Jahr 1997 einen Bericht zum „Status der Frauengesundheit in der Europäischen Union“ erstellt.⁴¹

Im **außereuropäischen Raum** sind im Bereich der Frauengesundheitsberichterstattung vor allem die Bemühungen des amerikanischen Frauengesundheitsbüros (Office on Women's Health: National Women's Health Indicators Database),⁴² des amerikanischen Gesundheitsministeriums (US Department of Health and Human Services: Women's Health USA 2004)⁴³ und des kanadischen Gesundheitsministeriums (Health Ca-

nada, Public Health Agency: Women's Health Surveillance Report)⁴⁴ zu nennen.

1.3.2 Ziele und Methodik des Wiener Frauengesundheitsberichts 2006

Zentrale Themen des Wiener Frauengesundheitsberichts 2006 sind die Trends und Entwicklungstendenzen in der gesundheitlichen Lage von Frauen in Wien in den vergangenen zehn Jahren seit der Vorlage des ersten Wiener Frauengesundheitsberichts im Jahr 1996 (erstellt vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung).⁴⁵

- Besonderes Augenmerk wird auf die individuellen Lebenslagen unterschiedlicher Gruppen von Frauen, verschiedene Lebensphasen und Settings, aber auch auf die Diskussion sozioökonomischer Rahmenbedingungen und frauenpolitischer Ansätze gelegt.

³⁹ SCHWEIZER NATIONALFONDS (1996).

⁴⁰ BMFSFJ (2001).

⁴¹ EUROPÄISCHE KOMMISSION (1997).

⁴² <http://www.healthstatus2010.com/owh/>

⁴³ <http://mchb.hrsa.gov/whusa04/>

⁴⁴ http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/intro_e.html

⁴⁵ STADT WIEN (1996).

- Als Ausgangspunkt bei der Auswahl von Indikatoren der Frauengesundheit dienten die von der WHO im Jahr 1995 vorgegebenen Richtlinien,⁴⁶ welche zum Teil erweitert bzw. ergänzt wurden. Neben der Darstellung traditioneller Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung werden für Frauen relevante Gesundheitsprobleme und -anliegen thematisiert, auch wenn keine oder nur kaum offizielle Gesundheitsstatistiken vorliegen (zum Beispiel Gewalt gegen Frauen, psychische Gesundheit, unerfüllter Kinderwunsch, Kaiserschnitt auf Wunsch, die Gesundheit von Migrantinnen, ...), um zu gewährleisten, dass ein umfassendes Bild der Gesundheit von Frauen in Wien unter Berücksichtigung unterschiedlicher sozialer Gruppen wiedergegeben wird.
- Im Sinne des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen stehen Fragen der Geschlechtersensibilität und Geschlechtergerechtigkeit von Angeboten der gesundheitlichen Versorgung, der Prävention und der Gesundheitsförderung im Vordergrund. Ebenso dargestellt wird eine Auswahl von Models of Good Practice der Frauengesundheit in Wien. Auf die Situation von Frauen, die im Gesundheitssystem arbeiten, wird gesondert eingegangen.
- Da die Forderung eines geschlechtersensiblen Gesundheitssystems eng mit dem Bemühen um Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zusammenhängt, wird auf Gesundheitsbereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen von Frauen und Qualitätsstandards hingewiesen.
- Ein Ziel des Frauengesundheitsberichtes ist es, aufgrund der zusammenschauenden Bewertung der im Bericht dargestellten Informationen zur Frauengesundheit in Wien gesundheitspolitischen Konsequenzen und Handlungsempfehlungen abzuleiten.
- Orientierung an in- und ausländischen Ansätzen der Gesundheitsberichterstattung, im Besonderen der Frauengesundheitsberichterstattung (z. B. Deutscher Frauengesundheitsbericht,⁴⁷ Robert Koch Institut; Gender Berichterstattung Schweiz);
- Beiziehen eines multidisziplinären Expertinnenbeirats aus für die Frauengesundheit relevanten Bereichen;
- Berücksichtigung einer Vielfalt von Datenquellen und Datentypen;
- Einbeziehung aller gesundheitsrelevanten Handlungsfelder (Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung und Rehabilitation);
- Hinweis auf die multiplen Determinanten von Gesundheit und Krankheit (z. B. Lebensphasen, Zielgruppen, Settings, Ressourcen);
- Berücksichtigung internationaler Leitlinien der Gesundheit (WHO Ottawa Charta, 21 Ziele zur „Gesundheit für alle“) und des Gender Mainstreaming.

Zur Erstellung des vorliegenden Berichts wurden demografische und Gesundheitsdaten einschließlich Daten zur Gesundheitsversorgung herangezogen. Unter den offiziellen Gesundheitsstatistiken zu erwähnen sind die Statistik der Todesursachen, die Spitalsentlassungsstatistik, gesundheitsrelevante Daten der Sozialversicherung (Statistik zu Krankenständen, Berufskrankheiten, Arbeitsunfällen, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen) und Statistiken der Ärztekammer (z. B. Standesmeldungen). Berücksichtigung fanden des Weiteren Gesundheitsbefragungen, bereits bestehende Gesundheitsberichte, statistische Jahrbücher, etc., Gesetzestexte zu frauenrelevanten Bereichen (z. B. Gewaltschutzgesetz), sozialwissenschaftliche und medizinische Studien zur Frauengesundheit. Ergänzend zu erwähnen sind Recherchen in elektronischen Datenbanken (z. B. Projektdatenbank des Fonds Gesundes Österreich [FGÖ], Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln [BZgA]), Internetrecherchen, graue Literatur wie z. B. Tätigkeitsberichte, Publikumszeitschriften, eigene Analysen und Recherchen zu Models of Good Practice.

Methodische Basis des Frauengesundheitsberichtes

Folgende allgemeine Aspekte fanden bei der Erstellung des Frauengesundheitsberichtes Berücksichtigung:

⁴⁶ Siehe Anhang.

⁴⁷ BMFSFJ (2001).

**II.
POLITIK UND GESUND-
HEITSPOLITIK VON UND
FÜR FRAUEN IN WIEN**

***POLICIES AND HEALTH
POLICIES BY WOMEN AND
FOR WOMEN IN VIENNA***

INHALT

2	POLITIK UND GESUNDHEITSPOLITIK VON UND FÜR FRAUEN IN WIEN	83
2.1	POLITISCHE REPRÄSENTANZ VON FRAUEN	84
2.1.1	Frauenanteil in politischen Funktionen	84
2.1.2	Frauen in Führungspositionen	85
2.1.3	Gender Mainstreaming in Wissenschaft und Forschung	87
2.2	FRAUEN IM GESUNDHEITSSYSTEM	89
2.2.1	Geschlechterverteilung in den Gesundheitsberufen	89
2.2.2	Frauen in der Medizin	90
2.2.3	Gender Mainstreaming an der Medizinischen Universität Wien	92
2.2.4	Verein Frauen für Frauen – Gesundheit im Brennpunkt	93

2 POLITIK UND GESUNDHEITSPOLITIK VON UND FÜR FRAUEN IN WIEN

Zusammenfassung

Die Rolle der Frauen in der Öffentlichkeit, das heißt vor allem in Führungspositionen in Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Forschung, hat sich in den vergangenen Jahrzehnten zwar deutlich verbessert, die Gleichstellung von Frauen und Männern ist jedoch noch weit entfernt. In der **Wiener Landesregierung** sind vier der acht amtsführenden StadträtInnen Frauen, im **Wiener Gemeinderat** beträgt der Frauenanteil 37 Prozent und in 10 der 23 **Wiener Gemeindebezirke** sind Frauen BezirksvorsteherInnen. Weitaus unausgeglichener ist das Geschlechterverhältnis in den Führungsebenen der wirtschaftlichen Berufe. Die Repräsentanz von **Frauen in den Vorstandsetagen** der größten börsennotierten Unternehmen in Wien ist verschwindend gering, der Frauenanteil beträgt lediglich 3 Prozent. Auch im Bereich von Wissenschaft und Forschung sind Frauen in höheren Positionen selten anzutreffen. Der **Frauenanteil bei UniversitätsprofessorInnen** betrug im Jahr 2003 lediglich 8 Prozent – dem steht ein Frauenanteil von 53 Prozent bei den StudienanfängerInnen gegenüber. Dieses als „leaky pipeline“ bezeichnete Phänomen bedeutet ein „Versickern“ des Frauenanteils mit steigender Karrierestufe und ist in den meisten Berufsfeldern zu beobachten – auch im Gesundheitssystem. In den öffentlichen Krankenanstalten in Wien sind 83,3 Prozent des **Pflege- und medizinisch-technischen Personals** Frauen, bei den **SpitalsärztInnen** sind 51,4 Prozent Frauen. Hingegen waren im Jahr 2004 lediglich 12,4 Prozent der **PrimarärztInnen** Frauen, wobei Wien bereits den höchsten Frauenanteil in Österreich aufweist. Der durchschnittliche Frauenanteil bei PrimarärztInnen beträgt in Österreich 8,4 Prozent. Große Unterschiede in der Repräsentanz von Frauen gibt es auch zwischen den einzelnen **Fachdisziplinen der Medizin**, wobei Frauen generell häufiger in den rehabilitativen und psychosozialen medizinischen Fächern vertreten sind (z. B. sind 59,4 Prozent der Ärztinnen in der Physikalischen Medizin und 50,0 Prozent der PsychiaterInnen Frauen), während in den chirurgischen und technikorientierten Fächern, die auch über höhere

Summary: Policies and health policies by women and for women in Vienna

*Although the public role of women, especially in executive positions in politics, business, science and research, has improved significantly over the last decades, women and men are still far from equal. In the **Vienna Provincial Government** four of eight Executive City Councillors are women, in the **Vienna City Council** 37 percent of the members are women, and 10 of the 23 **municipal districts** have a female chairperson. In economy and business the gender ratio is far less balanced. The amount of **women in executive positions** of the largest companies quoted on the stock exchange is negligible, only 3 percent. In the area of science and research women are also rare in the higher positions. The share of **female university professors** in 2003 was only 8 percent – while 53 percent of newly enrolled students are women. This “leaky pipeline” phenomenon, which describes the dwindling of the share of women the higher the position on the career ladder, can be observed in most professions, also in the public health system. In Vienna’s public hospitals 83.3 percent of the **nurses and medical technical assistants** are women, and 51.4 percent of **hospital doctors** are women. However, in 2004 only 12.4 percent of **chief physicians** were women, although Vienna has the highest share of women in all of Austria. The Austrian average for female chief physicians is 8.4 percent. There are also large differences in female representation between the **different medical disciplines**; women tend to be more common in rehabilitational and psychosocial health professions (for example 59.4 percent of psychiatrists and 50.0 percent of psychiatrists are women), while the surgical and technical specialisations, which also have a higher scientific and social reputation and a higher income, are dominated by men (only 11.4 percent of trauma surgeons and 14.6 percent of neurosurgeons are women).*

wissenschaftliche und gesellschaftliche Reputationen sowie über höheres Einkommen verfügen, eher Männer dominieren (nur 11,4 Prozent der UnfallchirurgInnen und 14,6 Prozent der NeurochirurgInnen sind Frauen). Auch im Fach der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sind nur rund 30 Prozent der GynäkologInnen Frauen. Konkrete Maßnahmen zur **Frauenförderung** in der Medizin wurden in Wien und Österreich im internationalen Vergleich eher spät gesetzt. Im Jahr 2004 wurde Gender Mainstreaming an der Medizinischen Universität Wien als allgemeines Leitprinzip verankert und eine **Stabstelle Gender Mainstreaming** eingerichtet.

*Also in the area of gynaecology and obstetrics only 30 percent of physicians are women. Concrete measures for the **promotion of women** in medicine were started comparatively late in Vienna and Austria. In 2004 gender mainstreaming was established as a general principle at the Medical University of Vienna and an **administrative department for gender mainstreaming** was created.*

2.1 Politische Repräsentanz von Frauen

2.1.1 Frauenanteil in politischen Funktionen

Der Frauenanteil in Entscheidungspositionen ist in den vergangenen Jahrzehnten zwar kontinuierlich gestiegen, dennoch sind Frauen, wie in vielen gesellschaftlichen Bereichen auch in Machtpositionen in der Politik nach wie vor unterrepräsentiert.

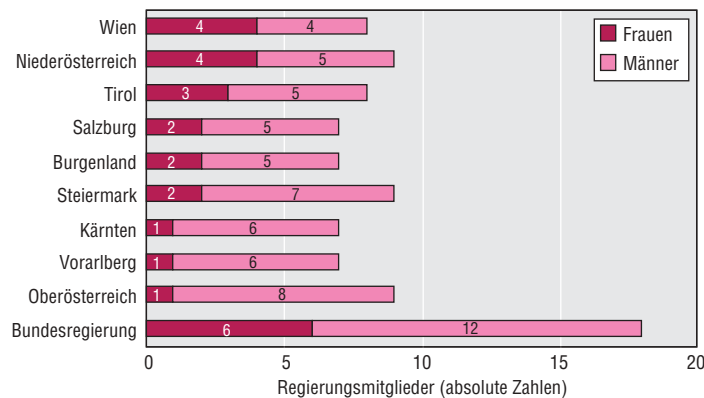
Wien weist im Vergleich zu den anderen Bundesländern den höchsten Frauenanteil in der **Landesregierung** auf, vier der acht amtsführenden StadträtInnen sind Frauen. Es handelt sich dabei um die Ressorts Gesundheit und Soziales; Bildung, Jugend, Information und Sport; Umwelt; Integration, Frauenfragen, KonsumentInnenschutz und Personal. Die Ressorts Wohnen, Wohnbau und Stadterneuerung; Kultur und Wissenschaft; Finanzen, Wirtschaftspolitik und Wiener Stadtwerke; Stadtentwicklung und Verkehr sind von Männern besetzt.

Im **Wiener Gemeinderat** beträgt der Frauenanteil derzeit 37 Prozent (Wahl 1991: 34 Prozent) und ist je nach Partei unterschiedlich hoch (Grüne: 50 Prozent, SPÖ: 42 Prozent, FPÖ: 30 Prozent, ÖVP: 19 Prozent). Die 23 Wiener Gemeindebezirke werden von 10 weiblichen und 13 männlichen **BezirksvorsteherInnen**⁴⁸ verwaltet.

Die **Österreichische Bundesregierung** besteht derzeit aus 18 Mitgliedern (elf MinisterInnen, sieben Staatssekretäre). Sechs der elf MinisterInnenämter sind mit Frauen besetzt (Auswärtige Angelegenheiten; Bildung, Wissenschaft und Kunst; Gesundheit und Frauen; Soziale Sicherheit, Generationen und KonsumentInnenschutz; Justiz; Inneres); alle StaatssekretärInnenämter sind mit Männern besetzt (Stand September 2005). In der höheren Bundesverwaltung (z. B. Sektionsleitung) sind Frauen allerdings deutlich unterrepräsentiert.

⁴⁸ SICKINGER (2003), S. 4 ff.

Grafik 2.1: Geschlechterproportion in den Landesregierungen und in der Bundesregierung 2005



Quelle: Stadt Wien (MA 57), Situationsbericht Frauen in Wien (2005), S. 117.

2.1.2 Frauen in Führungspositionen

Gender Mainstreaming ist eine Strategie, bei der die Arbeitswelt von Frauen und Männern ein zentrales Anliegen ist. Dementsprechend wurde im vergangenen Jahrzehnt eine Vielzahl von Aktivitäten zur Förderung von Frauen in der Wirtschaft gesetzt. Eine der Methoden bei Gender-Analysen ist das Sammeln und transparent Machen von Daten und Fakten über die Rolle von Frauen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen. Um die großen Defizite in der Repräsentanz von Frauen in Führungspositionen in allen EU-Mitgliedsländern aufzuzeigen, wurde von der Europäischen Kommission die Internet-Datenbank „Women and men in decision-making“⁴⁹ (Frauen und Männer in Entscheidungsprozessen) eingerichtet, bei der folgende Ebenen Berücksichtigung finden:

- politische Organisationen auf EU-Ebene (z. B. Europäische Kommission, Europäisches Parlament), auf nationaler Ebene (z. B. Regierung, nationales Parlament) und auf regionaler Ebene (z. B. regionale Regierungen);

- öffentliche Institutionen und juristische Organisationen auf EU-Ebene (z. B. Mitarbeiterinnen der Europäischen Kommission, Mitglieder des Rechnungshofs) und nationaler Ebene (z. B. Zentralverwaltungen, oberster Rechnungshof);
- die fünfzig größten, börsennotierten Unternehmen und die europäischen Institutionen der SozialpartnerInnen.

Ein Blick auf die Repräsentanz von Frauen in den Vorstandsetagen der größten börsennotierten Unternehmen in Europa zeigt ein extremes Bild: Der durchschnittliche Frauenanteil beträgt in Österreich nur weniger als ein Prozent und liegt damit unter dem europäischen Durchschnitt von drei Prozent. Auch der Prozentsatz weiblicher Mitglieder in den höchsten Entscheidungsgremien der Unternehmen liegt in Österreich mit fünf Prozent deutlich unter dem europäischen Durchschnitt von 10 Prozent. In einigen europäischen Ländern (z. B. in Norwegen, Schweden, Estland) erreicht dieser Frauenanteil zumindest 20 Prozent.

⁴⁹ EUROPÄISCHE KOMMISSION (online September 2005); http://europa.eu.int/comm/employment_social/women_men_stats/index_en.htm

Tabelle 2.1: Entscheidungspositionen in den 50 größten, börsennotierten Unternehmen nach Land (EU-25) und Geschlecht

Land	erfasste Unternehmen	höchste Entscheidungsgremien		weibliche Vorstandsvorsitzende
		weibliche Vorsitzende	weibliche Mitglieder	
		Prozent		
Österreich	48	2	5	0
Belgien	50	0	7	2
Bulgarien	38	3	18	11
Zypern	50	0	7	6
Tschechien	49	6	10	0
Deutschland	50	0	12	0
Dänemark	48	0	11	2
Estland	16	0	19	6
Griechenland	50	4	9	4
Spanien	50	2	5	0
Finnland	50	2	15	0
Frankreich	49	4	6	0
Ungarn	48	2	11	7
Irland	47	1	5	0
Island	46	0	5	0
Italien	50	2	2	2
Litauen	28	0	11	7
Luxemburg	23	0	3	5
Lettland	32	7	12	17
Malta	12	8	2	0
Niederlande	50	0	5	0
Norwegen	50	4	21	2
Polen	49	10	8	6
Portugal	48	4	5	7
Rumänien	39	0	15	6
Schweden	49	0	20	0
Slowenien	40	8	18	5
Slowakei	24	9	10	0
Vereinigtes Königreich	50	0	14	2
Durchschnitt		3	10	3

Quelle: EU-Datenbank „Frauen und Männer in Entscheidungsprozessen“; http://europa.eu.int/comm/employment_social/women_men_stats/index_en.htm

Eine Studie der KAMMER FÜR ARBEITER UND ANGESTELLTE WIEN⁵⁰ untersuchte, inwieweit die an der Wiener Börse notierten 79 Unternehmen den im Jahr 2002 in Kraft getretenen „Corporate Governance Kodex“ einhalten. Dieser Kodex beinhaltet im Wesentlichen „Wohlverhaltensregeln bei der Unternehmenskontrolle“, d. h. Fragen der Rechte, Aufgaben und Verantwortlichkeiten der gesellschaftsrechtlichen Organe, Anteilseigner, Beschäftigten und übrigen Interessensgruppen. Diese Schlüsselinformationen müssen den Anlegern an der Börse durch verbindliche Veröffentlichung im Geschäftsbericht des Unternehmens zugäng-

lich gemacht werden. Ein Aspekt der Analyse des „Corporate Governance Kodex“ ist, inwieweit Gender Mainstreaming in den Unternehmen umgesetzt wird. Auch hier zeigt sich eine starke Unterrepräsentation von Frauen in Entscheidungspositionen: 45 der 79 analysierten Unternehmen (57 Prozent) haben keine Frau im Vorstand oder Aufsichtsrat. Die Vorstände der derzeit an der Wiener Börse notierten 79 Unternehmen setzen sich aus 223 Männern und 7 Frauen zusammen, das ergibt einen Frauenanteil von lediglich drei Prozent. Bei den Kapitalvertretern in den Aufsichtsräten sind 4,6 Prozent Frauen (von 540 Aufsichtsratsmitgliedern), bei

⁵⁰ KAMMER FÜR ARBEITER UND ANGESTELLTE (2005).

den Arbeitnehmervertretern in den Vorständen von 164 AufsichtsrätInnen sind 22 Frauen, das sind 13,4 Prozent. Es wird moniert, dass zu einer „Good Governance“ auch eine entsprechende Repräsentanz von Frauen in den Vorständen und Aufsichtsräten gehöre

und als Konsequenz dieser Ergebnisse verbindliche Impulse zur Förderung von Frauen in den Unternehmensorganen zu setzen und gesetzliche Maßnahmen zu überlegen sind.

Tabelle 2.2: Vorstands- und Aufsichtsratsmitglieder der an der Wiener Börse notierten Unternehmen 2005 nach Geschlecht

	Mandate gesamt	davon Frauen	Frauenanteil in Prozent
Vorstände	230	7	3,0
Aufsichtsrat Kapitalvertreter	540	25	4,6
Aufsichtsrat Arbeitnehmervertreter	164	22	13,4

Quelle: KAMMER FÜR ARBEITER UND ANGESTELLTE WIEN (2005).

Eine Studie des EUROPEAN WOMEN’S MANAGEMENT DEVELOPMENT NETWORK AUSTRIA (EWMD AUSTRIA)⁵¹ zur Frage des Frauenanteils bei Führungskräften großer österreichischer Unternehmen bestätigt ebenfalls die geringe Repräsentanz von Frauen in der Führungsebene. In den 179 kontaktierten Betrieben (börsennotierten Unternehmen in Österreich bzw. solche in Deutschland, die in Österreich vertreten sind und Unternehmen in Österreich im Handel und in der Tourismusbranche mit über 1.000 Beschäftigten) betrug der Frauenanteil bei Vorständen und GeschäftsführerInnen 3,2 Prozent, bei AufsichtsrätInnen 8,9 Prozent und bei ProkuristInnen 12,0 Prozent. 92 Prozent der befragten Betriebe hatten überhaupt keine Frau im Vorstand und in der Geschäftsführung.

2.1.3 Gender Mainstreaming in Wissenschaft und Forschung

Obwohl an allen österreichischen Universitäten in den vergangenen Jahren ein deutlicher Anstieg des Frauenanteils bei den Studierenden zu beobachten war, sind Frauen in Wissenschafts- und Universitätskarrieren

nach wie vor stark unterrepräsentiert. Es zeigt sich hier das bekannte „leaky pipeline“-Phänomen, das heißt ein „Versickern“ des Frauenanteils mit steigender Karrierestufe: Dem hohen Anteil von Frauen bei StudentInnen und AbsolventInnen steht ein weitaus geringerer Frauenanteil bei Lehrpersonal (43 Prozent) und AssistentInnen (27 Prozent) gegenüber. Besonders gering ist mit derzeit 8 Prozent der Frauenanteil bei den UniversitätsprofessorInnen.

Seit dem Studienjahr 1993/94 hat sich der Anteil von Frauen bei den StudienanfängerInnen an österreichischen Universitäten von 53 Prozent auf 58 Prozent (von insgesamt 20.733 StudienanfängerInnen) im Studienjahr 2003/2004 erhöht. Der Prozentanteil der weiblichen StudienabsolventInnen betrug 1993/94 42 Prozent, im Studienjahr 2003/2004 waren 52 Prozent der 16.717 StudienabsolventInnen weiblich. Erkennbar sind regionale Unterschiede im Frauenanteil: Von den StudentInnen der Universitäten Wien, Salzburg und Klagenfurt sind jeweils 63 Prozent Frauen, in Innsbruck jedoch nur 52 Prozent und in Linz gar nur 44 Prozent.

⁵¹ EWMD AUSTRIA (2004).

Tabelle 2.3: Studierende, UniversitätslehrerInnen, AssistentInnen und UniversitätsprofessorInnen an österreichischen Universitäten 1993/94 und 2002/03 nach Geschlecht

	Studienjahr 1993/94				Studienjahr 2002/03			
	gesamt	Frauen	Männer	Frauen-anteil	gesamt	Frauen	Männer	Frauen-anteil
	absolut			Prozent	absolut			Prozent
	Studierende							
insgesamt	216.127	99.256	116.871	46	192.560	102.490	90.070	53
alle wissenschaftlichen Universitäten	209.290	95.686	113.604	46	185.587	98.549	87.038	53
alle Universitäten der Künste	6.837	3.570	3.267	52	7.953	4.599	3.354	58
alle Wiener Universitäten	129.687	60.547	69.140	47	113.850	61.446	52.404	54
Universität Wien	72.395	41.348	31.047	57	67.061	42.173	24.888	63
Universität Salzburg	10.889	5.939	4.950	55	9.931	6.251	3.680	63
Universität Klagenfurt	4.242	2.452	1.790	58	5.739	3.602	2.137	63
Universität Graz	27.283	14.834	12.449	54	23.357	14.202	9.155	61
Universität Innsbruck	25.073	11.404	13.669	45	22.641	11.686	10.955	52
Universität Linz	13.202	4.619	8.583	35	11.104	4.844	6.260	44
Veterinärmedizinische Universität Wien	2.713	1.696	1.017	63	2.141	1.699	442	79
Wirtschaftsuniversität Wien	21.231	8.808	12.423	41	20.149	9.579	10.570	48
Universität für Bodenkultur Wien	7.001	2.321	4.680	33	4.239	1.792	2.447	42
Technische Universität Wien	22.599	4.403	18.196	19	15.613	3.509	12.401	22
Technische Universität Graz	11.551	1.774	9.807	15	8.155	1.537	6.618	19
MU Leoben	2.256	247	2.009	11	1.792	372	1.420	21
Akademie der Bildenden Künste Wien	624	332	292	53	916	543	373	59
U. f. Angewandte Kunst Wien	932	483	449	52	1.194	689	505	58
U. f. Musik u. darstellende Kunst Wien	2.192	1.156	1.036	53	2.537	1.462	1.075	58
U. Mozarteum Salzburg	1.369	804	565	59	1.404	882	522	63
U. f. Musik u. darstellende Kunst Graz	1.221	539	682	44	1.234	614	620	50
U. f. künstl. u. industr. Gestaltung Linz	504	260	244	52	757	472	285	62
	Lehrende an Universitäten*							
MitarbeiterInnen im Lehrbetrieb	3.058	1.189	1.869	39	4.946	2.131	2.815	43
AssistentInnen	7.724	1.806	5.918	23	7.154	1.932	5.222	27
UniversitätsprofessorInnen	1.656	60	1.596	4	1.604	128	1.476	8

* Nur Lehrpersonal mit einem aktiven Dienstverhältnis zum Bund: UniversitätsprofessorInnen (ohne Emeriti, Gast- und HonorarprofessorInnen), AssistentInnen (Universitäts- und VertragsassistentInnen/-dozentInnen), MitarbeiterInnen im Lehrbetrieb (Bundes- und VertragslehrerInnen im Hochschuldienst, UniversitätslehrerInnen, wissenschaftliche MitarbeiterInnen in Ausbildung, StudienassistentInnen, DemonstratorInnen, TutorInnen).

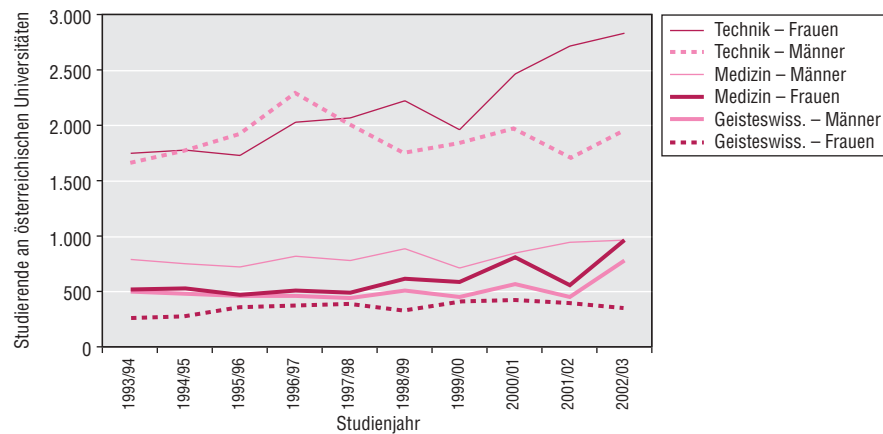
Quelle: Universitätsstatistik 2003/2004; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005).

Geschlechterstereotypen bei der Studienwahl

Trotz vielfältiger Bestrebungen, Frauen zu technischen Studien zu motivieren, ist die Zahl der Frauen, die ein technisches Studium wählen, in den vergangenen zehn Jahren nur geringfügig gestiegen. Dagegen hat die Zahl der Frauen, die jährlich Medizin zu studieren beginnen, seit 1993/1994 zugenommen, und zwar von 525 auf 967 im Jahr 2002/03, während die Zahl der männlichen Studienanfänger der Medizin in diesem Zeitraum eher kon-

stant und unter jener der Frauen geblieben ist. Ein starker Anstieg der weiblichen Studentinnen war in den geisteswissenschaftlichen Fächern von 1.747 im Jahr 1993/94 auf 2.833 Studentinnen im Jahr 2002/03 zu verzeichnen. Bei den Männern war in den Geisteswissenschaften kein wesentlicher Anstieg zu erkennen. Es entsteht der Eindruck, dass sich mehr Frauen als Männer für Studien mit eingeschränkten Aussichten auf einen zukünftigen Arbeitsplatz entscheiden.

Grafik 2.2: Studierende der Fächer Medizin, Technik und Geisteswissenschaften 1993/94 bis 2002/2003 nach Geschlecht



Geisteswissenschaften = Pädagogik, Philosophie, Politikwissenschaft, Psychologie, Publizistik, Soziologie; Geschichte und kulturkundliche Studien; sprachwissenschaftlich-kulturkundliche Studien (Afrikanistik, Anglistik, Arabistik, ...); Übersetzer- und Dolmetscherausbildung; Technik = Bauingenieurwesen, Architektur, Raumplanung, Maschinenbau, Elektrotechnik, technische Naturwissenschaften.

Quelle: Universitätsstatistik 2003/2004; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005).

2.2 Frauen im Gesundheitssystem

2.2.1 Geschlechterverteilung in den Gesundheitsberufen

Sowohl das Gesundheitspersonal in den öffentlichen Krankenanstalten in Wien als auch bundesweit besteht überwiegend aus Frauen: Von den rund 21.500 in öffentlichen Krankenanstalten in Wien arbeitenden Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, PflegehelferInnen, Medizinisch-Technischen AssistentInnen und im Sanitätshilfsdienst Tätigen sind 83,3 Prozent Frauen. Aber auch bei den ÄrztInnen in öffentlichen Spitälern ist der Frauenanteil überdurchschnittlich hoch: 51,4

Prozent der Wiener SpitalsärztInnen, aber nur 46,1 Prozent aller berufsausübenden ÄrztInnen sind Frauen. Innerhalb der einzelnen Disziplinen der Gesundheits- und Krankenpflege sind ebenfalls deutliche Unterschiede in der Geschlechterproportion zu erkennen: Während in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege 87,9 Prozent Frauen sind, beträgt der Frauenanteil in der psychiatrischen Pflege nur 63,2 Prozent, hingegen arbeiten im traditionellen Frauenbereich Kinder- und Jugendpflege fast ausschließlich Frauen, nämlich 99,5 Prozent.

Tabelle 2.4: Gesundheitsberufe in Krankenanstalten in Wien und Österreich 2003 nach Geschlecht

Gesundheitsberufe	Wien		Österreich	
	absolut	Frauenanteil in Prozent	absolut	Frauenanteil in Prozent
alle berufsausübenden ÄrztInnen	11.112	46,1	38.447	39,6
darunter:				
ÄrztInnen in öffentlichen Spitälern	3.144	51,4	11.793	43,5
Personal in Krankenanstalten	21.504	83,3	75.027	83,2
darunter:				
DGKS – Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	13.906	87,3	47.687	87,5
darunter:				
Allgemeine GK-Pflege	11.915	87,9	40.950	88,6
Kinder- und Jugendlichenpflege	1.126	99,5	3.599	99,2
Psychiatrische GK-Pflege	865	63,2	3.110	59,5
PflegehelferInnen	2.973	78,0	10.824	78,1
MTA – Medizinisch-technischer Dienst	3.486	88,4	11.373	87,8
Sanitätshilfsdienst ^{*)}	1.139	32,7	5.143	44,5

* Sanitäts-, Operations-, Labor-, Prosektur-, Ordinations-, Heilbade-, Ergotherapie-, Desinfektionsgehilfinnen; Stand 31. Dezember 2003;

Quelle: Statistik Austria, 2005, S. 383; Zahlen zu ÄrztInnen aus der Ständemeldung/Österreichische Ärztekammer, zur Verfügung gestellt durch Mag. Anton SINABELL (Stand 2004).

2.2.2 Frauen in der Medizin

Der Anteil der Frauen bei ÄrztInnen ist in Österreich zwischen 1994 und 2004 von 33,2 Prozent auf 39,6 Prozent gestiegen. Wien hat im Bundesländervergleich mit

46,1 Prozent den höchsten Frauenanteil bei allen in der Ständemeldung der Österreichischen Ärztekammer für das Jahr 2004 gemeldeten ÄrztInnen. Besonders geringe Frauenquoten bei ÄrztInnen finden sich in Vorarlberg und Tirol (29,6 bzw. 32,2 Prozent).

Tabelle 2.5: ÄrztInnen 1994 und 2004 nach Geschlecht und Bundesland

Bundesland	1994			2004			Differenz Frauenanteil 1994/2004
	Frauen	Männer	Frauenanteil	Frauen	Männer	Frauenanteil	
	absolut		Prozent	absolut		Prozent	Prozent
Burgenland	204	510	28,6	326	573	36,3	7,7
Kärnten	560	1.267	30,7	853	1.423	37,5	6,8
Niederösterreich	1.411	2.960	32,3	2.651	3.792	41,1	8,9
Oberösterreich	1.019	2.688	27,5	1.826	3.337	35,4	7,9
Salzburg	532	1.273	29,5	866	1.558	35,7	6,3
Steiermark	1.366	2.845	32,4	2.091	3.254	39,1	6,7
Tirol	643	1.866	25,6	1.125	2.370	32,2	6,6
Vorarlberg	225	730	23,6	382	908	29,6	6,1
Wien	4.104	6.111	40,2	5.122	5.990	46,1	5,9
Österreich	10.064	20.250	33,2	15.242	23.205	39,6	6,4

Quelle: Ständemeldung der Österreichischen Ärztekammer, zur Verfügung gestellt von Mag. Anton SINABELL.

Auch bei ÄrztInnen sind Frauen in den oberen Hierarchiestufen selten: Im Jahr 2004 waren in Österreich von den 1.591 PrimärärztInnen nur 168 Frauen (10,6 Prozent). In Wien war der Frauenanteil bei PrimärärztInnen

mit 16,8 Prozent von allen Bundesländern am höchsten. Auch der Anstieg des Frauenanteils zwischen 1994 und 2004 war in Wien am stärksten (4,4 Prozentpunkte vs. 2,2 Prozentpunkte in Österreich).

Tabelle 2.6: PrimärärztInnen 1994 und 2004 nach Geschlecht und Bundesland

Bundesland	1994			2004			Differenz Frauenanteil 1994/2004
	Frauen	Männer	Frauen- anteil	Frauen	Männer	Frauen- anteil	
	absolut		Prozent	absolut		Prozent	Prozent
Burgenland	2	29	6,5	2	27	6,9	0,4
Kärnten	3	77	3,8	4	83	4,6	0,8
Niederösterreich	14	197	6,6	23	204	10,1	3,5
Oberösterreich	20	217	8,4	26	223	10,4	2,0
Salzburg	10	128	7,2	16	147	9,8	2,6
Steiermark	16	162	9,0	12	200	5,7	-3,3
Tirol	5	96	5,0	7	106	6,2	1,2
Vorarlberg	0	47	0,0	1	51	1,9	1,9
Wien	52	367	12,4	77	382	16,8	4,4
Österreich	121	1.321	8,4	168	1.423	10,6	2,2

Quelle: Standesmeldung/Österreichische Ärztekammer; zur Verfügung gestellt von Mag. Anton SINABELL.

Auch zwischen den einzelnen Fachdisziplinen der Medizin gibt es große Unterschiede im Frauenanteil (z. B. 7,2 Prozent in der Unfallchirurgie vs. 59,5 Prozent in der Physikalischen Medizin). Generell sind Frauen häufiger als Männer in den rehabilitativen und psychosozialen Fachdisziplinen vertreten, welche innerhalb der Medizin geringeres Prestige haben und auch mit geringerem Einkommen verbunden sind. Die chirurgi-

schen und technikorientierten Fächer hingegen verfügen über höhere wissenschaftliche und gesellschaftliche Reputation und bleiben überwiegend Männern vorbehalten. Auch die Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist männerdominiert: Rund 70 Prozent der GynäkologInnen sind Männer, hingegen sind nur rund 10 Prozent der UrologInnen Frauen.

Tabelle 2.7: Ausgewählte Fachdisziplinen der Medizin in Österreich und Wien 1994 und 2004 nach Geschlecht

Rangreihung nach Frauenanteil im Jahr 2004 (für Österreich gesamt)		1994			2004			Differenz
		Frauen	Männer	Frauenanteil	Frauen	Männer	Frauenanteil	Frauenanteil 1994/2004
		absolut		Prozent	absolut		Prozent	Prozent
Unfallchirurgie	Wien	4	122	3,2	20	155	11,4	8,3
	Österreich	17	474	3,5	60	778	7,2	3,7
Urologie	Wien	9	106	7,8	12	106	10,2	2,3
	Österreich	15	297	4,8	38	389	8,9	4,1
Orthopädie, orthopädische Chirurgie	Wien	16	148	9,8	29	190	13,2	3,5
	Österreich	22	359	5,8	59	588	9,1	3,3
Chirurgie	Wien	27	264	9,3	44	269	14,1	4,8
	Österreich	70	841	7,7	160	1.123	12,5	4,8
Neurochirurgie	Wien	1	26	3,7	6	35	14,6	10,9
	Österreich	2	73	2,7	23	122	15,9	13,2
HNO	Wien	25	124	16,8	41	114	26,5	9,7
	Österreich	48	351	12,0	110	428	20,4	8,4
Plastische Chirurgie	Wien	8	14	36,4	15	30	33,3	-3,0
	Österreich	9	34	20,9	24	89	21,2	0,3
Interne Medizin	Wien	182	622	22,6	302	673	31,0	8,3
	Österreich	346	1.621	17,6	686	2.235	23,5	5,9
Radiologie	Wien	63	179	26,0	80	171	31,9	5,8
	Österreich	129	498	20,6	166	522	24,1	3,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Wien	67	258	20,6	120	256	31,9	11,3
	Österreich	151	813	15,7	409	1.000	29,0	13,4
Lungenkrankheiten	Wien	40	66	37,7	44	67	39,6	1,9
	Österreich	74	185	28,6	105	245	30,0	1,4
Neurologie/Psychiatrie	Wien	63	108	36,8	68	113	37,6	0,7
	Österreich	134	283	32,1	182	338	35,0	2,9
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	Wien	460	612	42,9	448	557	44,6	1,7
	Österreich	1.154	2.121	35,2	1.350	2.308	36,9	1,7
Augenheilkunde	Wien	80	108	42,6	99	113	46,7	4,1
	Österreich	166	347	32,4	256	434	37,1	4,7
Psychiatrie/Neurologie	Wien	104	169	38,1	143	179	44,4	6,3
	Österreich	191	368	34,2	307	456	40,2	6,1
Anästhesiologie und Intensivmedizin	Wien	187	173	51,9	240	254	48,6	-3,4
	Österreich	432	585	42,5	771	1.040	42,6	0,1
Neurologie	Wien	-	-	-	20	28	41,7	-
	Österreich	-	-	-	67	88	43,2	-
Kinder- und Jugendheilkunde	Wien	169	126	57,3	187	144	56,5	-0,8
	Österreich	315	424	42,6	447	576	43,7	1,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Wien	76	89	46,1	100	104	49,0	3,0
	Österreich	136	232	37,0	257	327	44,0	7,1
ÄrztIn für Allgemeinmedizin	Wien	1.165	1.402	45,4	1.512	1.147	56,9	11,5
	Österreich	3.343	6.358	34,5	5.370	6.200	46,4	12,0
Psychiatrie	Wien	-	-	-	37	37	50,0	-
	Österreich	-	-	-	114	112	50,4	-
Physikalische Medizin	Wien	39	24	61,9	69	47	59,5	-2,4
	Österreich	56	45	55,4	123	99	55,4	0,0

Quelle: Standsmeldung/Österreichische Ärztekammer; zur Verfügung gestellt von Mag. Anton SINABELL.

2.2.3 Gender Mainstreaming an der Medizinischen Universität Wien

Die fehlende Repräsentanz von Frauen in Entscheidungsfunktionen in Medizin und Forschung legt die

Frage nach der Frauenförderung an den Universitäten und medizinischen Einrichtungen nahe. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wurde in Österreich – zumindest im Bereich der Medizin – eher spät mit frauenfördernden Aktivitäten begonnen. Seit der Aus-

gliederung der Medizinischen Universität Wien im Jahr 2004 wurde Gender Mainstreaming als allgemeines Leitprinzip verankert und eine Reihe von Frauenförderungsmaßnahmen formuliert.⁵² Als zentrale Maßnahme wurde die Stabsstelle Gender Mainstreaming⁵³ eingerichtet, die als Organisationseinheit zur Koordination der Aufgaben der Gleichstellung, der Frauenförderung sowie der Geschlechterforschung dient (§ 19 Abs. 2 Z 7 UG 2002). Die Arbeitsschwerpunkte der im Rektorat angesiedelten und direkt dem Rektor unterstellten Stabsstelle sind Gender Mainstreaming und Frauenförderung sowie geschlechtsspezifische Forschung und Lehre.⁵⁴

Besondere Unterstützung erhalten Wissenschaftlerinnen, die sich in einer Schwellensituation befinden (z. B. Habilitation), um dem „leaky pipeline“-Effekt⁵⁵ gegenzusteuern. Im November 2004 wurden ein aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) kofinanziertes medizinspezifisches **Mentoring-Programm** „Frauen netz.werk Medizin“ sowie konkrete Qualifizierungsmaßnahmen gestartet (z. B. Karriereplanung für Wissenschaftlerinnen, effektive Kommunikationsstrategien und Medientraining für Frauen). Die Stabsstelle Gender Mainstreaming leitet zudem eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von **Gender Mainstreaming-Indikatoren** für die Medizinische Universität Wien und zur Entwicklung finanzieller Anreizsysteme (**Gender Budgeting**). Die Medizinische Universität Wien hat sich im Rahmen einer grundsätzlichen Reform der Studien der Humanmedizin (Medizin Curriculum Wien) für die Integration eines interdisziplinären Schwerpunkts Geschlechterforschung **„Women’s Health und Gender-based Medicine“** in das Gesamtcurriculum entschieden. Bereits in der Studieneingangsphase wird den StudienanfängerInnen mit der Vorlesung „Gender in der Medizin“ ein Einstieg in die Themen ermöglicht. Seit dem Wintersemester 2004/05 werden mindestens zwei jeweils dreistündige **Ringvorlesungen** „GendeRing“⁵⁶ von der Stabsstelle Gender Mainstreaming geplant und durchgeführt, die im Rahmen der freien Wahlfächer absolviert werden können. Eine weitere Aufgabe der

Stabsstelle besteht in der Bündelung, Koordination und Vernetzung vorhandener Forschungsaktivitäten im Bereich der **Frauen- und Geschlechterforschung**, um dem im Entwicklungsplan festgelegten Ziel, die Medizinische Universität Wien als nationales Zentrum für Frauengesundheit zu positionieren, näher zu kommen.

2.2.4 Verein Frauen für Frauen – Gesundheit im Brennpunkt

Der Verein „Frauen für Frauen – Gesundheit im Brennpunkt“⁵⁷ wurde 2001 vorerst als Plattform gegründet und ist seit 2004 ein eingetragener Verein. Die Mitglieder sind Frauen unterschiedlicher Gesundheitsberufe. Die Aufgaben und Ziele des Vereins beziehen sich auf zwei Bereiche: Förderung und Etablierung einer **geschlechtssensiblen Medizin** sowie Förderung und Unterstützung von **Frauen in Gesundheitsberufen**. Eine geschlechtsbezogene Sichtweise der Medizin ist notwendig, da sich das Wissen über Gesundheit und Krankheit, geeignete Therapieverfahren, Wirkung und unerwünschte Wirkung von Medikamenten, etc. fast ausschließlich auf Männer bezieht. Bisherige Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung und wissenschaftlicher Untersuchungen wurden meist ohne Geschlechtsdifferenzierung erhoben, dargestellt und interpretiert. Eine Tatsache, die zu großen Nachteilen für Patientinnen geführt hat. Gerade in den Bereichen Forschung, Forschungsförderung und Lehre zeigt sich enormer Aufholbedarf, denn Wissenschaft und Lehre sind nicht geschlechtsneutral. Es ist daher ein Hauptanliegen des Vereins, für die Verankerung einer an den Bedürfnissen und den speziellen Lebenslagen von Frauen angepassten medizinischen Versorgung mitzuwirken. Konkret sollen frauenspezifische Modelle der Gesundheitsförderung entwickelt, ein Expertinnensystem für Frauengesundheit geschaffen sowie geschlechtsspezifische Aspekte in Lehre und Weiterbildung umgesetzt werden.

Die mangelnde Beschäftigung mit geschlechtsspezifischen Fragestellungen kann aber nicht unabhängig

⁵² Aus dem Entwicklungsplan der MUW, veröffentlicht im Mitteilungsblatt der MUW, Stück 16, Studienjahr 2004/2005 beschlossen vom Universitätsrat in seiner Sitzung vom 3. Mai 2005.

⁵³ Stabsstelle Gender Mainstreaming: <http://www.meduniwien.ac.at/gender>; weitere Links die Stabsstelle betreffend siehe Anhang.

⁵⁴ Mitteilungsblatt der MUW IX vom 23.12.2003.

⁵⁵ Leaky pipeline („versickernde Pipeline“), d. h. mit steigender Hierarchiestufe wird der Frauenanteil geringer.

⁵⁶ RINGVORLESUNG GendeRing: <http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=302&language=1>

⁵⁷ www.frauenfuerfrauen.org; der Beitrag wurde freundlicherweise von Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ GUTIÉRREZ-LOBOS zur Verfügung gestellt.

vom **Fehlen von Frauen in Positionen mit Entscheidungsmacht** innerhalb der Medizin, sei es in der Forschung oder in der Praxis, gesehen werden. Dies nicht zuletzt auch deswegen, weil bekannt ist, dass Fortschritte auf dem Gebiet der Frauengesundheit hauptsächlich von weiblichen Führungskräften im Gesundheitssystem vorangetrieben wurden. Gerade in Österreich ist der Anteil von Frauen in den Führungsebenen der Gesundheitsberufe noch immer verschwindend gering. Daher ist es das zweite zentrale Anliegen des Vereins, Frauen in ihren Berufsfeldern zu unterstützen und die Integration von Frauen bei standespolitischen und gesundheitspolitischen Entscheidungen zu fördern.

Der Verein organisiert regelmäßig öffentliche Veranstaltungen zu frauenspezifischen Themen mit einschlägigen Expertinnen, nimmt an nationalen und internationalen Tagungen teil und trägt über Publikationen

und Öffentlichkeitsarbeit zur Meinungsbildung bei. Übergeordnetes Ziel des Vereins „Frauen für Frauen – Gesundheit im Brennpunkt“ ist es, durch Kooperation von Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen und Einrichtungen sowie anderen Expertinnen aus Gesundheitsberufen ein auf die Bedürfnisse der Patientinnen abgestimmtes Behandlungsnetzwerk aufzubauen. Weitere Ziele sind die Durchführung von Forschungsprojekten mit spezifischen Fragestellungen zur Frauengesundheit und gleichzeitig zur Verbesserung von Berufs- und Karrierechancen von Kolleginnen – etwa über Mentoring – beizutragen. Der Verein hat somit eine Schnittstellenfunktion für Patientinnen, Akteurinnen im Gesundheitswesen sowie Auszubildende und bietet ein Netzwerk für frauenspezifische Gesundheitsfragen, um die Verbesserung der medizinischen Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Frauen voranzutreiben.

**III.
DEMOGRAFISCHE UND
SOZIOÖKONOMISCHE
RAHMENBEDINGUNGEN
DER FRAUENGESUNDHEIT**

***DEMOGRAPHIC AND
SOCIO-ECONOMIC FRAME-
WORK CONDITIONS OF
WOMEN'S HEALTH***

INHALT

3 DEMOGRAFISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER FRAUENGESUNDHEIT	97
3.1 ALTERS- UND GESCHLECHTERVERTEILUNG	99
3.2 REGIONALE UNTERSCHIEDE IN DER BEVÖLKERUNGSZUSAMMENSETZUNG WIENS	101
3.3 FERTILITÄT	103
3.4 EHESCHLIEBUNGEN UND -SCHEIDUNGEN	106
3.5 FORMEN DES ZUSAMMENLEBENS	108
3.5.1 Familienstand	108
3.5.2 Haushalte	110
3.5.3 Familientypen, Leben mit Kindern	111
3.6 QUALIFIKATION UND ERWERBSTÄTIGKEIT	112
3.6.1 Bildung	112
3.6.2 Erwerbsbeteiligung	113
3.6.3 Erwerbstätigkeit von Müttern	115
3.7 INSTITUTIONELLE KINDERBETREUUNG	118
3.8 FINANZIELLE SITUATION	119
3.8.1 Einkommen	119
3.8.2 Armutsgefährdung	122

3 DEMOGRAFISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER FRAUENGESUNDHEIT

Zusammenfassung

Gegenwärtig leben in Wien 846.000 Frauen, das sind mehr als die Hälfte (52,4 Prozent) der Wiener Bevölkerung. 13,7 Prozent sind Kinder bzw. Mädchen, 60,8 Prozent im erwerbsfähigen Alter und 25,5 Prozent 60 Jahre oder älter. Die Bevölkerungsvorausschätzung lässt für Wien eine geringere Zunahme des Altenteils (60 Jahre oder älter) als für das gesamte Bundesgebiet erwarten. Die starken Wanderungsgewinne, insbesondere die Zuwanderung aus dem Ausland, sorgen nicht nur für hohe Anteile an Personen im Erwerbsalter, sondern verringern durch höhere Geburtenzahlen auch den Rückgang des Anteils der Kinder an der Gesamtbevölkerung.

Die Veränderung der Lebensformen **junger Wienerinnen** ist ähnlich wie im übrigen Österreich durch eine sinkende Heiratshäufigkeit, ein steigendes Heiratsalter, eine Zunahme der Ehescheidungshäufigkeit, eine geringere Kinderzahl und ein steigendes Alter bei der Geburt der Kinder charakterisiert. In Wien ist die Scheidungsrate höher als im gesamten Bundesgebiet. Bei einem Anhalten der gegenwärtigen ehedauerspezifischen Scheidungsraten ist damit zu rechnen, dass 60 Prozent der derzeit neu geschlossenen Ehen wieder geschieden werden. Die hohe Scheidungsrate ist einer der Gründe für den hohen Anteil an Alleinerzieherinnen in Wien.

Frauen sind nach wie vor in **vielen Lebensbereichen stark benachteiligt**, egal ob es um unbezahlte Hausarbeit, um Ausbildung und vor allem um Beruf und Einkommen geht. Obwohl Frauen in Wien ein höheres **Bildungsniveau** als Frauen im gesamten Bundesgebiet haben, ist es auch in Wien niedriger als jenes der Männer. Allerdings gleicht sich unter den jüngeren Kohorten das Bildungsniveau der Geschlechter zunehmend an.

Summary: Demographic and socio-economic framework conditions of women's health

Currently Vienna has 846,000 female inhabitants, that is more than half (52.4 percent) of the Viennese population. 13.7 percent are children, 60.8 percent are of employable age, and 25.5 percent are aged 60 or above. The population prognosis projects a lower increase in the share of elderly women (60 years or older) than for Austria as a whole. The high positive migration balance, in particular from abroad, not only leads to a high proportion of persons in the economically active age group, but also decrease the reduction of the share of children in the total population due to higher birth rates.

*The changes in the lifestyle of **young Viennese women** are similar to the rest of Austria – less marriages, higher marrying age, an increase in divorce rates, less children, and a higher age at the birth of the children. In Vienna the divorce rates are higher than in the rest of Austria. If the current trend in divorce rates as measured by length of marriage continues, 60 percent of the now made marriages can be expected to end in a divorce. The high divorce rate is one of the reasons for the large percentage of single mothers in Vienna.*

*Women are still **severely underprivileged in many areas of life**, be it unpaid housework, education or, in particular, work and income. Although women in Vienna have a higher **level of education** than women in Austria overall, it is still lower than that of men. However, the level of education of both genders is becoming more equal in the younger age groups.*

Wien weist die von allen Bundesländern höchste **Erwerbsbeteiligung** von Frauen auf. Jedoch gibt es auch in Wien nach wie vor deutliche Unterschiede in der Struktur der Erwerbsbeteiligung der Geschlechter: Trotz bestehender Verbesserungen sind Frauen seltener als Männer in Führungspositionen, arbeiten vorwiegend in frauentypischen Berufen und häufiger in Teilzeit bzw. als geringfügig Beschäftigte, Arbeitsformen, die auch bei Männern im Steigen begriffen sind.

Frauen in Wien verfügen zwar über höhere **Einkommen** als Frauen im gesamten Bundesgebiet und auch die Einkommensunterschiede zwischen den Geschlechtern sind hier geringer, dennoch haben auch in Wien Frauen gegenüber Männern erhebliche Einkommensnachteile. Niedrige Fraueneinkommen führen bei Scheidung und im Alter nicht selten in die Armutsfalle.

*Vienna has the highest share of **economically active women** of all federal provinces. However, Vienna still has significant differences in the structure of economic activity of men and women: Despite improvements, women occupy executive positions less frequently than men, they work mainly in “female” occupations and more frequently in part-time work or minimal employment. Part-time and minimal employment, however, are also on the increase among men.*

*Women in Vienna have a higher **income** than women in Austria on average, and the income disparities between the two genders are lower as well, but women still earn significantly less than men even in Vienna. Lower income for women can frequently lead to poverty after a divorce or in old age.*

Einleitung

In diesem Abschnitt werden wichtige demografische und sozioökonomische Indikatoren, welche die Spezifik der Lebenssituation von Frauen erkennbar machen, dargestellt. Im Vordergrund stehen Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur, zum Familienstand, zur Haushaltsstruktur, zur Bildung, Erwerbsbeteiligung, Arbeitslosigkeit sowie zur Einkommenssituation. Es handelt sich dabei um wichtige Rahmenbedingungen für die Gesundheitssituation von Frauen. Aus ihnen resultieren Ressourcen und Belastungen, die für das Entstehen von Krankheiten und deren Bewältigung von zentraler Bedeutung sind. Die soziale Lebenslage der Frauen unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von jener der Männer. Die Situation von Frauen ist nach wie vor durch geschlechtsspezifische Benachteiligungen in verschiedenen Bereichen (Ausbildung, Erwerbsbeteiligung, Einkommen, etc.), unterschiedliche geschlechtsspezifische Folgen reproduktiver Phasen und eine noch immer überwiegend weibliche Zuständigkeit für die Haus- und Familienarbeit geprägt. Veränderungen der sozialen Lage, etwa der beruflichen, finanziellen und familiären Situation, sind für den Lebenslauf von Frauen typisch.

Die zu beschreibenden Indikatoren haben für die Gesundheit unterschiedliche Bedeutung. Die Gesundheit von Frauen entsteht im Alltag, die meist durch Familie und Beruf bestimmt ist. Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede in den Lebensbedingungen von Frauen je nach sozialer Schichtzugehörigkeit und Lebensphase. So z. B. beeinflusst das Bildungsniveau die Lebenschancen und die Lebensplanung in vielfacher Hinsicht. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit bzw. Krankheit wurde in vielen Studien belegt.⁵⁸ Zu beobachten sind Zusammenhänge zwischen Bildungsniveau und Informationsstand in Gesundheitsfragen, Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand, Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes. Die Einkommensverhältnisse, insbesondere niedrige und ungenügende Einkommen, haben Auswirkungen auf die gesamte Lebenssituation, sie wirken sich z. B. auf die Wohnsituation, die Teilnahme an gesellschaftlichen und kulturellen Aktivitäten, die Möglichkeiten zur Realisierung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils und damit auch auf die Gesundheit aus.

⁵⁸ Vgl. z. B. MIELCK (1994).

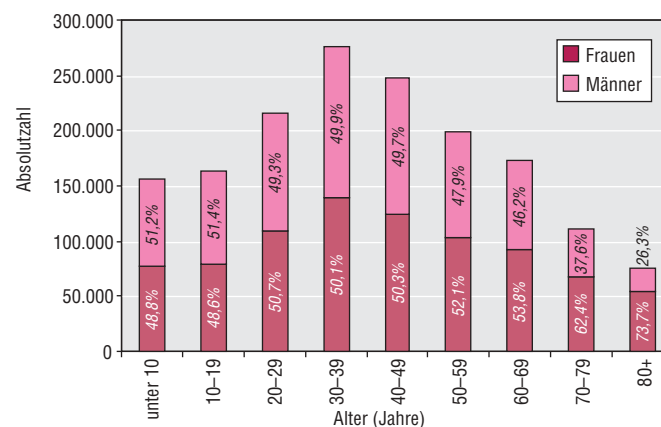
3.1 Alters- und Geschlechterverteilung

In Wien leben, ebenso wie im gesamten Bundesgebiet, mehr Frauen als Männer. Von den im Jahr 2004 1,613.329 EinwohnerInnen Wiens waren 846.031 Frauen (52,4 Prozent) und 767.298 Männer (47,4 Prozent). Obwohl im langjährigen Durchschnitt etwas mehr Knaben als Mädchen geboren wurden, übersteigt die Zahl der Frauen jene der Männer um 10,3 Prozent. Ursachen für die zahlenmäßige Dominanz der Frauen sind die höhere weibliche Lebenserwartung sowie die aufgrund der beiden Weltkriege bei den Männern zu verzeichnenden Verluste. Das Sterben der Kriegsgeneration hat in den letzten Jahrzehnten zu einer kontinuierlichen Verringerung des Frauenüberschusses geführt: Entfielen in Wien 1981 auf 1.000 Frauen 809 Männer, waren es 1991 bereits 866, im Jahr 2004 907. Wien weist im Bundesländervergleich den höchsten Frauenanteil auf, Vorarlberg, mit einem Frauenanteil von 50,7 Prozent bzw. 974 Männer je 1.000 Frauen (Stand 2004), den niedrigsten.

Der Frauenanteil variiert je nach Alter, nicht in allen Altersgruppen gibt es einen Frauenüberschuss: Während

bei Kindern aufgrund der Geschlechterproportion bei den Geburten die Knaben in der Überzahl sind, bilden unter den älteren Menschen die Frauen eine klare Mehrheit. Bei den unter 20-Jährigen lag 2004 in Wien das zahlenmäßige Übergewicht der Männer bei 5,4 Prozent. Doch bereits bei den 20- bis 29-Jährigen gibt es um 2,7 Prozent mehr Frauen als Männer. In den darauf folgenden Altersgruppen verringert sich (u. a. durch Migration, wobei Männer hier in der Mehrzahl sind) das Übergewicht der Frauen wiederum (30- bis 39-Jährige: 0,8 Prozent; 40- bis 49-Jährige: 0,6 Prozent). Ab dem Alter von 50 Jahren sind die Frauen durchgängig in der Mehrheit. Während in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen das zahlenmäßige Übergewicht der Frauen 9,1 Prozent beträgt, nimmt es im höheren Alter drastisch zu: In der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen finden sich bereits um 16,1 Prozent mehr Frauen, bei den 70- bis 79-Jährigen um 60,0 Prozent und bei den 80-Jährigen und Älteren um 179,5 Prozent. Nahezu drei Viertel (73,7 Prozent) der 80-Jährigen und Älteren sind Frauen.

Grafik 3.1: Bevölkerung in Wien 2004 (Jahresdurchschnitt) nach Alter und Geschlecht



Quelle: Bevölkerungsfortschreibung; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005), S. 30; eigene Berechnungen.

Entsprechend höher ist unter den Frauen der **Altenanteil** (60-Jährige und Ältere), der unter Aspekten der Gesundheit und Gesundheitsversorgung eine große Rolle spielt. So z. B. war in Wien im Jahr 2004 jede vierte Frau

(25,5 Prozent), aber nur etwa jeder fünfte Mann (18,5 Prozent) 60 Jahre oder älter. Im Bundesdurchschnitt lag 2004 der Altenanteil bei den Frauen bei 24,8 Prozent, bei den Männern bei 18,8 Prozent.

Tabelle 3.1: Bevölkerung in Wien 2004 (Jahresdurchschnitt) nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wien				Österreich			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
bis 14	115.582	13,7	121.648	15,9	646.063	15,4	679.934	17,1
15 bis 29	149.076	17,6	148.583	19,4	744.837	17,7	765.953	19,3
30 bis 44	205.043	24,2	205.290	26,8	989.220	23,5	1.006.735	25,4
45 bis 59	160.501	19,0	149.761	19,5	782.938	18,6	770.037	19,4
60 bis 74	125.196	14,8	102.672	13,4	624.303	14,8	543.609	13,7
75+	90.633	10,7	39.344	5,1	418.182	9,9	202.922	5,1
gesamt	846.031	100	767.298	100	4.205.543	100,0	3.969.190	100
60+	215.829	25,5	142.016	18,5	1.042.485	24,8	746.531	18,8

Quelle: Bevölkerungsfortschreibung; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005), S. 30; eigene Berechnungen.

Insgesamt hat sich in Österreich, ebenso wie in anderen europäischen Ländern, der Altenanteil in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht. Die Alterung unserer Gesellschaft ist vor allem ein Resultat der bisher stetig wachsenden Lebenserwartung und der Entwicklungen im reproduktiven Bereich. Wien hatte Anfang der 1970er Jahre einen Höchststand von 28 Prozent an 60-jähriger und älterer Bevölkerung (Frauen: 32 Prozent; Männer: 22 Prozent) und wies zu diesem Zeitpunkt den mit Abstand höchsten Altenanteil von allen Bundesländern auf, während er im gesamten Bundesgebiet lediglich 20 Prozent (Frauen: 23 Prozent; Männer: 17 Prozent) betrug. Seither hat sich in Wien der Trend gewendet und die Wiener Alterspyramide wieder etwas verjüngt.⁵⁹ Eine wichtige Ursache für die Verjüngung der Bundeshauptstadt ist die Zuwanderung von jungen In- und AusländerInnen und die mit der Immigration verbundenen steigenden Geburtenzahlen.

Laut der **Bevölkerungsprognose** der STATISTIK AUSTRIA wird Wien künftig das stärkste Bevölkerungswachstum von allen Bundesländern erfahren. Dabei kommt der Migration zunehmende Bedeutung zu. Bereits jetzt entfällt rund 40 Prozent der Immigration nach Österreich auf Wien. Nach der vorliegenden Prognose wird die Bevölkerungszahl Wiens von 1,61 Millionen im Jahr 2004 bis zum Jahr 2015 um 11 Prozent auf 1,79 Millionen und bis zum Jahr 2030 um 20 Prozent auf 1,93 Millionen ansteigen. Mitte des 21. Jahrhunderts wird die Bevölkerung Wiens die 2-Millionen-Grenze überschritten haben und mit 2,05 Millionen EinwohnerInnen um 27 Prozent mehr zählen als 2004. So viele EinwohnerInnen hatte Wien zuletzt im Jahr 1910.⁶⁰

⁵⁹ Vgl. dazu STADT WIEN (1998), S. 20 ff.

⁶⁰ STATISTIK AUSTRIA, Pressemitteilung vom 17.10.2005.

Tabelle 3.2: Bevölkerungsvorausschätzung für Wien 2005 bis 2050 (mittlere Variante) nach breiten Altersgruppen

Jahr	Bevölkerung gesamt	Alter (Jahre)			Alter (Jahre)			Altersab- hängigkeits- quotient*
		bis 14	15 bis 59	60 und mehr	bis 14	15 bis 59	60 und mehr	
		absolut			Prozent			
2004	1.613.329	237.230	1.018.254	357.845	14,7	63,1	22,2	35,1
2005	1.635.501	239.635	1.034.449	361.417	14,7	63,2	22,1	34,9
2010	1.718.212	251.458	1.087.338	379.416	14,6	63,3	22,1	34,9
2015	1.787.427	268.375	1.128.011	391.041	15,0	63,1	21,9	34,7
2020	1.843.587	283.030	1.145.833	414.724	15,4	62,2	22,5	36,2
2025	1.890.689	293.693	1.145.969	451.027	15,5	60,6	23,9	39,4
2030	1.931.621	300.175	1.146.370	485.076	15,5	59,3	25,1	42,3
2035	1.966.246	303.251	1.157.768	505.227	15,4	58,9	25,7	43,6
2040	1.997.075	305.083	1.171.500	520.492	15,3	58,7	26,1	44,4
2045	2.025.883	307.170	1.176.722	541.991	15,2	58,1	26,8	46,1
2050	2.050.824	309.813	1.179.880	561.131	15,1	57,5	27,4	47,6

* Zahl der 60-Jährigen und Älteren im Vergleich zu den 15- bis 59-Jährigen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung; sowie eigene Berechnungen.

Für Wien wird zudem eine geringere Zunahme des Altenanteils (Personen ab 60 Jahre) als für das gesamte Bundesgebiet vorausgesagt. Die starken Wanderungsgewinne, insbesondere die Zuwanderung aus dem Ausland, sorgen nicht nur für hohe Anteile an Personen im Erwerbsalter, sondern verringern durch höhere Geburtenzahlen auch den Rückgang des Anteils der Kinder an der Gesamtbevölkerung. Während im gesamten Bundesgebiet und in den Bundesländern die Bevölkerung stark altern wird, wird in Wien der Anteil der 60-Jährigen und Älteren von derzeit 22,2 Prozent auf 25,1 Pro-

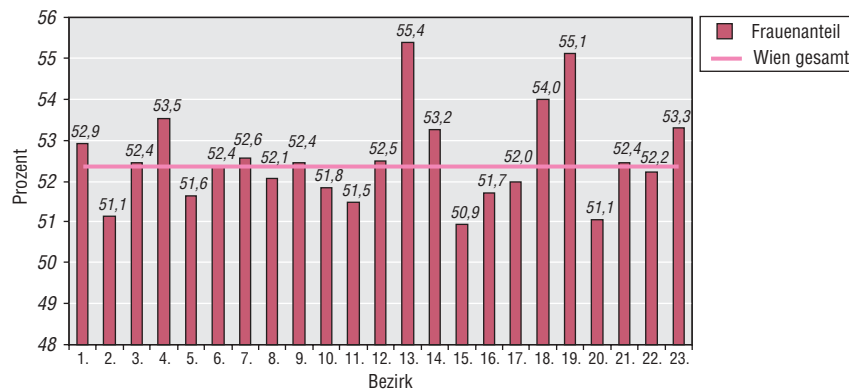
zent im Jahr 2030 bzw. auf 27,4 Prozent bis zur Mitte des Jahrhunderts steigen. Dies wäre zu diesem Zeitpunkt der von allen Bundesländern niedrigste Altenanteil. Die Zahl der unter 15-Jährigen wird in Wien (entgegen dem Bundestrend) künftig deutlich steigen, und zwar von 237.000 im Jahr 2004 auf 268.000 im Jahr 2015 (plus 13 Prozent) bzw. auf 310.000 im Jahr 2030 (plus 27 Prozent). Beträgt ihr Anteil derzeit in Wien noch 14,7 Prozent, so wird er im Jahr 2030 bei 15,5 Prozent liegen. Bis Mitte des Jahrtausends wird er aber wieder auf 15,1 Prozent zurückgehen.

3.2 Regionale Unterschiede in der Bevölkerungszusammensetzung Wiens

Der **Frauenanteil** schwankt in den einzelnen Wiener Bezirken um rund fünf Prozent. Am höchsten ist er im 13. und 19. Bezirk. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf die hohe Zahl von Plätzen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe (Wohn- und Pflegeheime)

in diesen beiden Bezirken, wobei die Heime überwiegend von Frauen bewohnt werden. Aber auch im 1., 4., 7., 12., 14., 18. und 23. Bezirk finden sich überdurchschnittlich viele Frauen. Am geringsten ist der Frauenanteil im 15. Bezirk.

Grafik 3.2: Frauenanteil an der Wohnbevölkerung Wiens 2004 (Jahresende) nach Bezirk



Quelle: Bevölkerungsfortschreibung laut Bevölkerungsregister; zitiert nach REFERAT STATISTIK UND ANALYSE (Magistratsabteilung 5); eigene Berechnungen.

Laut Volkszählung 2001 ist ca. ein Viertel der Wiener Bevölkerung (23,6 Prozent bzw. 366.289 Personen) im Ausland geboren. Ca. 10 Prozent der Wiener Bevölkerung (152.589 Personen) sind im Ausland geboren, haben aber (inzwischen) österreichische Staatsbürgerschaft. 16,0 Prozent der Wiener Bevölkerung (248.264 Personen) sind nicht österreichische Staatsangehörige.⁶¹ 47,0 Prozent (bzw. 116.721 Personen) der nicht österreichischen Staatsangehörigen sind Frauen. Insgesamt sind 14,3 Prozent der Frauen in Wien nicht österreichische Staatsangehörige.

17,6 Prozent der WienerInnen mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit (43.802 Personen) sind 50 Jahre oder älter, 1,1 Prozent (2.704 Personen) haben ein Alter von 75 und mehr Jahren. Der Frauenanteil ist unter den Personen mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit zwar etwas niedriger als in der Gesamt-

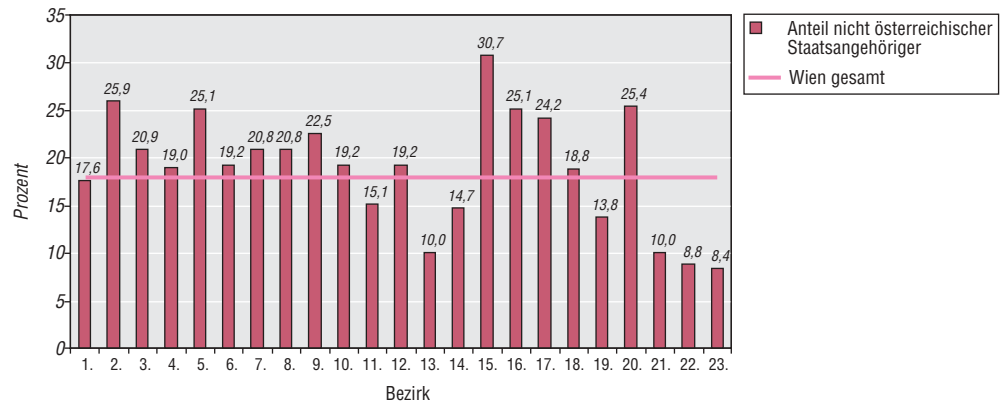
bevölkerung Wiens, nimmt aber ebenfalls in den höheren Altersgruppen zu. So sind z. B. unter den 75-jährigen und älteren Personen mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit 59,5 Prozent Frauen.

Der überwiegende Teil der in Wien lebenden Personen mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit stammt aus Ländern außerhalb der Europäischen Union, es handelt sich dabei vorwiegend um Staatsangehörige Serbiens und Montenegros sowie türkische StaatsbürgerInnen. Die beiden größten Gruppen aus den EU-Staaten sind die polnischen und die deutschen StaatsbürgerInnen.

Den höchsten Anteil nicht österreichischer Staatsangehöriger weist der 15. Bezirk auf (Stand Jahresende 2004). Hohe AusländerInnenanteile finden sich auch im 2., 5., 16., 17. und 20. Bezirk.

⁶¹ Ohne Berücksichtigung des Geburtslandes.

Grafik 3.3: Anteil nicht österreichischer Staatsangehöriger an der Wohnbevölkerung Wiens 2004 (Jahresende) nach Bezirk



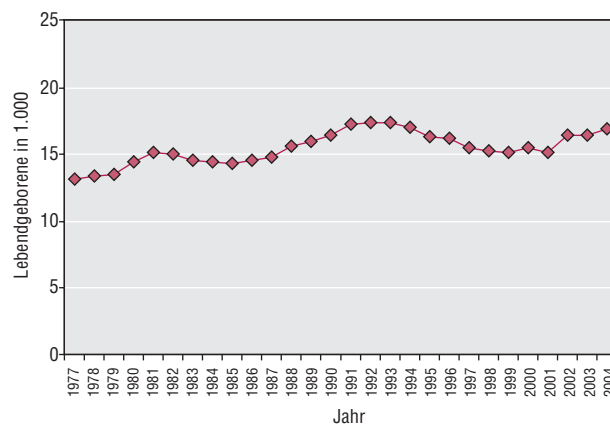
Quelle: Bevölkerungsfortschreibung laut Bevölkerungsregister; zitiert nach REFERAT STATISTIK UND ANALYSE (Magistratsabteilung 5); eigene Berechnungen.

3.3 Fertilität

Nach dem Geburtenrückgang Ende der 1960er Jahre bis in die späten 1970er Jahre kam es in Wien ab 1978 zu einem allmählichen und in der ersten Hälfte der 1980er Jahre nur vorübergehend unterbrochenen Wiederanstieg der Geburtenzahl.⁶² Dieser Wiederanstieg war allerdings weniger auf eine Zunahme der Kinderzahl pro Frau (Fertilität) zurückzuführen, sondern auf eine gestiegene Zahl junger Frauen und somit potentieller Mütter. Einerseits sind die während des Baby-Booms der 1960er Jahre geborenen, starken Jahrgänge ins Elteralter gekommen, andererseits kamen durch

Zuwanderung zahlreiche potentielle Eltern nach Wien, die noch dazu eine höhere Fertilität aufweisen als die inländischen Wienerinnen. Ab 1993 war die Geburtenzahl in Wien wieder rückläufig und pendelte sich schließlich Ende des Jahrtausends auf relativ gleich bleibendem Niveau ein. Seit 2001 zeigen die Geburtenzahlen in Wien wieder eine steigende Tendenz. 2004 hatte Wien erstmals seit vielen Jahrzehnten eine **positive Geburtenbilanz** (plus 873). Und zwar wurden 16.856 Kinder (8.116 Mädchen, 8.740 Knaben) geboren. Das sind 10,4 Geburten je 1.000 EinwohnerInnen.

Grafik 3.4: Lebendgeborene in Wien 1977 bis 2004



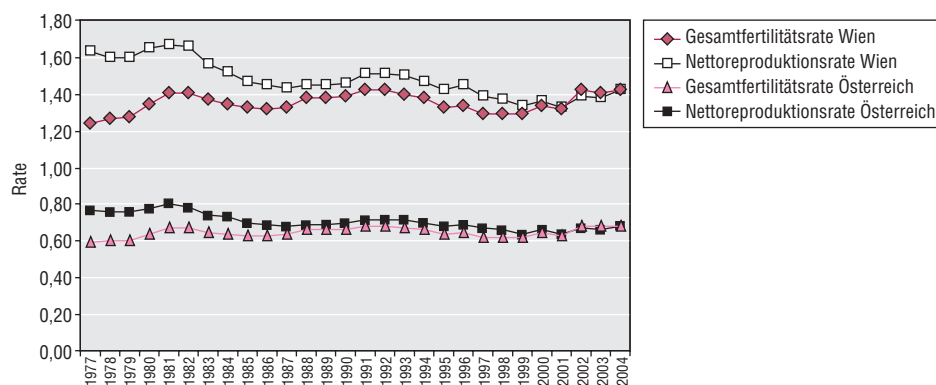
Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 59.

⁶² Die Angaben beziehen sich auf Lebendgeborene.

Während Wien im österreichischen Vergleich lange Zeit eines der niedrigsten Geburtenniveaus hatte, scheint sich nunmehr eine gewisse Trendwende abzuzeichnen. Die **Gesamtfertilitätsrate**, welche angibt, wie viele lebendgeborene Kinder eine Frau zur Welt bringen würde, wenn im Laufe ihres Lebens dieselben altersspezifischen Fertilitätsverhältnisse herrschen würden wie im betreffenden Kalenderjahr (jedoch ohne die Sterblichkeit der Frau zu berücksichtigen), war

2004 in Wien mit 1,41 gleich hoch wie jene des gesamten Bundesgebiets. Nur Vorarlberg (1,56), Oberösterreich (1,51) und Niederösterreich (1,46) verzeichneten höhere Werte. Hingewiesen sei auf die Tatsache, dass auch die gegenwärtige Gesamtfertilität in Wien keinesfalls ausreicht, um die Elterngeneration vollständig zu ersetzen. Hierfür wären im Durchschnitt 2,10 Kinder pro Frau notwendig, ein Wert, der seit der Zeit der Monarchie nicht mehr erreicht wurde.⁶³

Grafik 3.5: Gesamtfertilitäts- und Nettofortproduktionsrate in Wien und Österreich 1977 bis 2004



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 60.

Die **Nettofortproduktionsrate** gibt an, wie viele lebendgeborene Töchter eine Frau zur Welt bringen würde, wenn im Laufe ihres Lebens dieselben altersspezifischen Fertilitäts- und Sterblichkeitsverhältnisse herrschen würden wie in dem betreffenden Kalenderjahr.⁶⁴ Sie lag in Wien im Jahr 2004 bei 0,68 und damit im österreichischen Durchschnitt. Lediglich Vorarlberg (0,75), Oberösterreich (0,73) und Niederösterreich (0,70) erzielten höhere Werte.

Das **Durchschnittsalter der Frauen** die im entsprechenden Jahr eine Lebendgeburt hatten, ist in Wien im letzten Jahrzehnt um 1,3 Jahre gestiegen. Während es 1995 noch bei 28,2 Jahren lag, betrug es im Jahr 2004 29,5 Jahre. Dieser Anstieg ist nicht zuletzt auf steigende Zahlen und Anteile von Gebärenden, die 30 Jahre oder

älter sind, zurückzuführen. Während im Jahr 1996 in Wien 38,9 Prozent der Gebärenden 30 Jahre oder älter waren, waren es im Jahr 2004 bereits 48,2 Prozent. Im gesamten Bundesgebiet waren im Jahr 1996 35,4 Prozent der Gebärenden 30 Jahre oder älter, im Jahr 2004 46,5 Prozent.

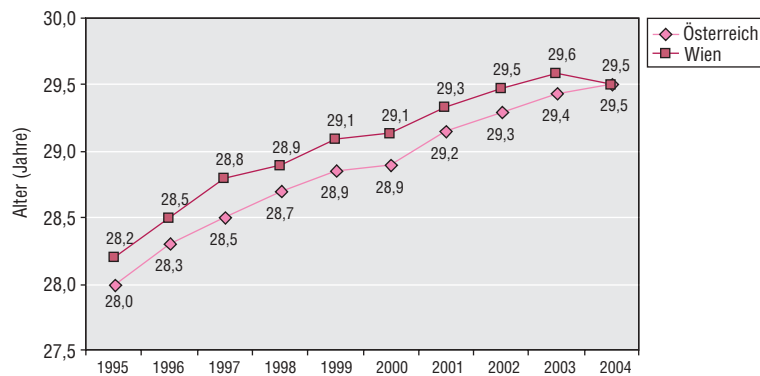
Das Durchschnittsalter der Gebärenden war in Wien im Jahr 2004 (mit 29,5 Jahren) gleich hoch wie im gesamten Bundesgebiet. Am höchsten war es in Tirol (29,8 Jahre), am niedrigsten in Oberösterreich (29,2 Jahre). Der Anstieg des Durchschnittsalters der Mutter bei der Geburt betrug in Wien im letzten Jahrzehnt (seit 1994) 1,5 Jahre, am stärksten war der Anstieg – ausgehend von einem niedrigen Niveau – im Burgenland (2,2 Jahre).⁶⁵

⁶³ STADT WIEN (1996), S. 24.

⁶⁴ Die Nettofortproduktionsrate gibt also Auskunft darüber, inwieweit bei Fortdauern der in der Berichtsperiode herrschenden Sterblichkeits- und Fertilitätsverhältnisse eine Müttergeneration durch Töchter ersetzt wird. Der Wert 1 bedeutet, dass die Fertilität ausreicht, um die Müttergeneration vollständig zu ersetzen.

⁶⁵ STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 62.

Grafik 3.6: Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt in Wien und Österreich 1995 bis 2004



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 62.

Auch die **erste Geburt** verlagert sich zunehmend in ein höheres Alter. Das durchschnittliche Alter der Mutter bei der Geburt ihres ersten Kindes lag in Wien 2004 mit 28,7 Jahren etwas unter dem österreichischen Durchschnitt (28,8 Jahre). Das Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes unterscheidet sich je nach Familienstand: Ledige Frauen sind bei der Geburt ihres ersten Kindes jünger als verheiratete, aber auch bei dieser Gruppe steigt das Gebäralter. Lediglich 0,05 Prozent der Lebendgeborenen hatten im Jahr 2003 eine unter 15-jährige Mutter, 5,3 Prozent hatten eine unter 20-jährige Mutter (in Österreich waren es 0,02 bzw. 4,1 Prozent). Nachzuweisen sind Zusammenhänge zwischen Qualifikation und Alter der Erstgebärenden: Je höher

die Schulbildung desto mehr verlagert sich das Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes nach hinten.

In Wien ist der Anteil **kinderloser Frauen** deutlich höher als in den anderen Bundesländern. Laut Mikrozensus 2001 zu Familienstrukturen und Familienbildung⁶⁶ hat in Wien ca. ein Viertel (24,1 Prozent) der Frauen ab 40 Jahren in Privathaushalten keine Kinder, während es in den anderen Bundesländern lediglich zwischen 8,8 Prozent (Burgenland) und 13,3 Prozent (Niederösterreich) sind. Kohortenvergleiche lassen zudem vermuten, dass die Zahl kinderloser Frauen in Zukunft weiter steigen wird.

Tabelle 3.3: Zahl der Kinder (Frauen im Alter von 40 und mehr Jahren) 2001 nach Bundesland

Bundesland	Frauen im Alter von 40 und mehr Jahren in Privathaushalten (gültige Fälle)					durchschnittliche Zahl der Kinder
	keine Kinder	ein Kind	zwei Kinder	drei Kinder	vier oder mehr Kinder	
	Prozent					
Burgenland	8,8	18,9	40,1	20,7	11,5	2,15
Kärnten	12,2	18,9	34,9	18,0	16,0	2,22
Niederösterreich	13,2	24,7	33,7	17,0	11,4	1,99
Oberösterreich	11,3	17,7	32,8	21,4	16,8	2,28
Salzburg	10,8	20,7	34,5	18,5	15,5	2,19
Steiermark	13,0	20,6	33,9	17,0	15,5	2,15
Tirol	12,4	18,7	31,1	19,1	18,7	2,31
Vorarlberg	12,9	14,2	32,3	19,3	21,3	2,40
Wien	24,1	31,6	29,6	9,8	4,9	1,44
Österreich	14,6	22,6	32,7	16,7	13,4	2,02

Quelle: Mikrozensus September 2001; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2003a), S. 288 ff.

⁶⁶ STATISTIK AUSTRIA (2003a), S. 288 ff.

Die **Unehelichenquote** (Anteil der unehelich Lebendgeborenen an allen Lebendgeborenen) zeigt in Wien eine steigende Tendenz.⁶⁷ Während sie im Jahr 1994 bei 23,8 Prozent lag, betrug sie im Jahr 2004 29,3 Prozent. Im gesamten Bundesgebiet war sie mit 35,9 Prozent deutlich höher. Hier liegt einer der Unterschiede im Bereich des generativen Verhaltens zwischen Wien und dem gesamten Bundesgebiet. Auch im Jahr 2004 waren die Unehelichenquoten traditionellerweise in Kärnten (50,4 Prozent) und der Steiermark (45,9 Prozent) am höchsten. Tirol, Salzburg (je 39,0 Prozent) und Oberösterreich (38,6 Prozent) lagen ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt. Neben Wien (29,3 Prozent) lagen auch Vorarlberg (29,7 Prozent), Niederösterreich (29,2 Prozent) und das Burgenland (28,2 Prozent) unter dem Bundesdurchschnitt. Im europäischen Vergleich hat Österreich eine überdurchschnittlich hohe Unehelichenquote (wie Frankreich, Großbritannien und die skandinavischen Länder), ausgesprochen gering ist sie in Südeuropa und der Schweiz. Eine nichteheliche Geburt bedeutet nicht, dass das Kind auf Dauer nur mit der Mutter aufwächst, sondern meist heiraten die Eltern innerhalb der ersten drei Lebensjahre des Kindes.

3.4 Eheschließungen und -scheidungen

2004 wurden in Wien 10.703 Ehen geschlossen, das sind 6,6 **Eheschließungen** je 1.000 EinwohnerInnen. Das mittlere Heiratsalter (Median) der Braut (30,5 Jahre) und des Bräutigams (33,3 Jahre) sind in Wien etwas höher als im gesamten Bundesgebiet, wo es bei der Braut bei 29,6 Jahren und beim Bräutigam bei 32,6 Jahren liegt. Frauen heiraten im Durchschnitt zur Zeit um 2,8 Jahre früher als Männer, daher steigt die weibliche Verheiratetenquote im Altersvergleich auch rascher als jene der Männer. Im Jahr 2001 war in Wien im Alter von 29 Jahren bereits jede zweite Frau verheiratet (gewesen). Dagegen überschreiten die Männer die 50-Prozent-Schwelle erst mit 32 Jahren.⁶⁹ Festzustellen ist ein kontinuierlicher Anstieg des Erstheiratsalters, während die Altersdifferenz zwischen den Geschlechtern nahezu gleich blieb. 2001 wurde die 50-Prozent-Schwelle bei Frauen und Männern erst um drei Jahre später erreicht als 1991. Auch bleiben zunehmend mehr Menschen zeitlebens unverheiratet. Der langfris-

Neben partnerschaftlichen Bedingungen spielt für Frauen bei der Frage „Kinder oder keine“ auch die **Qualifikation** eine Rolle. Nach Ergebnissen des Mikrozensus hatten 2001 in Österreich von den Frauen im Alter von 40 und mehr Jahren 23,3 Prozent der Hochschulabsolventinnen keine Kinder, der entsprechende Anteil bei den Frauen mit Pflichtschulbildung bzw. Lehrabschluss lag lediglich bei 11,8 Prozent bzw. 14,1 Prozent.⁶⁸ Probleme der Vereinbarkeit von beruflicher Karriere und Kindererziehung dürften bei der Entscheidung gegen eine Mutterschaft eine nicht unerhebliche Rolle spielen.

Frauen, die sich für die Mutterschaft entscheiden, favorisieren ein **Familienmodell** mit zwei Kindern. In der Realität überwiegt jedoch in Wien in der angesprochenen Befragtenpopulation das Ein-Kind-Modell. Die durchschnittliche Kinderzahl ist in Wien (mit 1,44 Kindern) ebenfalls deutlich niedriger als im österreichischen Durchschnitt (2,02 Kinder) und in den anderen Bundesländern.

tig rückläufige Heiratstrend führt zu höheren Zahlen bzw. Anteilen lediger Erwachsener. Die im Vergleich zu den Männern geringere Zahl lediger Frauen ist primär durch das frühere Erstheiratsalter der Frauen bedingt, sekundär auch eine Folge der Ausländerstruktur mit einem Überwiegen lediger männlicher Ausländer. Etwa die Hälfte der Geschlechterdifferenz bei den Ledigen ist darauf zurückzuführen.

Die Entscheidung zur Ehe und das Eheschließungsalter sind u. a. bildungsabhängig: Frauen (und Männer) mit Hochschulreife weisen bedeutend höhere Ledigenquoten auf als Frauen mit Hauptschul- oder Lehrabschluss.

Die Zahl der **Ehescheidungen** ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2004 wurden in Wien 5.794 Ehen rechtskräftig geschieden, das sind 3,6 Ehescheidungen je 1.000 EinwohnerInnen. Ca. 90

⁶⁷ STATISTIK AUSTRIA (2005f), S. 72.

⁶⁸ STATISTIK AUSTRIA (2003a), S. 291.

⁶⁹ STATISTIK AUSTRIA (2004), S. 15.

Prozent der Ehescheidungen erfolgen im beiderseitigen Einvernehmen (§55a Ehegesetz). Wien liegt mit einer **Gesamtscheidungsrate** von 60,1 Prozent im österreichischen Spitzenfeld, gefolgt von Niederösterreich (46,6 Prozent). Bei einem Anhalten des aktuellen Scheidungsverhaltens ist damit zu rechnen, dass in Wien 60 von 100 gegenwärtig geschlossenen Ehen vor dem Scheidungsrichter enden. In allen anderen Bundesländern liegt die Gesamtscheidungsrate unter dem österreichischen Durchschnitt (46,1 Prozent), am niedrigsten ist sie in Tirol (36,7 Prozent) und Kärnten (36,5 Prozent).

2004 waren in Wien 3.592 Minderjährige von Scheidung der Eltern betroffen. Die Kinder leben nach der Trennung in der überwiegenden Zahl der Fälle bei den Müttern. Im Schnitt hatten die in Wien im Jahr 2004 geschiedenen Ehepaare 0,8 Kinder, das sind deutlich weniger als im österreichischen Durchschnitt (1,07). Am höchsten war die durchschnittliche Zahl der Kinder pro geschiedener Ehe in Salzburg (1,26).

Tabelle 3.4: Ehescheidungen und Kinder aus geschiedenen Ehen 2004 nach Bundesland

Bundesland	Ehescheidungen		Kinder		Gesamtscheidungsrate** in %
	absolut	Veränderung zum Vorjahr in %	unter 18 Jahren	pro geschiedene Ehe*	
Burgenland	535	7,0	483	1,23	39,4
Kärnten	997	-8,3	872	1,15	36,5
Niederösterreich	3.781	-0,2	3.222	1,16	46,6
Oberösterreich	2.793	3,1	2.458	1,20	40,2
Salzburg	1.104	-9,1	1.019	1,26	41,7
Steiermark	2.565	6,0	2.034	1,16	42,2
Tirol	1.246	-1,1	1.224	1,24	36,7
Vorarlberg	775	-8,9	703	1,24	43,0
Wien	5.794	10,6	3.592	0,80	60,1
Österreich	19.590	2,7	15.607	1,07	46,1

* Arithmetisches Mittel der von Ehescheidungen betroffenen Kinder aller Altersstufen.

** Ehescheidungen bezogen auf jene Eheschließungsjahrgänge, aus denen sie stammen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005c).

Von den im Jahr 2002 in Wien geschiedenen Ehen hat nahezu jede vierte (24,2 Prozent) weniger als drei Jahre bestanden, ein Drittel (31,2 Prozent) weniger als 5 Jahre und ca. 60 Prozent (58,1 Prozent) weniger als 10 Jahre. 7,6 Prozent der Geschiedenen hatten eine Ehedauer von 25 oder mehr Jahren hinter sich. Obwohl Trennung

oder Scheidung vom Partner von vielen Frauen als belastend empfunden wird und oftmals eine Veränderung von gesicherten finanziellen Verhältnissen in instabile Lebenslagen mit sich bringt, reichen mehr Frauen als Männer die Scheidung ein. Die Mehrzahl der geschiedenen Frauen geht erneut eine Ehe ein.

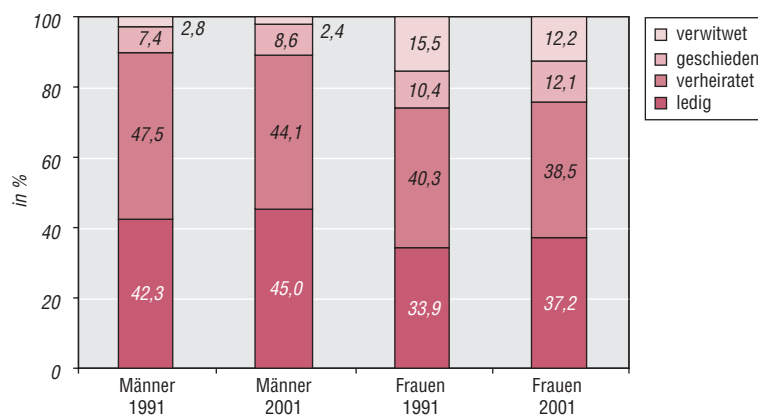
3.5 Formen des Zusammenlebens

Ebenso wie die Familienstände gewähren auch Haushaltsstrukturen wichtige Einblicke in die bevorzugten und sozial akzeptierten Formen des Zusammenlebens. Allerdings bleiben auch demografische Entwicklungen und Gegebenheiten (wie die Altersverteilung) nicht ohne Einfluss auf die Möglichkeiten des Zusammenlebens bzw. die Struktur der Privathaushalte.

3.5.1 Familienstand

Nach den Ergebnissen der Volkszählung 2001 sind in Wien 37,2 Prozent (304.216) der Frauen ledig,⁷⁰ 38,5 Prozent (315.537) verheiratet, 12,1 Prozent (98.835) geschieden und 12,2 Prozent (100.191) verwitwet. Bei den Männern sind Zahl und Anteile Verheirateter und Lediger höher (Verheiratete: 44,1 Prozent bzw. 322.502; Ledige: 45,0 Prozent bzw. 328.765), jene Geschiedener (8,6 Prozent bzw. 62.656) und Verwitweter (2,4 Prozent bzw. 17.421) niedriger.

Grafik 3.7: Familienstandsquoten in Wien 1991 und 2001 nach Geschlecht



Quelle: Volkszählung 1991 und 2001; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005a); eigene Berechnungen.

Seit der Volkszählung 1991 sind die Anteile der ledigen und geschiedenen Frauen (und Männer) gestiegen, jene der verheirateten und verwitweten haben sich verringert. Insbesondere bei den verwitweten Frauen waren deutliche Rückgänge zu verzeichnen: Die Zahl der Witwer sank seit 1991 um 13 Prozent, jene der Witwen hingegen um 21 Prozent. Verantwortlich für die Rückgänge bei den Witwen ist, dass die Kohorten mit den stärksten Kriegsverlusten (Kriegerwitwen) sterben. Dennoch gibt es in Wien etwa fünfmal so viele Witwen wie Witwer. Dies hängt damit zusammen, dass Frauen im Durchschnitt jünger als ihre Ehepartner sind und eine höhere Lebenserwartung haben. Dazu kommt, dass

Männer nach dem Tod ihrer Partnerin häufiger als Frauen nach dem Tod ihres Partners wieder heiraten. Der Geschiedenen-Anteil erhöhte sich zwischen 1991 und 2001 bei den Männern von 7,4 Prozent auf 8,6 Prozent, bei den Frauen von 10,4 Prozent auf 12,1 Prozent. Die Zahl der geschiedenen Wienerinnen übersteigt jene der geschiedenen Wiener um nahezu drei Fünftel (58 Prozent). Mitverantwortlich dafür sind die häufigere Wiederverheiratung der Männer und die höhere Lebenserwartung der Frauen.

Wien hatte im Jahr 2001⁷¹ die von allen Bundesländern niedrigste Verheiratetenquote (48,2 Prozent). Am

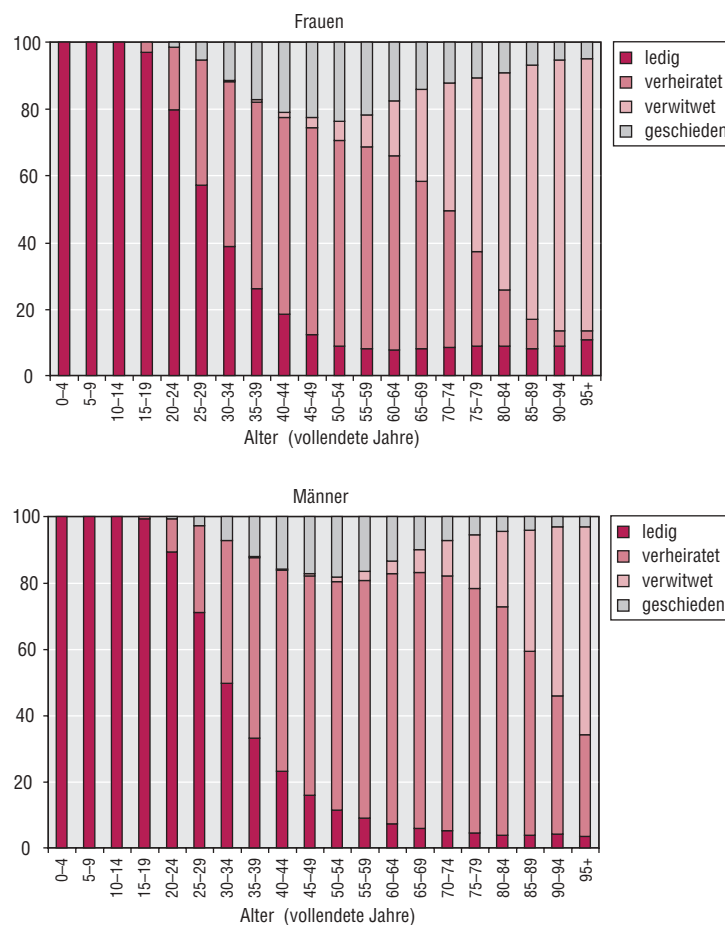
⁷⁰ Bezogen auf die Bevölkerung ab 15 Jahren betrug der Anteil der Ledigen in Wien im Jahr 2001 bei den Frauen 27 Prozent, bei den Männern 35 Prozent.

höchsten sind die Anteile der Verheirateten im Burgenland (57,7 Prozent) und Niederösterreich (57,1 Prozent). Das Burgenland weist auch den höchsten Anteil verwitweter Personen (10,3 Prozent) auf. Wien liegt mit 8,9 Prozent Verwitweten etwa im österreichischen Durchschnitt (8,6 Prozent), die geringsten Anteile haben Vorarlberg (6,5 Prozent) und Tirol (7,0 Prozent). Der Anteil der Geschiedenen ist in Wien am höchsten, im Burgenland (5,0 Prozent) und Tirol (5,9 Prozent) am niedrigsten.

Auch in Wien ist die Ehe die nach wie vor vorherrschende Lebensform erwachsener Frauen und Männer. Allerdings gibt es je nach Lebensalter deutliche Unterschiede im Familienstand zwischen Frauen und Männern. Während im jüngeren Alter Frauen häufiger als

Männer verheiratet sind, sind ab dem Alter von 40 Jahren Männer häufiger verheiratet. Umgekehrt verhält es sich bei den Ledigen: In den jüngeren Altersgruppen sind Frauen seltener als Männer ledig, im höheren Alter die Männer. So waren z. B. in Wien im Jahr 2001 von den 35- bis 39-Jährigen 26,0 Prozent der Frauen und 33,0 Prozent der Männer ledig, dagegen waren es von den 75- bis 79-Jährigen 8,8 Prozent der Frauen und 4,3 Prozent der Männer. Die Anteile der Verwitweten nehmen, insbesondere bei Frauen, mit dem Alter deutlich zu. Im Alter zwischen 65 und 69 Jahren waren im Jahr 2001 in Wien 27,3 Prozent der Frauen, aber nur 6,9 Prozent der Männer verwitwet, in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen waren es bereits mehr als die Hälfte der Frauen (51,9 Prozent), aber nur 16,3 Prozent der Männer.

Grafik 3.8: Wohnbevölkerung mit Hauptwohnsitz Wien 2001 nach Familienstand, Alter und Geschlecht



Quelle: Volkszählung 2001; zitiert nach REFERAT STATISTIK UND ANALYSE (Magistratsabteilung 5); eigene Berechnungen.

⁷¹ Bezogen auf die Bevölkerung ab 15 Jahren. Zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2003), S. 12.

3.5.2 Haushalte

Ein Privathaushalt besteht nach Definitionen des Mikrozensus entweder „aus einer einzelnen Person, die eine Wohnung oder Teile einer Wohnung benützt und eine eigene Hauswirtschaft führt, oder aus zwei oder mehreren Personen, die gemeinsam eine Wohnung oder Teile einer Wohnung benützen und eine gemeinsame Hauswirtschaft führen“.⁷²

Laut Mikrozensus gab es im Jahr 2003 (Jahresdurchschnitt) in Wien 795.600 Privathaushalte. 359.400 Haushalte in Wien (45,2 Prozent) sind Einpersonenhaushalte. Im gesamten Bundesgebiet bestehen weniger als ein Drittel der Haushalte nur aus einer Person (31,6 Prozent), im Burgenland, wo der Anteil an Einpersonenhaushalten am niedrigsten ist, nur ca. ein Viertel (24,2 Prozent). Wien weist mit 1,97 Personen je Haushalt die von allen Bundesländern geringste durchschnittliche Haushaltsgröße auf (Österreich: 2,42 Personen je Haushalt).

Tabelle 3.5: Privathaushalte 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Bundesland und Haushaltsgröße

Bundesland	Haushalte gesamt	Einpersonenhaushalte			Mehrpersonenhaushalte					durch- schnittliche Haushalts- größe
		gesamt	Frauen	Männer	gesamt	davon mit ... Personen				
						2	3	4	5+	
Absolutzahlen (in 1.000)										
Burgenland	104,0	25,2	15,3	9,9	78,8	30,0	20,3	18,6	9,9	2,64
Kärnten	218,3	63,8	40,5	23,3	154,5	61,4	34,6	38,8	19,6	2,54
Niederösterreich	601,0	152,8	96,8	56,0	448,2	187,7	113,3	93,6	53,6	2,56
Oberösterreich	540,6	154,6	94,3	60,4	386,0	152,6	92,5	93,6	47,2	2,53
Salzburg	209,7	63,3	38,8	24,5	146,4	62,1	32,9	35,8	15,6	2,45
Steiermark	454,6	125,3	74,4	51,0	329,3	128,1	84,7	67,0	49,5	2,59
Tirol	263,2	71,1	46,3	24,7	192,1	74,2	47,2	48,7	22,0	2,57
Vorarlberg	135,1	35,7	21,1	14,7	99,4	38,1	22,1	25,8	13,3	2,62
Wien	795,6	359,4	200,5	158,9	436,2	240,4	101,4	65,6	28,8	1,97
Österreich	3.322,1	1.051,3	627,9	423,3	2.270,8	974,7	549,1	487,5	259,6	2,42

Quelle: Mikrozensus, Jahresergebnisse 2003; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005b), S. 258.

In mehr als der Hälfte (55,8 Prozent) der Singlehaushalte in Wien leben Frauen. Die in Einpersonenhaushalten lebenden Frauen und Männer unterscheiden sich erheblich in ihrer Altersstruktur. Während von den in Einpersonenhaushalten lebenden Frauen 18,7

Prozent unter 35 Jahre und 28,4 Prozent 75 Jahre oder älter sind, sind von den in Einpersonenhaushalten lebenden Männern 34,1 Prozent unter 35 Jahre und nur 6,5 Prozent 75 Jahre oder älter.

⁷² Anstaltshaushalte sind in den folgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

Tabelle 3.6: Personen in Einpersonenhaushalten in Wien 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	gesamt	Frauen	Männer
	Einpersonenhaushalte in 1.000		
	359,4	158,9	200,5
	Prozent		
gesamt	100	100	100
bis 24	5,8	4,3	7,6
25 bis 34	19,8	14,4	26,5
35 bis 44	17,3	10,8	25,3
45 bis 54	12,3	9,6	15,7
55 bis 64	15,4	17,9	12,3
65 bis 74	10,8	14,6	6,0
75 und mehr	18,7	28,4	6,5

Quelle: Mikrozensus 2003, Jahresergebnisse; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005b), S. 259; eigene Berechnungen.

3.5.3 Familientypen, Leben mit Kindern

Laut Volkszählung 2001 gibt es in Wien 407.976 Familien, d. h. in Ehe oder Lebensgemeinschaft Lebende mit und ohne Kinder bzw. Elternteile mit Kindern. 41,9 Prozent der Familien (236.946) haben Kinder, 35,5 Prozent (144.632) haben Kinder unter 15 Jahren. Der überwiegende Teil der Familien mit Kindern (57,3 Prozent) sind Verheiratete, 35,3 Prozent sind Alleiner-

zieherInnen, 7,4 Prozent nichteheliche Lebensgemeinschaften. Unter den Familien mit Kindern unter 15 Jahren ist der Anteil der AlleinerzieherInnen (27,8 Prozent) geringer, jener der in nichtehelichen Lebensgemeinschaften Lebenden etwas höher (9,9 Prozent). Der überwiegende Teil der Alleinerziehenden (83,9 Prozent der Alleinerziehenden bzw. 88,9 Prozent der Alleinerziehenden mit Kindern unter 15 Jahren) sind Frauen.

Tabelle 3.7: Familientypen und Kinder in Wien 2001

Familientyp	Familien								Kinder ... absolut	
	gesamt absolut	ohne Kinder absolut	mit Kindern ...						aller Altersgruppen	unter 15 Jahren
			aller Altersgruppen		unter 15 Jahren		4 u. mehr Kinder absolut			
			absolut	%	absolut	%	alle Altersgruppen	unter 15 Jahre		
Ehepaar	274.162	138.469	135.693	57,3	90.172	62,3	4.190	2.081	227.497	147.141
Lebensgemeinschaft	50.174	32.561	17.613	7,4	14.250	9,9	373	217	26.504	20.577
allein erziehende Mutter	70.166	–	70.166	29,6	35.727	24,7	834	369	95.653	49.143
allein erziehender Vater	13.474	–	13.474	5,7	4.483	3,1	94	31	17.185	5.968
gesamt	407.976	171.030	236.946	100	144.632	100	5.491	2.698	366.839	222.829

Quelle: Volkszählung 2001; zitiert nach REFERAT STATISTIK UND ANALYSE (Magistratsabteilung 5); eigene Berechnungen.

Ca. die Hälfte (47,9 Prozent) der allein erziehenden Frauen⁷³ in Wien ist geschieden, ca. ein Viertel (23,9 Prozent) ledig, 13,3 Prozent sind verheiratet, aber ge-

trennt lebend und 14,9 Prozent verwitwet. Mutter-Kind-Familien sind demnach die häufigste Lebensform nach dem Scheitern einer Ehe. Wien hat nicht nur hö-

⁷³ Der Mikrozensus weist im Jahresdurchschnitt 2003 deutlicher weniger Alleinerzieherinnen als die Volkszählung 2001 aus.

here Anteile an nichtehelichen Lebensgemeinschaften und AlleinerzieherInnen als die anderen Bundesländer, auch der Anteil der geschiedenen Alleinerzieherinnen ist hier deutlich höher als im gesamten Bundesgebiet.

Der Anstieg der Ehescheidungen und der nichtehelichen Geburten lässt erwarten, dass die Zahl der Alleinerziehenden weiter zunimmt und dass sich die Gründe für das Alleinerziehen verschieben.

Tabelle 3.8: Alleinerzieherinnen 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Bundesland und Familienstand

Bundesland	gesamt in 1.000	Familienstand			
		ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden
		(Zeilen)prozent			
Burgenland	8,2	14,6	8,5	45,1	30,5
Kärnten	19,0	37,9	10,5	27,4	24,2
Niederösterreich	42,0	21,9	11,0	35,5	31,9
Oberösterreich	36,2	30,1	7,2	32,9	29,8
Salzburg	15,6	32,1	7,7	25,6	35,3
Steiermark	37,1	28,6	8,6	30,2	32,3
Tirol	17,4	26,4	11,5	33,9	28,2
Vorarlberg	11,5	24,3	7,8	28,7	39,1
Wien	56,4	23,9	13,3	14,9	47,9
Österreich	243,3	26,7	10,2	28,1	35,1

* Rundungsfehler möglich.

Quelle: Mikrozensus Jahresergebnisse 2003; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005b), S. 282; eigene Berechnungen.

3.6 Qualifikation und Erwerbstätigkeit

3.6.1 Bildung

Frauen haben nach wie vor ein niedrigeres Bildungsniveau als Männer, auch Wien ist hier keine Ausnahme: 37,8 Prozent der Frauen in Wien haben Pflichtschulbildung im Vergleich zu 28,0 Prozent der Männer. Frauen haben zwar häufiger als Männer einen Abschluss einer Berufsbildenden mittleren Schule sowie einer Berufs- und Lehrerbildenden Akademie, verfügen jedoch seltener als Männer über den Abschluss einer Lehre, einer Berufsbildenden höheren Schule oder einer Universität bzw. (Fach-)Hochschule. Anzumerken ist, dass jüngere Frauen deutlich höheres Bildungsniveau als ältere haben und sich unter den Jüngeren das Bildungsniveau zwischen den Geschlechtern zunehmend angleicht.⁷⁴ So etwa ist die Akademikerinnenquote (Anteil der Frauen mit Universitäts- bzw. (Fach)Hochschulabschluss in Prozent der weiblichen Bevölkerung von 15 und mehr Jahren) in Wien von 5,1 Prozent im Jahr 1991 auf 8,7 Prozent im Jahr 2001 gestiegen, die Akademi-

kerquote jedoch lediglich von 9,5 Prozent auf 12,3 Prozent. Das ergibt bei den Frauen eine Zunahme von 70,1 Prozent, bei den Männern (ausgehend von einem höheren Niveau) von 29,5 Prozent. Im gesamten Bundesgebiet ist der Anteil der Akademikerinnen im Vergleichszeitraum von 2,6 Prozent auf 4,5 Prozent, jener der Akademiker von 5,5 Prozent auf 7,2 Prozent gestiegen.⁷⁵

In Wien ist das Bildungsniveau der Frauen (und Männer) höher als im gesamten Bundesgebiet. Frauen in Wien haben seltener Pflichtschulbildung und häufiger einen Abschluss einer Allgemeinbildenden Schule sowie einer Universität bzw. (Fach)hochschule. Gleiches trifft im Prinzip auch für das Kolleg zu, fällt aber aufgrund der geringeren Anteile weniger ins Gewicht. In den verbleibenden Bildungsbereichen bestehen kaum Unterschiede zwischen Wien und dem gesamten Bundesgebiet.

⁷⁴ STATISTIK AUSTRIA (2005b), S. 15.

⁷⁵ STATISTIK AUSTRIA, Volkszählung 1991 und 2001; zitiert nach <http://www.statistik.at/gz/akademiker.pdf>

Tabelle 3.9: Höchste abgeschlossene Schulbildung (Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren) in Wien 2001 nach Geschlecht

höchste abgeschlossene Schulbildung	Wien		Österreich	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	Prozent			
Allgemeinbildende Pflichtschule	37,8	28,0	43,6	27,0
Lehrlingsausbildung	21,3	37,0	22,9	45,9
Berufsbildende mittlere Schule	14,9	5,5	15,8	7,0
Allgemeinbildende höhere Schule	9,1	8,8	5,3	5,1
Berufsbildende höhere Schule	5,1	7,1	5,0	6,5
Kolleg	0,8	0,6	0,6	0,4
Berufs- und lehrerbildende Akademie	2,2	0,6	2,5	0,8
Universität, (Fach)Hochschule	8,7	12,3	4,5	7,2
gesamt	100	100	100	100

Quelle: Volkszählung 2001; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2004a), S. 115; eigene Berechnungen.

Wie eine Studie des Instituts für Höhere Studien (IHS) zeigt, verfügen erwerbstätige Frauen über eine höhere Qualifikation als nicht erwerbstätige. Dieser Befund scheint weitgehend unabhängig von regionalen Einflüssen und trifft nicht nur für Wien, sondern das gesamte Bundesgebiet zu. Die Unterschiede in den **Qualifikationsprofilen** zwischen **erwerbstätigen Frauen** in Wien und dem Bundesgebiet sind ähnlich wie die Unterschiede in den Qualifikationsprofilen insgesamt. Die Differenzen im Bereich der Pflichtschulbildung sind zwar tendenziell etwas geringer, in anderen Bereichen sind jedoch die Unterschiede etwas ausgeprägter. Dazu zählen einerseits die Hochschulausbildung und andererseits die Lehre. Frauen, die nach Wien kommen, um hier zu studieren, verbleiben nach Abschluss ihres Studiums zum Teil in Wien. Die Wirtschaftsstruktur Wiens, mit einem hohen Anteil an hoch qualifizierten Berufen, bietet mehr Möglichkeiten, einen der Ausbildung angemessenen Job zu finden. Im Bereich der Lehre ist hingegen ein entgegengesetzter Entwick-

lungsprozess zu erkennen. Hier findet sich (ähnlich wie auch im Bereich Berufsbildender mittlerer Schulen) mittlerweile ein eindeutig höherer Anteil unter den erwerbstätigen Frauen in den Bundesländern, während Wien bei den Abschlüssen Berufsbildender höherer Schulen über dem Bundesdurchschnitt liegt. Dies deutet darauf hin, dass in Wien bei Frauen im Bereich der berufsbildenden Ausbildung eine Tendenz zur Bevorzugung höherer Ausbildungsstufen (Berufsbildende höhere Schule) gegenüber niedrigeren (Lehre und Berufsbildende mittlere Schule) besteht.⁷⁶

3.6.2 Erwerbsbeteiligung

Wien weist die von allen Bundesländern höchste Erwerbsbeteiligung von Frauen auf. Dagegen hat Wien bei den Männern nur die fünfthöchste Erwerbsquote. Die insgesamt hohe Erwerbsquote in Wien ist vor allem der hohen Frauenerwerbsquote zuzuschreiben.

⁷⁶ PRENNER, SCHEIBELHOFER (2001), S. 38 ff.

Tabelle 3.10: Erwerbsquote (Labour Force Konzept) 2001 nach Bundesland und Geschlecht

Bundesland	standardisierte Erwerbsquote* (Labour Force Konzept**); %		
	Frauen	Männer	gesamt
Burgenland	41,2	56,5	48,7
Kärnten	39,2	55,0	46,9
Niederösterreich	43,5	57,6	50,4
Oberösterreich	42,4	56,7	49,4
Salzburg	43,5	57,4	50,2
Steiermark	41,3	56,0	48,4
Tirol	40,9	57,5	48,9
Vorarlberg	41,2	58,5	49,7
Wien	45,6	57,1	51,1
Österreich	42,7	57,0	49,6

* Anteil der Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Arbeitslose) an der Gesamtbevölkerung. Mit Hilfe der Standardisierung sollen Unterschiede zwischen den Bundesländern, die auf den Altersaufbau zurückgehen, ausgeschaltet werden. Standardbevölkerung ist hier die Bevölkerung Gesamtösterreichs.

** Nach dem Labour-Force-Konzept (LFS) gelten laut Internationaler Arbeitsorganisation (ILO) jene Personen als „erwerbstätig“, die in der Vorwoche eine bezahlte Tätigkeit im Ausmaß von mindestens einer Stunde tatsächlich ausgeübt haben oder als mithelfende Familienangehörige gearbeitet haben oder einen Arbeitsplatz als Unselbständige oder Selbständiger oder mithelfende Familienangehörige hatten, aber wegen Karenz, Urlaub, Krankheit und dgl. die Arbeit nicht ausüben konnten sowie alle Präsenz- bzw. Zivildienstler.

Quelle: Volkszählung 2001; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005a), S. 21 ff.

Die Frauenerwerbsquote ist in Wien im letzten Jahrzehnt gestiegen, wobei allerdings Teilzeitbeschäftigung eine zunehmend bedeutsamere Rolle spielt. Ähnliches

dürfte auch für geringfügige Beschäftigung gelten. Bei Männern sind diese Arbeitszeitformen, obwohl ebenfalls im Zunehmen begriffen, wesentlich seltener.

Tabelle 3.11: Kennziffern zur Erwerbstätigkeit in Wien 1991 und 2001 nach Geschlecht

Kennziffern zur Erwerbstätigkeit	Frauen			Männer		
	1991	2001	2001	1991	2001	2001
	Lebensunterhaltskonzept*		inkl. geringfügig erwerbstätig**	Lebensunterhaltskonzept*		inkl. geringfügig erwerbstätig**
Gesamtbevölkerung	825.323	818.779	818.779	714.525	731.344	731.344
Erwerbspersonen***	354.059	365.842	382.526	420.411	423.942	434.506
Erwerbstätige zusammen	320.624	327.757	345.901	381.923	371.848	383.744
Vollzeit****	264.972	261.308	259.049	377.599	365.516	378.255
Teilzeit*****	55.652	66.449	66.646	11.484	17.175	17.522
Geringfügige**	–	–	20.206	–	–	11.996
Arbeitslose	33.435	38.085	36.625	38.488	52.094	50.762
Allgemeine Erwerbsquote (ohne Alterseinschränkung)	42,9	44,7	46,7	58,8	58,8	59,4
Erwerbsquote 15–64 Jahre	66,0	66,8	69,6	81,1	80,1	81,8
Erwerbsquote 15–59 Jahre	71,3	72,6	75,4	–	–	–

¹ Erwerbstätig nach dem Lebensunterhaltskonzept sind Personen, die einer bezahlten Tätigkeit von mindestens 12 Wochenstunden nachgehen (Selbständige und mithelfende Familienangehörige, Präsenz- und Zivildienstler sowie Karenzurlaubende eingeschlossen). Personen mit geringfügiger Beschäftigung (unter 12 Wochenstunden) werden hier nicht zu den Erwerbstätigen gerechnet.

² Nur 2001: Erwerbstätige mit einer Arbeitszeit von 1 bis 11 Wochenstunden.

³ Erwerbstätige und Arbeitslose.

⁴ Einschließlich Präsenz-, Zivildienst, Elternkarenz.

⁵ Als Teilzeit galt 2001 eine wöchentliche Arbeitszeit von 12 bis 31 Stunden, 1991 von 12 bis 32 Stunden.

Quelle: Volkszählung 1991 und 2001; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2004a), S. 10.

Während im Jahr 2001 die Frauenerwerbsquote (einschließlich geringfügig Erwerbstätiger) in Wien bei 75,4 Prozent lag, weist das Arbeitsmarktservice für das Jahr 2004 eine Frauenerwerbsquote von 78,6 Prozent aus (Männer: 79,0 Prozent). Im gesamten Bundesgebiet lag 2004 die Erwerbsquote der Frauen bei 69,2 Prozent (Männer: 80,4 Prozent).⁷⁷

Bei der Beurteilung der Ergebnisse für Wien ist darauf hinzuweisen, dass sich der positive PendlerInnensaldo, d. h. die Tatsache, dass in die Bundeshauptstadt deutlich mehr Arbeitskräfte ein- als auspendeln, die Erwerbsquote positiv beeinflusst. Dieser Effekt ist allerdings bei den Männern wesentlich stärker als bei Frauen. Beispielsweise ist der hohe Zustrom in der Wiener Bauwirtschaft ausschließlich von männlichen Arbeitskräften getragen.

Maßgebend für das hohe Niveau der Erwerbsbeteiligung von Frauen in Wien sind:

- das hohe Qualifikationsniveau der Frauen;
- die vorhandenen infrastrukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die nicht nur bessere Voraussetzungen für die Qualifikation, sondern auch für qualifizierte und vielfältige Erwerbsarbeit bieten;
- die strukturelle Zusammensetzung der Wirtschaft (hoher Tertiärisierungsgrad bzw. hoher Dienstleistungsanteil), welche der Erwerbstätigkeit von Frauen entgegenkommt;
- geringe räumliche Entfernungen von Wohnort und Arbeitsplatz sowie eine dadurch bedingte höhere Arbeitsmarktflexibilität;
- eine bessere Versorgung mit Kinderbetreuungsplätzen (*siehe Kapitel 3.7*).

3.6.3 Erwerbstätigkeit von Müttern

Die Hauptverantwortung für die Erziehung der Kinder liegt nach wie vor bei den Müttern. Dies erschwert zusammen mit bestehenden Rahmenbedingungen (Mangel an öffentlichen Betreuungseinrichtungen insbesondere für Säuglinge und Kleinkinder, Unterrichtszeiten

an öffentlichen Schulen, etc.) eine Erwerbstätigkeit. Probleme der mangelnden Vereinbarkeit von Beruf und Kindererziehung führen häufig zur Aufgabe oder zeitweiligen Unterbrechung der Berufstätigkeit zugunsten der Kinderbetreuung. Während bei Männern die Berufskarrieren unabhängig von der Elternschaft verlaufen, führt bei den Frauen die Geburt eines Kindes noch immer meist zu einem diskontinuierlichen Erwerbsverlauf.

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2003 (Jahresdurchschnitt) liegt die Erwerbsquote⁷⁸ in Wien bei Frauen mit Kindern bei 74,5 Prozent, jene von Frauen mit Kindern unter 15 Jahren bei 78,1 Prozent. Ehefrauen mit Kindern sind zu 74,8 Prozent, Ehefrauen mit Kindern unter 15 Jahren zu 75,7 Prozent erwerbstätig. Für die höhere Erwerbsquote von Frauen mit Kindern unter 15 Jahren dürfte vor allem der Alterseffekt eine Rolle spielen.⁷⁹ Die höchste Erwerbsquote findet sich bei Alleinerzieherinnen mit Kindern unter 15 Jahren (86,8 Prozent). Gleichzeitig weist diese Gruppe eine niedrige Teilzeitquote (und zwar mit 30,5 Prozent⁸⁰ die zweitniedrigste von allen Vergleichsgruppen) auf. Die niedrigste Teilzeitquote haben Alleinerzieherinnen (25,6 Prozent), sie haben allerdings auch die von allen Müttern die niedrigste Erwerbsquote (73,9 Prozent).

Nicht nur die Frauenerwerbsquote generell, auch die **Erwerbsquoten der Frauen mit Kindern** (einschließlich Ehefrauen mit Kindern und Alleinerzieherinnen) sind in Wien höher als im gesamten Bundesgebiet und in den anderen Bundesländern. Die Erwerbsquote der **Frauen mit Kindern unter 15 Jahren** ist nur in Salzburg höher als in Wien, in Oberösterreich ist sie gleich hoch wie in Wien. Auch die Erwerbsquote von Ehefrauen mit Kindern unter 15 Jahren ist in Wien höher als im Bundesdurchschnitt. Wien liegt hier gleich auf mit dem Burgenland. Höhere Erwerbsquoten finden sich in dieser Gruppe nur in Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg. Auch bei der Erwerbsquote von Alleinerzieherinnen mit Kindern unter 15 Jahren liegt Wien im Spitzenfeld, und zwar hat Wien (nach dem Burgenland,

⁷⁷ ARBEITSMARKTSERVICE (AMS), Arbeitsmarktprofile 2004; <http://www.ams.or.at/>. Berufstätige laut Fortschreibung der Berufstätigen. Erwerbsquote Frauen: unselbständig und selbständig berufstätige Frauen in Prozent der 15- bis unter 60-jährigen weiblichen Wohnbevölkerung; Erwerbsquote Männer: unselbständig und selbständig berufstätige Männer in Prozent der 15- bis unter 65-jährigen männlichen Wohnbevölkerung.

⁷⁸ Zugrunde liegt hier die Erwerbstätigkeit nach dem Labour Force Konzept; zur Definition siehe Tabelle 3.10.

⁷⁹ Jüngere Frauen sind in der Regel häufiger berufstätig als ältere.

⁸⁰ Bezogen auf Unselbständige ohne Karenzurlauberrinnen.

Oberösterreich und Tirol) hier die vierthöchste Erwerbsquote.

In Wien finden sich bei den erwerbstätigen Müttern die von allen Bundesländern niedrigsten Teilzeitquoten.

Abgesehen von den günstigeren Voraussetzungen in Bezug auf Qualifikation und Berufsmöglichkeiten, dürfte hier auch das in Wien besser ausgebaute Betreuungsnetz (einschließlich günstigerer Öffnungszeiten) eine Rolle spielen.

Tabelle 3.12: Erwerbstätigkeit (Labour-Force-Konzept) von Frauen mit Kindern 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Bundesland

Erwerbstätigkeit (Labour-Force-Konzept) ¹	Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Frauen mit Kindern⁴										
Erwerbsquote ²	68,7	66,2	61,1	70,5	71,0	72,8	65,7	63,1	61,4	74,5
Teilzeitquote ³	53,8	52,6	45,3	54,1	65,3	62,0	52,9	63,6	60,8	37,2
Frauen mit Kindern unter 15 Jahren										
Erwerbsquote ²	75,8	77,2	66,8	77,7	78,1	79,8	74,6	71,3	69,2	78,1
Teilzeitquote ³	60,5	63,2	52,6	63,3	73,6	66,0	59,5	67,2	65,1	41,3
Ehefrauen⁵ mit Kindern⁴										
Erwerbsquote ²	69,4	69,0	60,3	72,1	71,6	74,5	66,4	63,4	62,1	74,8
Teilzeitquote ³	57,5	54,1	50,1	57,7	69,2	62,3	58,1	64,0	64,9	40,3
Ehefrauen⁴ mit Kindern unter 15 Jahren										
Erwerbsquote ²	74,3	75,7	63,6	76,9	76,7	79,5	73,1	69,6	67,6	75,7
Teilzeitquote ³	63,0	64,1	56,4	65,2	75,0	67,4	62,1	68,8	66,7	44,3
Alleinerzieherinnen										
Erwerbsquote ²	65,3	51,6	64,5	61,6	67,0	64,4	62,7	61,4	57,9	73,9
Teilzeitquote ³	38,9	45,0	29,6	45,0	50,9	46,6	35,3	46,7	47,6	25,6
Alleinerzieherinnen mit Kindern unter 15 Jahren										
Erwerbsquote ²	85,6	88,8	83,2	84,1	87,8	82,2	85,1	87,5	81,0	86,9
Teilzeitquote ³	46,9	56,7	38,0	50,1	64,3	58,2	44,6	57,1	56,4	30,5

¹ Zur Definition siehe Tabelle 3.10.

² Anteil der Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Arbeitslose) an der Wohnbevölkerung.

³ Bezogen auf Unselbständige ohne Karenzurlauberrinnen.

⁴ Kinder sind alle mit ihren Eltern im selben Haushalt lebenden leiblichen, Stief- und Adoptivkinder, die selbst noch nicht verheiratet sind bzw. selbst noch keine Kinder haben – ohne Rücksicht auf Alter und Berufstätigkeit.

⁵ Die Bezeichnung „Ehefrauen“ schließt hier auch Lebensgemeinschaften bzw. Lebensgefährtinnen ein.

Quelle: Mikrozensus Jahresergebnisse 2003; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005b), S. 303 f.

Untersuchungen über **Karriereverläufe von Müttern**⁸¹ zeigen, dass die nach einer Familienpause wieder Erwerbstätigen zu hohen Anteilen eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen. Frauen mit nur einem Kind kehren häufiger wieder in eine Vollzeitbeschäftigung zurück als jene mit zwei oder mehr Kindern. Frauen,

die nach der Geburt eines Kindes ihre Erwerbstätigkeit nicht unterbrechen, haben häufiger einen Universitäts- bzw. Hochschulabschluss als jene, die die Berufstätigkeit unterbrechen bzw. Hausfrauen sind. Bei letzteren ist mittleres bzw. niedriges Bildungsniveau überdurchschnittlich häufig.

⁸¹ KIRNER, SCHULZ (1992).

In Österreich wurde mit 1.1.2002 die Karenzgeldregelung durch das **Kinderbetreuungsgeld** abgelöst, das unabhängig vom vorangegangenen Erwerbsstatus bis zum 30. Lebensmonat des Kindes ausbezahlt wird. Das Kinderbetreuungsgeld beträgt pro Tag 14,53 Euro, das sind rund 436,00 Euro pro Monat. Die jährliche Zuverdienstgrenze liegt bei 14.600,00 Euro. Bei Überschreiten dieses Grenzwertes wird das Kindergeld für das gesamte Kalenderjahr verwirkt. Wird die Betreuung zwischen den Eltern aufgeteilt, verlängert sich die Bezugsdauer maximal bis zum 36. Lebensmonat des Kindes. Mütter und Väter dürfen höchstens zweimal abwechselnd Kinderbetreuungsgeld beziehen, d. h. es dürfen sich maximal drei Teile ergeben, wobei ein Teil mindestens drei Monate betragen muss. AlleinerzieherInnen können nicht in den Genuss der verlängerten Bezugsdauer gelangen. Auch kann das Kinderbetreuungsgeld nicht von beiden Eltern gleichzeitig und auch nicht aufgeschoben konsumiert werden. Zudem wur-

den die arbeitsrechtlichen Regelungen betreffend den Kündigungs- und Entlassungsschutz nicht an die neue Regelung angepasst. Der Schutz endet wie bei der Karenzgeldregelung maximal vier Wochen nach dem 24. Lebensmonat des Kindes.⁸² Das Kinderbetreuungsgeld hat zwar nicht erwerbstätigen Müttern den Zugang zu einer Geldleistung gebracht, aber auch dazu geführt, dass mangels eines ausreichenden Kündigungsschutzes der Wiedereinstieg in den Beruf erschwert wird.⁸³ Auch das erhoffte Ansteigen der Väterkarenz ist nicht zu bemerken. In Wien bezogen im Dezember 2004 1.833 Männer Kinderbetreuungsgeld oder Karenzgeld, das sind lediglich 5,2 Prozent der BezieherInnen von Kindergeld (insgesamt 37.259 Personen).⁸⁴ Bundesweit lag dieser Anteil nur bei 3,3 Prozent. Trotz des höheren Anteils von Männern, die in Wien Kinder betreuen, sind es aber auch hier weiterhin mehrheitlich die Mütter, die Betreuungsleistungen übernehmen bzw. das Kinderbetreuungsgeld in Anspruch nehmen.

⁸² STADT WIEN (2005), S. 56.

⁸³ LUTZ (2003) und (2004).

⁸⁴ Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger; zitiert nach STADT WIEN (2005), S. 56 f.

3.7 Institutionelle Kinderbetreuung

Siehe auch: *Frauen in der Erwerbsphase: Arbeit und Gesundheit (Kapitel 5.7).*

Die **Betreuungsquoten** von Kindern in Institutionen sind in den vergangenen Jahren im gesamten Bundesgebiet gestiegen, hohe Betreuungsquoten gehen meist mit einer hohen Erwerbsbeteiligung der Frauen einher. Das **Angebot an öffentlichen Kinderbetreuungseinrichtungen** und die Betreuungsquoten variieren je nach Bundesland. In Wien ist die außerfamiliäre Betreuung von Kindern unter drei Jahren (mit 21,7 Pro-

zent) wesentlich häufiger als im gesamten Bundesgebiet, wo nur 9,2 Prozent dieser Kinder extern betreut werden (Stand 2004).⁸⁵ Insgesamt werden in Wien 10.662 Kinder unter drei Jahren in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen betreut. Die zweithöchste Betreuungsquote in dieser Altersgruppe findet sich (nach Wien) im Burgenland (10,7 Prozent), die niedrigste in Tirol (3,3 Prozent).

Tabelle 3.13: Kindergärten, Betreuungsquoten der unter 3-Jährigen und der 3- bis 5-Jährigen 2004/2005 nach Bundesland

Bundesland	Anzahl der Kindergärten	im Sommer durchgehend geöffnet in %	Betreuungsquote* %	
			unter 3-Jährige	3- bis 5-Jährige
Burgenland	187	0,5	10,7	95,3
Kärnten	212	7,1	9,5	68,7
Niederösterreich	982	1,3	5,9	88,8
Oberösterreich	702	2,3	4,8	82,6
Salzburg	229	4,8	7,9	82,2
Steiermark	685	k.A. **	4,1	76,9
Tirol	435	2,5	3,3	79,1
Vorarlberg	231	2,6	9,5	84,0
Wien	744	62,2	21,7	81,7
Österreich	3.722	14,4	9,2	82,1

* Anteil der Kinder des jeweiligen Alters in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen zum 1.9.2004 an der gleichaltrigen Bevölkerung.

** Für das Bundesland Steiermark liegen keine Informationen über Schließstage der Kindergärten vor.

Quelle: Kindertagesheimstatistik 2004/2005; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005g), S. 50 ff.

Von den 3- bis 5-jährigen Kindern werden in Wien 81,7 Prozent (das sind 37.428 Kinder), österreichweit 82,1 Prozent in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen betreut. Spitzenreiter in dieser Altersgruppe ist das Burgenland mit einer Betreuungsquote von 95,3 Prozent, gefolgt von Niederösterreich (88,8 Prozent) und Vorarlberg (84,0 Prozent), Schlusslicht ist mit klarem Abstand Kärnten (68,7 Prozent).

Wien hat sowohl was die **täglichen Öffnungszeiten** als auch die **Öffnungszeiten** der Kindergärten **während**

der Sommermonate betrifft, die von allen Bundesländern besten Rahmenbedingungen. Während in den Bundesländern nur elf Prozent der Kindergärten für zehn oder mehr Stunden geöffnet haben, sind es in Wien über 84 Prozent. In den Bundesländern öffnet durchschnittlich nur jeder sechste Kindergarten vor 7.00 Uhr, in Wien sind es über zwei Drittel.⁸⁶

In Wien bleiben die meisten Kindergärten auch über die Sommerferien geöffnet. Sechs von zehn Kindergärten bieten Kinderbetreuung durchgehend ohne Unter-

⁸⁵ Österreich liegt damit im europäischen Vergleich im unteren Drittel. Belgien, Dänemark, Finnland Frankreich, Großbritannien, Irland, Schweden und Norwegen haben bei Kindern unter drei Jahren Betreuungsquoten von mehr als 20 Prozent. Geringere Quoten als Österreich (zwischen 2 und 6 Prozent) haben die meisten südeuropäischen Länder.

⁸⁶ STATISTIK AUSTRIA (2005g), S. 50 ff.

brechung an, zwei von zehn sperren im Sommer zwischen einer und zwei Wochen zu, nur elf Prozent schließen für fünf oder mehr Wochen. Im Durchschnitt sind damit die Wiener Kindergärten im Sommer nur für sechs Betriebstage geschlossen, im gesamten Bundesgebiet jedoch für mehr als fünf Wochen

(insgesamt 25,4 Betriebstage). Als Alternative zum Stammkindergarten führen in einigen Bundesländern manche Gemeinden im Sommer einzelne Standorte als Saisonkindergärten weiter. Diese Einrichtungen können dann bei Bedarf auch von Kindern anderer Gemeinden besucht werden.⁸⁷

3.8 Finanzielle Situation

3.8.1 Einkommen

Grundlage für die Berechnung der **Erwerbseinkommen** sind unter anderem die Lohnsteuerstatistik und die Verdienststatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV). Im Unterschied zu letzterer werden in der Lohnsteuerstatistik alle Bezüge in voller Höhe erfasst, insbesondere auch jene Bezugsbestandteile, die über der Höchstbeitragsgrundlage liegen. Die Lohnsteuerstatistik umfasst alle Personen, die irgendwann im Bezugsjahr lohnsteuerpflichtige Einkommen bezogen haben, unabhängig davon, ob tatsächlich Lohnsteuer bezahlt werden musste. Im Unterschied zur Verdienststatistik des Hauptverbandes sind auch geringfügig Beschäftigte und alle BeamtInnen einbezogen. Weder Lohnsteuerstatistik noch die Verdienststatistik des Hauptverbandes sind hinsichtlich der Arbeitszeit bereinigt.

Frauen verdienen weniger als Männer, unabhängig davon, welche Datenquelle, welches Einkommen und welche statistische Maßzahl (Median, arithmetisches Mittel, etc.) man zum Bewertungsmaßstab nimmt und auch unabhängig davon, welche berufliche Stellung (Angestellte, ArbeiterInnen, Beamtinnen, etc.) man in Betracht zieht. Laut Lohnsteuerstatistik 2003 verdienen

unter Bezugnahme auf die mittleren Brutto-Jahreseinkommen (Median) unselbständig beschäftigte Frauen in Wien etwa ein Viertel (24,0 Prozent) weniger als unselbständig beschäftigte Männer, weibliche Angestellte und Arbeiterinnen ca. ein Drittel (31,7 Prozent bzw. 32,7 Prozent) weniger als männliche Angestellte und Arbeiter. Am geringsten sind die Geschlechtsunterschiede bei den BeamtInnen: Beamtinnen haben gegenüber Beamten in Wien einen Einkommensnachteil von 13,7 Prozent.

Im gesamten Bundesgebiet fallen (mit Ausnahme der BeamtInnen) die Geschlechtsunterschiede krasser als in Wien aus: Unselbständig beschäftigte Frauen verdienen gemessen am mittleren Brutto-Jahreseinkommen 40,6 Prozent weniger als unselbständig beschäftigte Männer, weibliche Angestellte 44,2 Prozent weniger als männliche, Arbeiterinnen 55,1 Prozent weniger als Arbeiter. Beamtinnen haben im gesamten Bundesgebiet gegenüber den Beamten einen Einkommensnachteil von 10,7 Prozent. Das monatliche Brutto-Medianeinkommen (14-mal im Jahr) lag im Jahr 2002 in Österreich für weibliche Angestellte bei 1.472 Euro, für männliche Angestellte bei 2.472 Euro, für Arbeiterinnen bei 1.053 Euro und für Arbeiter bei 1.713 Euro.⁸⁸

⁸⁷ Für die Steiermark liegen keine Informationen vor.

⁸⁸ BUNDESKAMMER FÜR ARBEITER UND ANGESTELLTE (2004), S. 20 ff.

Tabelle 3.14: Brutto-Jahreseinkommen, Standardisiertes Brutto-Jahreseinkommen, Netto-Jahreseinkommen in Wien und Österreich 2003 nach Geschlecht

Wien, Österreich; Quartile, Median, Mittelwert	Brutto-Jahreseinkommen ^{1, 2}			Standardisiertes Brutto-Jahreseinkommen ^{1, 3}			Netto-Jahreseinkommen ^{1, 4}		
	EUR								
	Frauen	Männer	Diff.% ⁵	Frauen	Männer	Diff.% ⁵	Frauen	Männer	Diff.% ⁵
Unselbständig Erwerbstätige									
Wien									
1. Quartil	9.215	12.345	-25,4	12.637	18.297	-30,9	7.415	9.426	-21,3
Median	19.637	25.846	-24,0	20.642	27.272	-24,3	14.732	18.370	-19,8
3. Quartil	30.523	40.358	-24,4	30.846	41.046	-24,9	21.348	26.682	-20,0
Arithmetisches Mittel	22.265	31.916	-30,2	23.815	34.925	-31,8	15.704	21.361	-26,5
Österreich									
1. Quartil	7.259	16.666	-56,4	10.506	20.739	-49,3	5.898	12.374	-52,3
Median	15.890	26.734	-40,6	17.385	27.790	-37,4	12.339	18.889	-34,7
3. Quartil	25.435	38.055	-33,2	25.845	38.433	-32,8	18.264	25.569	-28,6
Arithmetisches Mittel	18.342	30.575	-40,0	19.904	33.453	-40,5	13.247	20.687	-36,0
ArbeiterInnen									
Wien									
1. Quartil	4.167	6.554	-36,4	8.157	14.140	-42,3	3.600	5.097	-29,4
Median	11.308	16.801	-32,7	13.719	20.924	-34,4	9.167	12.554	-27,0
3. Quartil	17.371	25.258	-31,2	18.065	26.773	-32,5	13.396	17.969	-25,4
Arithmetisches Mittel	11.830	16.947	-30,2	13.793	20.709	-33,4	9.194	12.203	-24,7
Österreich									
1. Quartil	3.475	11.009	-68,4	7.335	18.089	-59,5	3.060	8.375	-63,5
Median	9.632	21.451	-55,1	12.859	23.670	-45,7	7.793	15.552	-49,9
3. Quartil	16.186	28.022	-42,2	17.777	29.015	-38,7	12.504	19.667	-36,4
Arithmetisches Mittel	10.586	20.182	-47,5	12.957	23.416	-44,7	8.231	14.373	-42,7
Angestellte									
Wien									
1. Quartil	11.148	17.708	-37,0	14.234	21.350	-33,3	8.899	13.225	-32,7
Median	21.784	31.879	-31,7	22.791	33.255	-31,5	15.976	21.818	-26,8
3. Quartil	32.101	51.209	-37,3	32.516	51.801	-37,2	22.097	32.400	-31,8
Arithmetisches Mittel	24.085	40.208	-40,1	25.705	43.338	-40,7	16.836	26.355	-36,1
Österreich									
1. Quartil	9.800	22.460	-56,4	12.109	24.140	-49,8	7.928	16.240	-51,2
Median	18.565	33.262	-44,2	19.612	34.013	-42,3	14.034	22.581	-37,9
3. Quartil	27.510	49.491	-44,4	27.878	49.835	-44,1	19.472	31.436	-38,1
Arithmetisches Mittel	20.387	39.482	-48,4	21.707	42.618	-49,1	14.618	26.010	-43,8
BeamtInnen									
Wien									
1. Quartil	26.321	31.265	-15,8	26.327	31.233	-15,7	19.042	22.313	-14,7
Median	33.862	39.238	-13,7	33.851	39.153	-13,5	23.469	26.835	-12,5
3. Quartil	44.436	53.447	-16,9	44.387	53.143	-16,5	28.743	34.041	-15,6
Arithmetisches Mittel	36.570	45.771	-20,1	36.475	45.473	-19,8	24.664	30.263	-18,5
Österreich									
1. Quartil	26.886	30.810	-12,7	26.894	30.726	-12,5	19.368	22.062	-12,2
Median	35.157	39.391	-10,7	35.146	39.209	-10,4	23.992	27.002	-11,1
3. Quartil	44.257	50.830	-12,9	44.242	50.452	-12,3	28.492	32.790	-13,1
Arithmetisches Mittel	36.187	43.548	-16,9	36.160	43.209	-16,3	24.318	29.008	-16,2

¹ Ohne Lehrlinge.

² Bruttojahresbezüge gemäß § 25 EStG.

³ Bruttojahresbezüge gemäß § 25 EStG abzüglich der mit festen Sätzen besteuerten Bezüge gem. § 67 Abs. 3 bis 8 EStG (das sind v. a. Abfertigungen und Urlaubsschädigungen/-abfindungen), dividiert durch die Anzahl der Bezugstage, multipliziert mit 365.

⁴ Bruttojahresbezüge gemäß § 25 EStG abzüglich der einbehaltenen Sozialversicherungsbeiträge und abzüglich der insgesamt einbehaltenen Lohnsteuer (vor Arbeitnehmeranlagung).

⁵ Frauen verdienen um ... % weniger als Männer.

Quelle: Lohnsteuerstatistik – Sozialstatistische Auswertungen; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005f), S. 219 ff.; eigene Berechnungen.

Abgesehen von geringeren Geschlechtsunterschieden, verfügen Frauen in Wien im Vergleich zu Frauen im gesamten Bundesgebiet über deutlich höhere Einkommen. Gemessen am mittleren Bruttoeinkommen verdienen unselbständig beschäftigte Frauen in Wien nahezu um ein Viertel (23,6 Prozent) mehr als unselbständig beschäftigte Frauen im gesamten Bundesgebiet. Bei den weiblichen Angestellten und Arbeiterinnen ergibt sich für Wien ein Einkommensvorteil von 17,3 Prozent bzw. 17,4 Prozent. Lediglich Beamtinnen haben in Wien geringeren Einkommensnachteil (3,7 Prozent).

Die niedrigen Fraueneinkommen wirken sich auf den Bezug vieler sozialstaatlicher Leistungen aus und finden auch nach der Pensionierung ihre Fortsetzung. So betrug z. B. im Jahr 2004 die durchschnittliche Leis-

tungshöhe (Tagsatz) des Arbeitslosengeldes (einschließlich Notstandhilfe) in Wien bei den Frauen 18,79 Euro, bei den Männern 21,99 Euro. Frauen erhalten also demnach lediglich 85,4 Prozent des Taggeldes der Männer.⁸⁹ Abgesehen von den geringeren Leistungen, können Frauen auch die Bedingungen für den Leistungsbezug häufiger als Männer nicht erfüllen.⁹⁰

Das mittlere Netto-Jahreseinkommen der Pensionistinnen ist in Wien um 30,9 Prozent niedriger als jenes der Pensionisten, im gesamten Bundesgebiet ist der Einkommensnachteil der Pensionistinnen noch höher (37,5 Prozent). Analog zu den höheren Fraueneinkommen in Wien ist auch das mittlere Netto-Jahreseinkommen der Pensionistinnen in Wien (um 22,4 Prozent) höher als im österreichischen Durchschnitt.

Tabelle 3.15: Netto-Jahreseinkommen der PensionistInnen mit Wohnsitz in Wien und Österreich 2002 nach Geschlecht

Netto-Jahreseinkommen*	Wien			Österreich		
	Frauen	Männer	Differenz %**	Frauen	Männer	Differenz %**
1. Quartil	8.502	13.028	-34,7	7.345	11.850	-38,0
Median	12.324	17.845	-30,9	10.069	16.103	-37,5
3. Quartil	17.443	22.209	-21,5	14.504	20.473	-29,2
Arithmetisches Mittel	13.856	19.360	-28,4	11.563	17.128	-32,5

* Bruttojahresbezüge gemäß § 25 EStG abzüglich der einbehaltenen Sozialversicherungsbeiträge und abzüglich der insgesamt einbehaltenen Lohnsteuer (vor Arbeitnehmerveranlagung).

** Frauen verdienen um ... Prozent weniger als Männer.

Quelle: Lohnsteuerstatistik – Sozialstatistische Auswertungen; zitiert nach STADT WIEN (2005), S. 61; eigene Berechnungen.

Die Einkommensungleichheit zwischen den Geschlechtern ist zum Teil auf höhere Teilzeitquoten bei den Frauen zurückzuführen, aber auch die unterschiedlichen Erwerbsbiographien der Geschlechter (häufigere karenzbedingte Erwerbsunterbrechungen, längere Teilzeitphasen von Frauen, etc.) spielen eine Rolle. Die Höhe des so genannten „Versorgungspflichtenmalus“ hängt vor allem von der Höhe des Einkommens und der arbeitsrechtlichen Absicherung (etwa davon, ob regelmäßige Einkommenssteigerungen vorgesehen sind) ab.⁹¹ Frauen mit hohem Einkommen und Arbeitsverträgen, welche regelmäßige Einkommenssteigerungen

vorsehen, sind eher bereit, einen Teil der Kinderbetreuung und Hausarbeit zu delegieren und haben entsprechend kürzere Karenzzeiten bzw. Zeiten der Nichterwerbstätigkeit als Frauen mit geringen Einkommen. Für letztere ist Nicht-Erwerbstätigkeit oft auch ökonomisch günstiger (man denke etwa an Steuerabsetzbeiträge für Kinder bei AlleinverdienerInnen). Detaillierte Analysen zu den Einkommensunterschieden zwischen den Geschlechtern zeigen, dass auch Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts nach wie vor eine Rolle spielen.⁹²

⁸⁹ ARBEITSMARKTSERVICE (AMS), Arbeitsmarktprofile 2004; <http://www.ams.or.at/>

⁹⁰ STADT WIEN (2005), S. 58.

⁹¹ HIEDEN-SOMMER (2005), S. 314 ff.

3.8.2 Armutsgefährdung

Die Erhebung EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions) bildet eine wesentliche Grundlage für vergleichende Statistiken über Einkommen, Armut und soziale Ausgrenzung in der Europäischen Union. 2003 wurden im Rahmen dieser Erhebung erstmals in Österreich 4.500 Privathaushalte zu diesem Themenbereich befragt. Eine Auswertung nach Bundesländern ist nicht vorgesehen, daher seien hier stellvertretend die Ergebnisse für Österreich angeführt:

1,044.000 Personen in Österreich liegen unter der Armutsgefährdungsschwelle (d. h. haben ein monatliches Nettoeinkommen von unter 785 Euro). Am unteren Ende der Einkommensverteilung und damit einem

überdurchschnittlichen Armutsrisiko ausgesetzt sind AusländerInnen, kinderreiche Haushalte, Alleinerziehende sowie allein stehende Pensionistinnen. Auch Arbeitslosigkeit erhöht das Armutsgefährdungsrisiko eines Haushalts deutlich (16 Prozent der Arbeitslosen sind armutsgefährdet), wobei das Risiko mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit steigt: Für Haushalte, in denen Langzeitarbeitslose, d. h. Personen, die 12 oder mehr Monate arbeitslos sind, leben, ist die Armutsgefährdung (36 Prozent) nahezu dreimal so hoch wie im österreichischen Durchschnitt. Auch Familien mit kleinen Kindern sind bis zum Schuleintritt des jüngsten Kindes vermehrt armutsgefährdet (17 Prozent). Die höchsten mittleren Einkommen⁹³ erzielen allein stehende Männer und Personen in kinderlosen Mehrpersonenhaushalten.

Tabelle 3.16: Armutsgefährdung in Österreich 2003

	Armutsgefährdung*		Anteil der Beschäftigten** im Erwerbsalter
	gesamt (in 1.000)	Prozent	Prozent
Bildung***			
nur Pflichtschulabschluss	366	20	50
Lehre/mittlere Schule	302	10	76
Matura	98	10	67
Universität	29	7	83
Staatsbürgerschaft			
Österreich, EU und EFTA	923	12	69
darunter Eingebürgerte****	73	26	63
sonstige AusländerInnen	121	27	65
Haushalt mit...			
Langzeitarbeitslosigkeit (ab 12 Monate)	96	36	41
Kurzzeitarbeitslosigkeit (bis 6 Monate)	101	16	72
Haushalte und Familien mit...			
jüngstem Kind bis 6 Jahre	326	17	71
jüngstem Kind ab 7 Jahre	399	12	75
3 und mehr Kindern	149	18	69
allein erziehendem Elternteil	89	31	77
weiblicher Hauptverdienerin	418	20	70
männlichem Hauptverdiener	626	11	69
gesamt	1.044	13	69

* Armutsgefährdung wird angenommen, wenn das nach der EU-Skala gewichtete verfügbare Haushaltseinkommen weniger als 60 Prozent des Medians beträgt. Bei einem Einpersonenhaushalt waren das im Jahr 2003 9.425 Euro Jahreseinkommen.

** Anteil der Erwerbstätigen im Erwerbsalter (20–64 Jahre) an Personen im Erwerbsalter.

*** Nur Personen ab 16 Jahren.

**** Nicht vormalig EU oder EFTA.

Quelle: EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions); zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005h).

⁹² BÖHEIM et al. (2002).

⁹³ Verfügbares Haushalts-Äquivalenz-Nettoeinkommen (gewichtet nach der EU-Skala mit 1 für den ersten Erwachsenen im Haushalt, 0,5 für jeden weiteren und 0,3 für jedes Kind unter 14 Jahren im Haushalt).

In jedem vierten Haushalt in Österreich ist eine Frau Hauptverdienerin. In diesen Haushalten ist das Armutsrisiko doppelt so hoch (20 Prozent) wie in Haushalten mit männlichem Hauptverdiener (11 Prozent). Familien, in denen die Frau nicht erwerbstätig ist, sind ebenfalls doppelt so häufig armutsgefährdet. Die Armutsgefährdung steigt mit der Anzahl der Kinder. Trotz hoher Erwerbsbeteiligung (83 Prozent) sind Alleinerziehende überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen. Beinahe jede dritte in einem AlleinerzieherInnenhaushalt lebende Person (31 Prozent) ist armutsgefährdet.

Die Ausübung einer Erwerbstätigkeit bedeutet also keineswegs, dem Armutsrisiko zu entgehen. Wesentlichen Einfluss auf die Einkommenschancen haben Bildung und Herkunft. Personen mit Pflichtschulbildung haben (mit 20 Prozent) ein doppelt so hohes Armutsrisiko wie

Erwerbstätige mit höherer Qualifikation. Über ein Viertel der AusländerInnen in Österreich ist (trotz gleich hoher Erwerbsbeteiligung wie Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft) armutsgefährdet. Auch eine Einbürgerung verbessert die Situation dieser Gruppe kaum. Eingebürgerte ÖsterreicherInnen haben ein doppelt so hohes Armutsrisiko (26 Prozent) wie der Durchschnitt der Bevölkerung.

Untersuchungen bestätigen, dass die referierten Ergebnisse auch für Wien Geltung haben. Finanzielle Deprivation („finanzielle Mittel ziemlich knapp“ und „kaum das Notwendigste zum Leben“) findet sich am häufigsten bei Frauen mit niedriger Bildung, geringem Einkommen, älteren Frauen sowie ausländischen Staatsbürgerinnen und ist gleichzeitig mit einem erhöhten Ausmaß psychischer Beschwerden verbunden.⁹⁴

⁹⁴ STADT WIEN (2004a), S. 106 ff.

**IV.
GESUNDHEITSSITUATION
VON FRAUEN IN WIEN**

***THE STATE OF HEALTH
OF WOMEN IN VIENNA***

INHALT

4	GESUNDHEITSSITUATION VON FRAUEN IN WIEN	127
4.1	LEBENSERWARTUNG UND STERBLICHKEIT	127
4.1.1	Lebenserwartung	128
4.1.2	Sterblichkeit	129
4.2	TODESURSACHEN	131
4.2.1	Häufigste Todesursachen von Frauen und Männern	131
4.2.2	Todesursachen im Geschlechtervergleich	133
4.2.3	Krankheitsursachen der vorzeitigen Sterblichkeit	133
4.3	HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN	135
4.4	KREBSERKRANKUNGEN	144
4.4.1	Brustkrebs (Mammakarzinom)	148
4.4.2	Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)	156
4.4.3	Krebs des Gebärmutterkörpers (Korpuskarzinom)	161
4.4.4	Lungenkrebs	164
4.5	ERNÄHRUNGS- UND STOFFWECHSELERKRANKUNGEN – DIABETES MELLITUS	168
4.6	PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN, SUIZID	179
4.6.1	Epidemiologie	180
4.6.2	Selbstmord und Selbstmordversuche	183
4.6.3	Aspekte der Förderung der psychischen Gesundheit	187
4.7	KRANKHEITEN DER ATMUNGSORGANE	188
4.7.1	Epidemiologie	188
4.7.2	Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	191
4.8	GYNÄKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN	193
4.8.1	Epidemiologie	193
4.8.2	Gynäkologische Beschwerden	196
4.8.3	Menstruationsstörungen	196
4.8.4	Endometriose	198
4.8.5	Gynäkologische Operationen	199
4.9	KRANKHEITEN DES BEWEGUNGSAPPARATES	202
4.9.1	Epidemiologie	202
4.9.2	Schmerzen am Bewegungsapparat	205
4.10	HIV/AIDS UND ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN (STIs)	206
4.10.1	HIV/AIDS	207
4.10.2	Ausgewählte sexuell übertragbare Infektionen (STIs)	212

4 GESUNDHEITSSITUATION VON FRAUEN IN WIEN

Einleitung

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die gesundheitliche Lage von Frauen mit dem Ziel, Aufgaben für die Gesundheitsförderung, Prävention und die gesundheitliche Versorgung von Frauen zu spezifizieren. Eingegangen wird auf die Lebenserwartung, Sterblichkeit und Todesursachen sowie auf verschiedene Erkrankungen, die für die Charakterisierung der Gesundheitssituation von Frauen von Bedeutung sind, wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen (besonderes Augenmerk gilt hier frauenspezifischen Krebserkrankungen wie etwa dem Brustkrebs), Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (Diabetes), psychische und Verhaltensstörungen (z. B. Depression), Krankheiten der Atmungsorgane (z. B. COPD), gynäkologische Erkrankungen (z. B. Endometriose), sexuell übertragbare Krankheiten (einschließlich HIV/AIDS) und Erkrankungen des Bewegungsapparats (z. B. Dorsopathien). Vor allem für ältere Frauen relevante Erkrankungen

wie Osteoporose (Hüftfrakturen, etc.), Inkontinenz, Demenz und Depressionen werden im Abschnitt 5.6 „Gesundheitszustand und -risiken älterer Frauen“ dargestellt. Auf die Säuglingssterblichkeit wird im Abschnitt 5.2 „Frauen in der reproduktiven Phase“ eingegangen.

Als Datenbasis stehen die Todesursachenstatistik, die Spitalsentlassungsstatistik, Daten des Österreichischen Krebsregisters, der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Krankenstandsmeldungen) sowie Daten aus Einzelstudien (wie z. B. dem Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001) zur Verfügung. Anmerkungen zur Aussagefähigkeit der jeweils zugrunde gelegten Daten finden sich in den jeweiligen Unterabschnitten. Die vorgenommenen Altersstandardisierungen stützen sich auf die Weltstandardbevölkerung der WHO. Die Standardisierung trägt dazu bei, bei Vergleichen den Einfluss, der sich aufgrund von Unterschieden in der Altersstruktur von Vergleichsgruppen ergibt, auszuschalten.

4.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Zusammenfassung

Frauen in Wien haben derzeit mit 81,3 Jahren eine um 5,6 Jahre höhere **Lebenserwartung** als Männer (75,7 Jahre). Die Geschlechterdifferenz hat sich im letzten Jahrzehnt allerdings zugunsten der Männer etwas verringert: Während es bei den Frauen lediglich zu einem Zuwachs von 2,5 Jahren kam, betrug der Anstieg bei den Männern 3,5 Jahre. Analog zur steigenden Lebenserwartung ist die **Sterblichkeit** in Wien im letzten Jahrzehnt bei beiden Geschlechtern weiter gesunken. Frauen haben eine geringere **Sterblichkeit** als Männer, auch die **vorzeitige Sterblichkeit** ist bei ihnen geringer. Von den im Jahr 2004 in Wien Verstorbenen sind von den Frauen 15 Prozent, von den Männern 32 Prozent vor dem 65. Lebensjahr verstorben. Wien schneidet im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet nicht nur bei der Lebenserwartung schlechter ab, auch die Sterblichkeit ist in Wien, insbesondere bei den Frauen, höher. Eine Rolle dürfte der Großstadtfaktor spielen, wobei unter anderem Unterschiede im Lebensstil, im Bereich der Umwelt, in der Bevölkerungszusammensetzung (z. B. durch verstärkte Migration) zum Tragen kommen.

Summary: Life expectancy and mortality

At 81.3 years, women's **life expectancy** currently exceeds that of men (75.7 years) by 5.6 years. The gender disparity, however, has narrowed over the last decade: While women's life expectancy only increased by 2.5 years, that of men increased by 3.5 years. Hand in hand with the growing life expectancy **mortality** has decreased in Vienna for both genders over the last decade. Women have a lower **mortality rate** than men, and **premature mortality** is also lower for them. Of all deaths in Vienna in 2004, 15 percent of women and 32 percent of men died before age 65. Vienna does not only have a life expectancy below the Austrian average, it also has higher mortality rates, in particular for women. The fact that Vienna is a large city probably plays a role here, among other factors because of different life styles, environmental factors, and the population structure (e.g. increased migration).

4.1.1 Lebenserwartung

Zunehmender Wohlstand, verbesserte Hygiene, Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Unfallverhütung) haben ebenso wie Fortschritte in der Medizin in den letzten Jahrzehnten zu einem kontinuierlichen Ansteigen der **Lebenserwartung** geführt. Im Jahr 2004 hatten in Wien Frauen bei der Geburt mit 81,3 Jahren, Männer mit 75,7 Jahren zu rechnen. Das heißt, Frauen in Wien leben heute im Durchschnitt 5,6 Jahre länger als Männer. Mit einem Lebensalter von 60 Jahren haben Frauen in Wien im Durchschnitt weitere 24,2 Jahre zu leben, Männer jedoch nur mehr 20,3 Jahre (also um 3,9 Jahre weniger). Die Gründe für die höhere Lebenserwartung der Frauen sind nicht bis in alle Einzelheiten geklärt. Eine Rolle spielt unter anderem ihr Lebensstil: Frauen leben im Allgemeinen gesundheitsbewusster (achten z. B. mehr auf gesunde Ernährung, konsumieren seltener Nikotin und Alkohol), erleiden seltener tödliche Unfälle, begehen seltener Suizid als Männer, etc. Allerdings gleicht sich der Lebensstil von Frauen in einzelnen Bereichen zunehmend dem der Männer an. So ist z. B. ist Anteil der Raucherinnen in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Entsprechend verringert sich

auch der Vorsprung der Frauen in der Lebenserwartung gegenüber jener der Männer. Seit 1995 stieg die Lebenserwartung bei der Geburt in Wien bei den Frauen um 2,5 Jahre, bei den Männern jedoch um 3,5 Jahre. Auch die fernere Lebenserwartung ist bei den Frauen (mit 1,7 Jahren) weniger stark als bei den Männern (mit 2,4 Jahren) gestiegen.

Die höhere Lebenserwartung der Frauen hat jedoch auch ihren Preis: Frauen sind länger und auch häufiger als Männer mit gesundheitlichen Einschränkungen, Multimorbidität, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit konfrontiert. Die Lebensspanne frei von Beeinträchtigung war in Österreich im Jahr 2003 zwar für weibliche Neugeborene etwas länger (60,5 Jahre) als für männliche (58,2 Jahre), Frauen müssen jedoch im Durchschnitt mit mehr Jahren rechnen, die durch Einschränkungen im täglichen Leben aufgrund einer Beeinträchtigung oder eines gesundheitlichen Problems gekennzeichnet sind, als Männer (Frauen 21,0 Jahre, Männer 17,7 Jahre). Der prozentuelle Anteil der Lebenszeit in guter Gesundheit an der Gesamtlebenszeit ist für Frauen sogar etwas geringer (74,2 Prozent) als für Männer (76,6 Prozent).⁹⁵

Tabelle 4.1: Lebenserwartung (bei der Geburt; mit 60 Jahren) in Wien 1995 bis 2004 nach Geschlecht

Jahr	Lebenserwartung					
	bei der Geburt		im Alter von 60 Jahren		bei der Geburt	im Alter von 60 Jahren
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Differenz Frauen	Männer
1995	78,8	72,2	22,5	18,1	6,6	4,5
1996	79,2	72,8	22,5	18,4	6,4	4,1
1997	79,7	73,8	22,9	18,7	5,9	4,3
1998	80,3	73,5	23,3	18,7	6,7	4,6
1999	80,1	74,1	23,2	19,0	6,0	4,3
2000	80,4	74,4	23,5	19,4	6,0	4,1
2001	80,7	74,8	23,8	19,9	5,9	3,9
2002	80,5	75,3	23,7	20,0	5,2	3,7
2003	80,5	75,0	23,7	19,9	5,6	3,8
2004	81,3	75,7	24,2	20,3	5,6	3,9
Differenz 1995–2004	2,5	3,5	1,7	2,3		

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005d), S. 228; STADT WIEN (2005a), S. 79; eigene Berechnungen.

Obwohl sich die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Wien und den anderen Bundesländern inzwi-

schen verringert hat, haben Frauen in Wien weiterhin die von allen Bundesländern niedrigste Lebenserwar-

⁹⁵ KLIMONT (2005).

tung bei der Geburt, aber auch bei den Männern findet sich Wien (zusammen mit der Steiermark und Niederösterreich) im untersten Bereich. Bei der Lebenserwartung ab 60 Jahren liegt Wien bei den Frauen (zusammen mit dem Burgenland und Niederösterreich) und bei den Männern (zusammen mit Niederösterreich) ebenfalls im untersten Feld. Die Ursachen für regionale Unterschiede in der Lebenserwartung sind vielfältig. Abgesehen von Unterschieden in genetischen

und konstitutionellen Faktoren, spielen Unterschiede im Lebensstil, im Bereich sozialer Faktoren bzw. in den Lebensverhältnissen, der Umwelt und der Gesundheitsversorgung (die jedoch in Wien besser als in den anderen Bundesländern ist) eine Rolle. Zu berücksichtigen sind auf Wanderungen und Migration zurückzuführende Einflüsse, wodurch es zu einer Vermischung der Bevölkerung in Bezug auf Gesundheitsressourcen und -risiken kommen kann.

Tabelle 4.2: Lebenserwartung (bei der Geburt; mit 60 Jahren) 2004 nach Bundesland und Geschlecht

Bundesland	Frauen		Männer	
	Lebenserwartung ...			
	bei der Geburt	mit 60 Jahren	bei der Geburt	mit 60 Jahren
Burgenland	82,4	24,2	76,0	20,2
Kärnten	82,8	25,2	77,0	20,9
Niederösterreich	81,8	24,2	75,7	20,3
Oberösterreich	82,5	24,7	76,4	20,6
Salzburg	82,4	24,8	77,8	21,8
Steiermark	82,3	24,5	76,7	20,7
Tirol	83,2	25,2	78,1	21,8
Vorarlberg	82,8	25,4	77,8	21,5
Wien	81,3	24,2	75,7	20,3
Österreich	82,1	24,6	76,4	20,7

Quelle: STATISTIK AUSTRIA; zitiert nach STADT WIEN (2005a), S. 81 f.

4.1.2 Sterblichkeit

Die Zahl der **Sterbefälle** war im vergangenen Jahrzehnt bei beiden Geschlechtern weiter rückläufig. Gab es in Wien im Jahr 1995 noch 19.783 Sterbefälle, waren es im Jahr 2004 nur mehr 15.983 (8.873 Frauen und 7.110 Männer). Bezogen auf 1.000 Einwohner des jeweiligen Geschlechts sind im Jahr 2004 10,5 Frauen und 9,3 Männer verstorben. Die im Vergleich zu den Männern höhere Sterblichkeit der Frauen ist vor allem auf ihr höheres Durchschnittsalter zurückzuführen. Schaltet man mittels Altersstandardisierung den aus der unterschiedlichen Alterststruktur der Geschlechter resultierenden Einfluss aus, kehrt sich das Geschlechterverhältnis um: Altersstandardisiert waren im Jahr 2004 je

100.000 der jeweiligen Bevölkerung 381,0 Sterbefälle von Frauen und 628,1 Sterbefälle von Männern zu verzeichnen (vgl. dazu Tabelle 4.4.). Insbesondere in den höheren Altersgruppen sind die relativen Sterbeziffern bei Männern deutlich höher als jene der Frauen.

Frauen sterben im Vergleich zu den Männern in einem höheren Alter. 14,6 Prozent der im Jahr 2004 in Wien verstorbenen Frauen waren unter 65 Jahre im Vergleich zu ca. einem Drittel (31,9 Prozent) der verstorbenen Männer. 85,5 Prozent der verstorbenen Frauen, aber nur ca. zwei Drittel (68,1 Prozent) der verstorbenen Männer waren 65 Jahre oder älter. 40,6 Prozent der verstorbenen Frauen, aber nur 18,8 Prozent der verstorbenen Männer hatten ein Alter von 85 oder mehr Jahren.

Tabelle 4.3: Gestorbene in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Gestorbene (Pos. Nr. ICD-10 <A00-Y89>)							
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	absolut		Prozent		Prozentwerte kumuliert		je 1.000*	
0 – unter 1 ^{**})	47	49	0,5	0,7	0,5	0,7	5,8	5,6
1 – 4	7	5	0,1	0,1	0,6	0,8	0,2	0,2
5 – 9	3	1	0,0	0,0	0,6	0,8	0,1	0,0
10 – 14	6	9	0,1	0,1	0,7	0,9	0,2	0,2
15 – 19	19	25	0,2	0,4	0,9	1,3	0,5	0,6
20 – 24	11	40	0,1	0,6	1,0	1,8	0,2	0,8
25 – 29	22	61	0,2	0,9	1,3	2,7	0,4	1,1
30 – 34	27	58	0,3	0,8	1,6	3,5	0,4	0,9
35 – 39	59	115	0,7	1,6	2,3	5,1	0,8	1,6
40 – 44	65	141	0,7	2,0	3,0	7,1	1,0	2,1
45 – 49	106	210	1,2	3,0	4,2	10,0	1,9	3,8
50 – 54	155	305	1,7	4,3	5,9	14,3	3,1	6,5
55 – 59	288	484	3,2	6,8	9,2	21,1	5,5	10,1
60 – 64	482	763	5,4	10,7	14,6	31,9	8,2	14,8
65 – 69	383	582	4,3	8,2	18,9	40,1	11,3	20,7
70 – 74	604	787	6,8	11,1	25,7	51,1	18,4	34,1
75 – 79	1.160	1.031	13,1	14,5	38,8	65,6	32,6	52,5
80 – 84	1.832	1.108	20,6	15,6	59,5	81,2	56,1	85,6
85 – 89	1.426	640	16,1	9,0	75,5	90,2	116,4	151,9
90 – 94	1.569	542	17,7	7,6	93,2	97,8	192,1	253,4
95 +	602	154	6,8	2,2	100	100	304,5	377,5
gesamt	8.873	7.110	100	100			10,5	9,3

* Altersspezifische Sterbeziffer = Sterbeziffer je 1.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner der jeweiligen Altersgruppe. ** Bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, bearbeitet von der Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien; zitiert nach STADT WIEN (2005), S. 85; sowie eigene Berechnungen.

Wien schneidet im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet nicht nur bei der Lebenserwartung schlechter ab, auch die Sterblichkeit ist in Wien, insbesondere bei den Frauen, deutlich höher. Generell ist in großstädtischen Ballungsgebieten die Lebenserwartung niedriger als in kleineren Städten bzw. im ländlichen Bereich. Wien liegt bei der Lebenserwartung im Vergleich europäischer Städte etwa im Mittelfeld: Unter vierzehn europä-

ischen Städten nimmt Wien bei den Frauen den fünften und bei den Männern den sechsten Rang ein. Und zwar liegt es bei beiden Geschlechtern etwa gleich auf mit Rom und Hamburg.⁹⁶ Bei der Sterberate liegt Wien unter 27 europäischen Städten (ausgehend von der höchsten Rate) an neunter Stelle etwa gleich auf mit Hamburg und Zürich.⁹⁷

⁹⁶ STADT WIEN (2003), S. 9 und 11.

⁹⁷ STADT WIEN (2003), S. 27.

4.2 Todesursachen

Zusammenfassung

Hauptursache der Sterblichkeit von Frauen und Männern sind **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und **Krebs**. Mehr als die Hälfte der im Jahr 2004 in Wien verstorbenen Frauen ist an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben, ca. ein Viertel an Krebs. Bei den Männern sind lediglich ca. 40 Prozent an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben, ca. 30 Prozent an Krebs. Hauptursache der **vorzeitigen Sterblichkeit** sind die Krebserkrankungen: Nahezu jede zweite vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau und jeder dritte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann stirbt an Krebs. Hauptursache der **Krebsfrühsterblichkeit** bei den **Frauen** sind der Brustkrebs und der Lungenkrebs (je 10 Prozent der vorzeitigen Sterbefälle), bei den **Männern** der Lungenkrebs (10 Prozent). Eine wichtige Rolle im Rahmen der vorzeitigen Sterblichkeit spielen des Weiteren Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Frauen 16 Prozent, Männer 22 Prozent). Die höhere Frühsterblichkeit der Männer an den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist vor allem dem Herzinfarkt zuzuschreiben. Etwa jede zwanzigste vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau und etwa jeder zehnte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann erliegt einem Herzinfarkt. Bei den Frauen gewinnen die Ischämische Herzkrankheit bzw. der Herzinfarkt erst im höheren Alter vermehrt an Bedeutung.

Summary: Causes of death

*The **main causes of death** for both women and men are **cardiovascular diseases** and **cancer**. More than half of all women who died in Vienna in 2004 died of a cardiovascular disease, and approximately one quarter died of cancer. For men, only approx. 40 percent died of a cardiovascular disease, and approx. 30 percent died of cancer. The main cause of **premature death** is cancer: Nearly one in two women and one in three men who die before age 65 die of cancer. The main causes of **premature cancer-related deaths** are cancer of the mammary glands and lung cancer for **women** (approx. 10 percent of premature deaths each) and lung cancer for **men** (10 percent). Another significant cause of premature death are cardiovascular diseases (16 percent for women, 22 percent for men). The higher rate of premature cardiovascular disease related deaths in men is in particular due to cardiac infarctions. Approximately one in twenty women and one in ten men who die before age 65 die of a cardiac infarction. For women, ischaemic heart disease and cardiac infarctions only become more significant in higher age.*

Einleitung

Die Ursachen für die im Vergleich zu den Männern deutlich günstigere Situation von Frauen hinsichtlich Lebenserwartung und Sterblichkeit sind nur in Ansätzen bekannt. Wichtige Anhaltspunkte liefern die geschlechtsspezifischen Todesursachen. Frauen und Männer leiden an zum Teil verschiedenen Krankheiten, die sich auf die Lebenserwartung unterschiedlich auswirken. Die Ursachen für diese Unterschiede im Krankheitsspektrum der Geschlechter sind nur zum Teil erforscht, eine Rolle spielen biologische, soziale und verhaltensabhängige Faktoren.

4.2.1 Häufigste Todesursachen von Frauen und Männern

Mehr als die Hälfte der im Jahr 2004 in Wien verstorbenen Frauen (50,6 Prozent) ist an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Grundleiden) verstorben, dagegen waren es bei den in diesem Jahr verstorbenen Männern lediglich 39,8 Prozent. Dagegen sind Krebssterbefälle bei den Frauen seltener (24,2 Prozent) als bei den Männern (29,1 Prozent). Zusammen waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs im Jahr 2004 für drei Viertel der Sterbefälle von Frauen (74,8 Prozent) und für über zwei Drittel der Sterbefälle von Männern (68,9 Prozent) verantwortlich. Im Vergleich dazu sind Sterbefälle aufgrund von Krankheiten der Atmungs- und Verdau-

ungsorgane sowie aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen im Spektrum der Todesursachen seltener. Frauen sind außerdem davon weniger betroffen als Männer. Von den im Jahr 2004 verstorbenen Wiener Frauen sind 5,0 Prozent an Krankheiten der Atmungsorgane, 4,4 Prozent an Krankheiten der Verdauungsorgane und 3,3 Prozent aufgrund von Verletzungen und

Vergiftungen verstorben. Bei den Männern waren Krankheiten der Verdauungsorgane für 6,8 Prozent der Sterbefälle, Verletzungen und Vergiftungen für 6,3 Prozent der Sterbefälle und Krankheiten der Atmungsorgane für 5,6 Prozent der Sterbefälle des Jahres 2004 verantwortlich.

Tabelle 4.4: Todesursachen in Wien 2004 nach Geschlecht

Todesursachen (ICD 10)	Gestorbene			Gestorbene in % aller Sterbefälle		Standardisierte Rate* je 100.000		Gestorbene unter 65 Jahren			
	absolut		davon entfallen auf Frauen in %	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen		Männer	
	Frauen	Männer						absolut	in % aller Sterbefälle	absolut	in % aller Sterbefälle
insgesamt <A00–Y89>	8.873	7.110	55,5	100	100	381,0	628,1	1.297	100	2.266	100
darunter:											
Infektiöse und parasitäre Krankheiten <A00–B99>	86	86	50,0	1,0	1,2	5,5	8,4	29	2,2	63	2,8
Bösartige Neubildungen <C00–C97>	2.144	2.071	50,9	24,2	29,1	116,2	182,3	589	45,4	738	32,6
BN d. Lippe, Mundhöhle u. d. Rachens <C00–C14>	19	85	18,3	0,2	1,2	1,0	7,8	5	0,4	53	2,3
BN des Magens <C16>	106	89	54,4	1,2	1,3	5,1	7,6	23	1,8	30	1,3
BN des Dickdarmes <C18>	198	194	50,5	2,2	2,7	8,8	16,6	26	2,0	37	1,6
BN der Luftröhre, Bronchien u. Lunge <C33–C34>	297	519	36,4	3,3	7,3	18,6	46,6	125	9,6	230	10,2
BN der Brustdrüse <C50>	398	3	99,3	4,5	0,0	23,2	0,2	135	10,4	–	–
BN der Gebärmutter <C53–C55>	98	–	100	1,1	–	5,7	–	32	2,5	–	–
BN des Ovariums <C56>	113	–	100	1,3	–	7,0	–	36	2,8	–	–
BN der Prostata <C61>	–	211	–	–	3,0	–	17,5	–	–	21	0,9
BN der Niere <C64>	32	50	39,0	0,4	0,7	1,6	4,4	7	0,5	18	0,8
BN der Harnblase <C67>	45	75	37,5	0,5	1,1	1,8	6,5	2	0,2	20	0,9
BN d. lymphat.-u.hämatopoet. Gewebes <C81–C96>	180	169	51,6	2,0	2,4	8,9	14,9	34	2,6	57	2,5
Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten <E00–E90>	437	332	56,8	4,9	4,7	20,2	28,7	61	4,7	97	4,3
Diabetes mellitus <E10–E14>	363	280	56,5	4,1	3,9	14,6	23,6	25	1,9	61	2,7
Psychische und Verhaltensstörungen <F00–F99>	37	120	23,6	0,4	1,7	4,1	13,3	28	2,2	98	4,3
Krankheiten des Nervensystems <G00–H95>	149	119	55,6	1,7	1,7	7,1	10,7	28	2,2	35	1,5
Krankheiten d. Herz-Kreislaufsystems <I00–I99>	4.494	2.833	61,3	50,6	39,8	146,8	235,0	209	16,1	495	21,8
Ischämische Herzkrankheiten <I20–I25>	2.342	1.679	58,2	26,4	23,6	77,6	139,9	113	8,7	316	13,9
Akuter Myokardinfarkt <I21–I22>	637	733	46,5	7,2	10,3	26,6	63,2	68	5,2	217	9,6
andere Herzkrankheiten <I30–I33, I39–I52>	806	431	65,2	9,1	6,1	24,4	35,4	21	1,6	60	2,6
Hirngefäßkrankheiten <I60–I69>	579	340	63,0	6,5	4,8	19,8	28,2	33	2,5	61	2,7
Krankheiten der Atmungsorgane <J00–J99>	447	395	53,1	5,0	5,6	16,9	32,7	42	3,2	69	3,0
Krankheiten der Verdauungsorgane <K00–K93>	392	484	44,7	4,4	6,8	20,8	45,0	118	9,1	300	13,2
Chron. Leberkrankheit u. -zirrhose <K70, K73–K74>	151	336	31,0	1,7	4,7	11,0	31,7	94	7,2	239	10,5
Verletzungen und Vergiftungen <V01–Y89>	314	445	41,4	3,5	6,3	19,6	46,8	106	8,2	287	12,7
Unfälle <V01–X59>	200	224	47,2	2,3	3,2	9,7	23,2	38	2,9	121	5,3
Transportmittelunfälle <V01–V99>	35	54	39,3	0,4	0,8	3,0	6,0	16	1,2	45	2,0
Selbstmord und Selbstbeschädigung <X60–X84>	74	181	29,0	0,8	2,5	6,4	19,3	46	3,5	138	6,1

* Standardisiert nach der Weltstandardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i); sowie Arbeitstabellen der Statistik Austria (Tabelle 2.24); eigene Berechnungen.

Was die **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** betrifft, so sind mehr als ein Viertel der im Jahr 2004 verstorbenen Frauen (26,4 Prozent) und knapp ein Viertel aller Männer (23,6 Prozent) an *Ischämischen Herzkrankheiten* verstorben, zu denen auch der Herzinfarkt zählt. Letzterer war in 7,2 Prozent der Todesfälle von Frauen und 10,3 Prozent der Todesfälle von Männern Grundleiden. Hirngefäßkrankheiten (Schlaganfall) waren dagegen etwas seltener Todesursache. 6,5 Prozent der Sterbefälle von Frauen und 4,8 Prozent der Sterbefälle von Männern waren 2004 darauf zurückzuführen.

Die häufigsten **Krebstodesursachen** sind bei den Frauen der Brustkrebs (4,5 Prozent aller Sterbefälle des Jahres 2004), der Lungenkrebs (3,3 Prozent), der Dickdarmkrebs (2,2 Prozent), der Eierstockkrebs (1,3 Prozent) und der Gebärmutterkrebs (1,1 Prozent). Bei den Männern ist der Lungenkrebs (7,3 Prozent aller Sterbefälle) die mit Abstand häufigste Krebstodesursache, gefolgt vom Prostatakrebs (3,0 Prozent) und Dickdarmkrebs (2,7 Prozent).

4.2.2 Todesursachen im Geschlechtervergleich

55,5 Prozent der im Jahr 2004 in Wien Verstorbenen waren Frauen. Der **Frauenanteil** variiert je nach Todesursachengruppe bzw. Todesursache. Am höchsten ist er bei den *Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems*. Dagegen erleiden mehr Männer als Frauen einen tödlichen Herzinfarkt. Bei den *Kreberkrankungen* halten sich Frauen- und Männeranteil in etwa die Waage. Abgesehen von den Kreberkrankungen, die (fast) ausschließlich bei Frauen vorkommen, wie Brust-, Gebärmutter- und Eierstockkrebs, versterben auch mehr Frauen als Männer an Magenkrebs. Der Männeranteil überwiegt (abgesehen vom Prostatakrebs) dagegen bei Lungen-, Harnblasen- und Nierenkrebs. Mehr Frauen als Männer sterben an *Krankheiten des Nervensystems* sowie an *Stoffwechselkrankheiten* (auch an Diabetes mellitus). Dagegen überwiegen bei den Todesfällen aufgrund von *psychischen und Verhaltensstörungen* (zurückzuführen vor allem auf Störungen durch Alkohol), von *Krankheiten der Verdauungsorgane* (hier insbesondere bei den Lebererkrankungen) und von *Verletzungen und Vergiftungen* (hier insbesondere bei Selbstmord und Selbstbeschädigung sowie bei Transportmittelunfällen) Todesfälle von Männern.

Obwohl in absoluten Zahlen mehr Frauen als Männer sterben, ist die **altersstandardisierte Sterblichkeit** der Frauen deutlich niedriger als jene der Männer. Die höhere Zahl weiblicher Sterbefälle ist vor allem ein Resultat des Überwiegens der Zahl der Frauen sowie ihres höheren Alters. Schaltet man mittels Altersstandardisierung den aus der unterschiedlichen Alterstruktur der Geschlechter resultierenden Einfluss aus, so ist die Sterblichkeit der Frauen um ca. vierzig Prozent niedriger als jene der Männer. Die standardisierte Sterblichkeit von Frauen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartigen Neubildungen ist etwa ein Drittel, jene aufgrund von Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane um etwa die Hälfte und jene aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen um nahezu 60 Prozent niedriger als die der Männer.

Unter den *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* ergeben sich vor allem beim Akuten Myokardinfarkt große Geschlechtsunterschiede: Die standardisierte Sterblichkeit der Frauen liegt hier nahezu 60 Prozent unter jener der Männer.

Im Rahmen der *Krebssterblichkeit* bestehen (abgesehen von den geschlechtsspezifischen Kreberkrankungen) vor allem deutliche Geschlechtsunterschiede bei bösartigen Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens (das Sterberisiko der Frauen liegt hier um 86 Prozent unter jenem der Männer), bei bösartigen Neubildungen der Harnblase (Frauen haben hier ein um 70 Prozent niedrigeres Sterberisiko) sowie bei bösartigen Neubildungen der Niere und beim Lungenkrebs (wo die Sterblichkeit der Frauen um ca. 60 Prozent unter jener der Männer liegt).

4.2.3 Krankheitsursachen der vorzeitigen Sterblichkeit

In Wien sind im Jahr 2004 1.297 Frauen und 2.266 Männer vor dem 65. Lebensjahr gestorben, das sind 14,6 Prozent der Sterbefälle von Frauen und 31,9 Prozent jener der Männer. Bestimmend für die **vorzeitige Sterblichkeit** (d. h. der Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr) der Frauen (und Männer) sind vor allem die *Kreberkrankungen*: Im Jahr 2004 ist in Wien nahezu jede zweite (45,4 Prozent) vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau und jeder dritte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann (32,6 Prozent) an einer Kreberkrankung gestorben. Die wichtigste Rolle im Rahmen der Krebsfrühsterblichkeit der Frauen spielen der

Brustkrebs (10,4 Prozent der vorzeitigen Sterbefälle), der Lungenkrebs (9,6 Prozent) sowie die Krebserkrankungen der Gebärmutter und Eierstöcke (zusammen 5,3 Prozent). Bei den Männern steht im Rahmen der Krebsfrühsterblichkeit der Lungenkrebs im Vordergrund (10,2 Prozent). Ebenso viele Männer sterben vor dem 65. Lebensjahr an Herzinfarkt.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die insgesamt bei beiden Geschlechtern die wichtigste Todesursachengruppe sind, sind lediglich für 16,1 Prozent der vorzeitigen Sterbefälle von Frauen und 21,8 Prozent der vorzeitigen Sterbefälle von Männern ausschlaggebend. Die höhere Frühsterblichkeit der Männer an dieser Krankheitsgruppe ist vor allem auf die Ischämischen Herzkrankheiten, insbesondere den Herzinfarkt, zurückzuführen. Nahezu jeder zehnte vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Mann (9,6) ist einem Herzinfarkt erlegen, aber nur etwa jede zwanzigste vor dem 65. Lebensjahr verstorbene Frau (5,2 Prozent). Bei den Frauen gewinnen Ischämische Herzkrankheiten erst mit dem Alter vermehrt an Bedeutung, im jüngeren und mittleren Lebensalter scheinen Frauen durch ihre hormonelle Konstellation eher davor geschützt zu sein. Eine wichtige Ursache für die vorzeitige Sterblichkeit sind *Verletzungen*

und Vergiftungen. Diese sind jedoch bei den Frauen etwas seltener Ursache der vorzeitigen Sterblichkeit als bei den Männern: 8,2 Prozent Frauen und 12,7 Prozent der vor dem 65. Lebensjahr verstorbenen Männer sind an Verletzungen und Vergiftungen gestorben.

Analog zur den Unterschieden in der vorzeitigen Sterblichkeit ergeben sich je Todesursache und Geschlecht auch Unterschiede im durchschnittlichen Sterbealter: Während es bei den Krebserkrankungen, insbesondere beim Brustkrebs (71,0 Jahre, bezogen auf Wien im Jahr 2004), niedrig ist, ist es bei den Krankheiten des Kreislaufsystems hoch (Frauen 84,4 Jahre, Männer 76,9 Jahre). Das durchschnittliche Sterbealter für Herzinfarkt ist etwas niedriger und liegt bei den Frauen etwa 8 Jahre über dem der Männer (Frauen 79,9 Jahre, Männer 71,8 Jahre). Im Vergleich dazu ist das durchschnittliche Sterbealter für die Arteriosklerose deutlich höher, auch der Geschlechtsunterschied ist hier geringer (86,0 Jahre, Männer 82,0 Jahre). Das niedrigste durchschnittliche Sterbealter findet sich bei beiden Geschlechtern bei den Verletzungen und Vergiftungen (Frauen 69,1 Jahre, Männer 55,0 Jahre), insbesondere den Transportmittelunfällen (Frauen 58,1 Jahre, Männer 46,3 Jahre).⁹⁸

⁹⁸ Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

4.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Zusammenfassung

Insgesamt sterben mehr Frauen als Männer an **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**. Bei Frauen führen Herz-Kreislauf-Erkrankungen insbesondere im höheren Lebensalter zu einem steigenden Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung. Zu den **Risikofaktoren** der koronaren Herzkrankheit und des Herzinfarkts zählen der Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Diabetes, Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel, familiäre Belastung, soziale und psychosoziale Faktoren (berufliche Belastung, ungünstige Sozillage). Jedoch gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Ausmaß des Einflusses und im Zusammenwirken auf das Erkrankungsrisiko. Beispielsweise findet sich bei Frauen mit koronarer Herzkrankheit Diabetes deutlich häufiger. Durch die Zunahme bestimmter Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Diabetes mellitus) ist in den nächsten Jahren mit einer Zunahme der Herzinfarkt-morbidität und -mortalität bei Frauen zu rechnen.

Die Frauengesundheitsforschung verweist auf **frauenspezifische Defizite im Zugang zur Behandlung, in der Diagnose und Therapie des akuten Myokardinfarkts**. Die frauentypischen Beschwerden (wie Übelkeit und Erbrechen, ziehende bzw. stechende Schmerzen zwischen den Schulterblättern) lassen eher als bei Männern an andere Krankheiten denken. Dies trägt zusammen mit der Tatsache, dass viele der betroffenen (vor allem älteren) Frauen allein stehend sind, dazu bei, dass Frauen häufiger vor dem Erreichen des Krankenhauses versterben bzw. in einem bedenklichen Zustand ins Krankenhaus eingeliefert werden und dort versterben. Zugleich erhöhen bei Frauen das höhere Alter und bestehende Begleitkrankheiten das Mortalitätsrisiko. Besondere Probleme im Zugang zur medizinischen Versorgung und bei Diagnose und Therapie des Herzinfarkts ergeben sich laut vorliegender Studien bei Migrantinnen.

Summary: Cardiovascular diseases

Overall, more women than men die due to **cardiovascular diseases**. In women cardiovascular diseases especially in high age lead to an increased need for medical and nursing care. The **risk factors** for coronary heart disease and cardiac infarction are hypertension, elevated blood lipids, diabetes, overweight, smoking, lack of exercise, familial predisposition, and social and psychosocial factors (workload, unfavourable social situation). However, there are gender-specific differences in the amount of influence and interaction these factors have on the risk of developing the disease. For example, women with coronary heart disease have diabetes significantly more often than men. Due to an increase in certain risk factors (e.g. smoking, diabetes mellitus) we can expect an increase in the morbidity and mortality of women as regards cardiac infarction in the coming years.

Women's health research indicates **deficits specific to women in the access to treatment, and in the diagnosis and therapy of acute myocardial infarction**. The symptoms typical to women (such as nausea and vomiting, pulling or stabbing pain between the shoulder blades) can cause a diagnosis of another illness more easily than the male symptoms. In combination with the fact that many of the affected women (in particular elderly ones) live alone this means that women die more frequently before reaching the hospital or are in a very serious state when they reach the hospital, and die there. Additionally, the higher age and concomitant diseases increase the risk of mortality for women. Studies show that female immigrants have particular obstacles in the access to treatment, diagnosis and therapy of cardiac infarction.

Einleitung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören international zu den häufigsten Todesursachen. Österreich liegt im Vergleich europäischer Länder bei der Herz-Kreislauf-Mortalität im oberen Bereich. Die höchste Herz-Kreislauf-Mortalität innerhalb Europas findet sich in den ehemaligen Ostblockstaaten (Ungarn, Slowakei, Tschechien, etc.). Bei den Frauen sind die Mortalitätsraten niedriger als bei den Männern; auch die Unterschiede zwischen den Ländern sind bei den Frauen geringer.⁹⁹

Zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen alle Erkrankungen des arteriellen und venösen Systems. Es sind dies nach ICD-10 (International Classification of Diseases) im Einzelnen folgende Diagnosen: Akutes rheumatisches Fieber (I00–I02), Chronische rheumatische Herzkrankheiten (I005–I09), Hypertonie (Hochdruckkrankheit; I10–I15), Ischämische Herzkrankheiten (I20–I25; zu denen auch der Herzinfarkt gehört), Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes (I26–I28), Sonstige Formen der Herzkrankheit inkl. Herzinsuffizienz (I30–I52), Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60–I69), Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (I70–I79), Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert (I80–I89), Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems (I95–I99). Das Augenmerk gilt hier vor allem den Ischämischen Herzkrankheiten, da sich insbesondere hier frauenspezifische Besonderheiten zeigen.

Zur Erforschung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen

Bis in die 1970er Jahre wurden Herz-Kreislauf-Erkrankungen fast ausschließlich bei Männern thematisiert.¹⁰⁰ Die höheren Inzidenz- und Prävalenzraten von Herzerkrankungen sowie die höhere Sterblichkeit infolge dieser Erkrankungen (insbesondere an der Ischämischen

Herzkrankheit) bei Männern mittleren Alters haben dazu geführt, die koronare Herzkrankheit vorwiegend als Sache des Mannes mittleren Alters zu sehen.

Auf Defizite hinsichtlich der Erforschung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen und die Benachteiligung von Frauen bei der Diagnostik und Therapie der Ischämischen Herzkrankheit wurde anhand von Studien zunächst in den USA und später auch in Europa aufmerksam gemacht.¹⁰¹ Um die frauenspezifischen Besonderheiten bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen genauer zu bestimmen, wurden Studien, in die auch Frauen einbezogen waren, nachträglich unter geschlechtsspezifischen Aspekten ausgewertet,¹⁰² was allerdings nur begrenzt möglich war. Aufgrund des Alterslimits in den Studien standen meist nur wenige Patientinnen zur Verfügung. Aber auch ethische Gründe (Vermeidung von Medikamentenwirkungen im Falle nicht bekannter Frühschwangerschaft) trugen zum Ausschluss von Frauen aus einschlägigen Studien bei. Außerdem ließ sich ein wichtiges therapeutisches Erfolgskriterium beim Herzinfarkt, nämlich die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit, bei Frauen (aufgrund ihrer geringeren Erwerbsbeteiligung bzw. des späteren Auftretens von Herzerkrankungen) meist nicht überprüfen.¹⁰³ Der Ausschluss von Frauen aus den Studien bedeutet unter anderem, dass Frauen verabreichte Medikamente nicht für Frauen ausgetestet wurden.¹⁰⁴

Erst in den späten 70er Jahren wurden frauenspezifische Untersuchungen durchgeführt, wie etwa die prospektive „Nurses Health Study“.¹⁰⁵ 1991 initiierten die National Institutes of Health der USA die Women's Health Initiative (WHI).¹⁰⁶ Ziel der Studie war es unter anderem, den Einfluss der hormonellen Situation der Frau auf das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu bestimmen. Dahinter steht die Frage, inwieweit die körpereigenen Östrogene einen Schutzfaktor gegen den Herzinfarkt darstellen¹⁰⁷ bzw. ab der Menopause die Hormonersatztherapie davor schützt.

⁹⁹ OECD, Health Data 2002; zitiert nach STADT WIEN (2003), S. 34.

¹⁰⁰ NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE (1990).

¹⁰¹ ANYANIAN et al. (1991); STEINGART et al. (1991); WENGER (1992); DELLBORG, SWEDBERG (1993); WENGER et al. (1993), ZÖLLER (1999).

¹⁰² Z. B. KANNEL (1987).

¹⁰³ BMFSFJ (2001).

¹⁰⁴ HOCHLEITNER (2005), S. 79 f.

¹⁰⁵ BELANGER et al. (1978).

¹⁰⁶ ASSAF, CARLETON (1996).

¹⁰⁷ JOHNSON (1996).

Festgestellt wurden (zunächst für die USA) Benachteiligungen von Frauen bei der Diagnose und Therapie des Herzinfarkts. Auswertungen des MONICA Herzinfarktregisters Augsburg¹⁰⁸ im Jahr 1995 zeigen für die Krankenhausbehandlungsfälle der Jahre 1985 bis 1992 in der Region Augsburg (Alter: 25 bis 74 Jahre), dass (mit Ausnahme der Koronarangiografien) seit 1989 keine Geschlechtsunterschiede in der Akutbehandlung mit modernen Behandlungsverfahren mehr bestanden haben.¹⁰⁹ Aufgrund des Alterslimits ist jedoch ein Großteil der betroffenen Frauen aus der Studie ausgeschlossen.¹¹⁰ Die Analyse des GUSTO-I-Trials,¹¹¹ in welches mehr als 30.000 Männer und 10.000 Frauen nach Herzinfarkt einbezogen waren, ergab, dass Geschlechtsunterschiede in der Behandlung mit Thrombolytika (Medikamente zur frühzeitigen Auflösung des die Herzkranzarterie verschließenden Thrombus) überwiegend auf die bei Frauen längere Zeitspanne zwischen dem Auftreten des Herzinfarkts und der Einlieferung in das Krankenhaus zurückzuführen waren. Die verspätete Inanspruchnahme medizinischer Hilfe wird auf die weniger spezifische Beschwerdesymptomatik von Frauen zurückgeführt.¹¹² Auch die Lebensumstände älterer Frauen, die zu einem erheblichen Teil allein stehend sind, verzögern häufig die rechtzeitige Kontaktierung des notfallmedizinischen Systems.¹¹³

Laut Forschungsergebnissen an der Universitätsklinik Innsbruck kommen auch in Österreich Frauen bei einem Herzinfarkt oft erst in einem fortgeschrittenerem Stadium der Erkrankung ins Krankenhaus, obwohl sie häufiger als Männer zum niedergelassenen Arzt gehen. 67,9 Prozent der untersuchten Frauen im Vergleich zu 59,7 Prozent der Männer waren bereits vorher in ärztlicher Behandlung. Es zeigte sich, dass Frauen häufiger mit dem Rettungswagen und seltener mit dem Notarztwagen als Männer in die Klinik eingeliefert werden, keine einzige Frau wurde mit dem Notarztwagenschrauber in die Klinik gebracht im Vergleich zu drei Prozent

der Männer. Die Art des Transportes ist jedoch nicht nur für das prähospital Risiko, sondern auch für das weitere Vorgehen im Krankenhaus von Bedeutung.¹¹⁴ Bei Männern werden außerdem deutlich häufiger Herzkatheteruntersuchungen und Bypass-Operationen durchgeführt als bei Frauen, auch im Zeitvergleich ist hier keine Verbesserung festzustellen.¹¹⁵ Bei Anschlussheilverfahren (Betreuung in einem Rehabilitationszentrum) nach einer Bypass-Operation zeigte sich im Erhebungsjahr 1995 eine krasse Benachteiligung von Frauen. Allerdings kam es zwischen 1995 und 2000 zu einer deutlichen Verringerung der Geschlechterdifferenz. Für Frauen wurde außerdem eine erhöhte Mortalität nach dem Herzinfarkt festgestellt. Besonders starken Benachteiligungen unterliegen Migrantinnen.¹¹⁶

Die vorliegenden Studien verweisen auf die Erfordernis einer besonderen Sensibilität gegenüber Benachteiligungen von Frauen, und hier insbesondere von Migrantinnen, hinsichtlich des Zugangs zur Behandlung sowie bei der Diagnose und Therapie der koronaren Herzkrankheit.

Herzinfarktsymptome bei Frauen

Wichtig für die rechtzeitige Kontaktierung des notfallmedizinischen Systems und damit die Verbesserung der Überlebenschance bei einem Herzinfarkt ist die Kenntnis der frauenspezifischen Besonderheiten in der Herzsymptomatik. Nach den Ergebnissen des Augsburger Herzinfarktregisters (MONICA-Projekt) beginnt der Herzinfarkt bei der überwiegenden Mehrheit (Frauen: 82 Prozent, Männer: 85 Prozent) mit plötzlich auftretenden, brennenden oder stechenden Brustschmerzen. Über die als typisch geltende Ausstrahlung in den linken Arm berichten nur 57 Prozent der Frauen und 52 Prozent der Männer. Weitere plötzlich einsetzende Symptome sind (mit abnehmender Häufigkeit) der Ausbruch von kaltem Schweiß (typischer für Män-

¹⁰⁸ Das MONICA Projekt Augsburg (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) ist seit 1984 in das weltweite MONICA Projekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingebunden. Die Datenerhebungsphase ist abgeschlossen, die Daten stehen für weitere Analysen zur Verfügung.

¹⁰⁹ LÖWEL et al. (1995).

¹¹⁰ Vgl. dazu HOCHLEITNER (2005), S. 77.

¹¹¹ WEAVER et al. (1996).

¹¹² MAYNARD et al. (1991).

¹¹³ HÄRTEL, LÖWEL (1998); LÖWEL et al. (1998).

¹¹⁴ HOCHLEITNER (1997 UND 1998).

¹¹⁵ HOCHLEITNER (2000).

¹¹⁶ HOCHLEITNER, BADER (2004); HOCHLEITNER (2005).

ner), Übelkeit und Erbrechen (typischer für Frauen), Atemnot, Schmerzen zwischen den Schulterblättern (typischer für Frauen), Todesangst, Schmerzausstrahlungen in den rechten Arm, in den Kiefer/Nacken (typischer für Frauen) und den Oberbauch. Diese Beschwerden treten in unterschiedlichen Kombinationen und mit unterschiedlicher Intensität auf. Sie werden insbesondere bei Frauen oft fehlgedeutet bzw. unterschätzt,

weil Betroffene und Anwesende nicht mit der als für Männer typisch geltenden Krankheit rechnen. Die bei Frauen häufigeren Symptome (schlagartige Übelkeit mit und ohne Erbrechen und/oder ziehende bzw. stechende Schmerzen zwischen den Schulterblättern) werden oft nicht mit einem Herzinfarkt in Verbindung gebracht. Aufklärung ist hier daher besonders wichtig.

Tabelle 4.5: Akute Herzinfarktsymptome nach Geschlecht

	Frauen	Männer	relatives Risiko*
	Prozent, altersstandardisiert		
Brustschmerz	82	85	n.s
Schmerz im linken Arm	57	52	1,10
Schweißausbruch	48	54	0,88
Übelkeit/Erbrechen	49	35	1,40
Atemnot	45	43	n.s
Schmerz in linker Schulter	36	21	1,68
Todesangst	34	31	n.s
Schmerz im rechten Arm	30	28	n.s
Schmerz in Kiefer/Nacken	29	24	1,36
Oberbauchbeschwerden	11	14	n.s

* Konfidenzintervall: 95 Prozent; n.s = nicht signifikant.
 Population: 3.959 KrankenhauspatientInnen.

Quelle: MONICA Augsburg Herzinfarktregister 1985–1995; zitiert nach BMFSFJ (2001), S. 125.

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Risikofaktoren für das Entstehen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden zunächst vorwiegend bei Männern untersucht. Die Präventionskampagnen konzentrierten sich zuerst vorwiegend auf das Thema Bluthochdruck.¹¹⁷ Zu den Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit zählen neben dem Bluthochdruck erhöhte Blutfettwerte, Diabetes, Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel, familiäre Belastung, soziale und psychosoziale Faktoren (berufliche Belastung, ungünstige Sozillage). Diese Risikofaktoren, die sich zu einem erheblichen Teil durch medikamentöse und verhaltensbezogene Maßnahmen präventiv beeinflussen lassen, gelten grundsätzlich für beide Geschlechter.¹¹⁸ Allerdings bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede

im Ausmaß des Einflusses und im Zusammenwirken auf das Erkrankungsrisiko. Laut CORA- (Coronary Risk Factors for Atherosclerosis in Women) Studie,¹¹⁹ haben Frauen mit koronarer Herzkrankheit (ohne Ausnahme) zumindest einen der bekannten Risikofaktoren (hoher Blutdruck, Diabetes, Rauchen, Fettwechselstörung). In über 90 Prozent der Fälle liegt eine Kombination von zwei (oder mehreren) dieser Risikofaktoren vor. Häufigste Risikokonstellation ist bei Frauen das Metabolische Syndrom (Diabetes und zwei weitere Risiken), das sich bei zwei Drittel der Patientinnen findet. Diabetes (insbesondere die Insulinresistenz) ist bei Frauen mit koronarer Herzkrankheit deutlich häufiger. Koronarkranke und gesunde Frauen unterscheiden sich bei Krankheitsausbruch weder in ihrem Gewicht, noch im Body Mass Index, jedoch deutlich im Taillenumfang. Außerdem erfolgt der Gewichtsanstieg bei ko-

¹¹⁷ HOCHLEITNER (2005).

¹¹⁸ DAVIGLUS et al (2003).

¹¹⁹ ZYRIAX (2002). Verglichen wurden in Hamburg Patientinnen mit neu aufgetretener koronarer Herzkrankheit mit gleichaltrigen gesunden Frauen.

ronarkranken Frauen früher. Koronarerkrankungen gehen in hohem Maße mit einer ungünstigen Ernährung (kalorienreiche Ernährung, hohes Ausmaß an tierischen Fetten, wenig Obst und Gemüse) und wenig sportlicher Betätigung einher. Ernährungsfaktoren erklären laut CORA-Studie einen Großteil der aufgetretenen Koronarerkrankungen und beeinflussen die bekannten Risikofaktoren. Sie gelten daher als wichtiger Ansatzpunkt für die Prävention. Rauchen ist vor allem im Zusammenhang mit einem metabolischen Syndrom gefährlich, spielt aber auch in Verbindung mit der Hormonersatztherapie eine ungünstige Rolle.

Ingesamt erleiden laut CORA-Studie signifikant weniger Frauen unter Hormonersatztherapie einen Herzinfarkt, da sie zugleich einen gesünderen Lebensstil haben. Frauen unter Hormonersatztherapie, die einen Herzinfarkt erleiden, haben einen extrem ungünstigen Lebensstil (ungesunde Ernährung, häufiges Rauchen). Es gibt aber auch eine Untergruppe von Frauen, die aus genetischen Gründen nicht positiv auf Östrogene reagieren. Unter soziodemografischen Gesichtspunkten haben Frauen mit höherer Bildung und berufstätige Frauen ein geringeres Infarktisiko.

Die Auswirkungen der Hormonersatztherapie auf die koronare Herzkrankheit werden in der Forschung kontroversiell diskutiert. Während in früheren Studien (es handelte sich hier überwiegend um Beobachtungsstudien) ein protektiver Effekt der Hormonersatztherapie auf koronare Ereignisse festgestellt wurde, konnte in randomisierten kontrollierten klinischen Studien, wie etwa der Women's Health Initiative-Studie (WHI)¹²⁰, ein solcher Effekt nicht nachgewiesen werden. Im Östrogen-Gestagen-Arm der WHI-Studie fand sich ein erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankungen. Im Östrogen-Arm der WHI-Studie wurde nach einer Beobachtungszeit von 6,8 Jahren (Median) keine Beeinflussung des kardiovaskulären Risikos gefunden.

Viele der genannten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei Frauen in Wien weit verbreitet

und großteils auch häufiger als im gesamten Bundesgebiet (wie etwa Bluthochdruck, Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen). Zu beobachten ist unter den Wienerinnen häufig eine Kumulation, d. h. ein gemeinsames Auftreten verschiedener Risikofaktoren, wie etwa starkes Rauchen, körperliche Inaktivität und Übergewicht,¹²¹ wodurch sich das Erkrankungsrisiko potenziert. Im Frauen-Männer-Vergleich sind außerdem deutliche **altersspezifische Unterschiede** bei den somatischen und verhaltensbedingten Risikofaktoren erkennbar. Während bis zum mittleren Lebensalter (55 bis 65 Jahre) Männer stärker durch Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und Übergewicht belastet sind als Frauen, sind im höheren Alter die Frauen diesen Risikofaktoren stärker ausgesetzt.¹²²

Jahrzehntelang waren die Daten der Framingham-Studie¹²³ Ausgangspunkt aller Risikoabschätzungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine Übertragung amerikanischer Studienergebnisse auf europäische Verhältnisse scheint jedoch nicht unproblematisch. Die Europäische Kardiologische Gesellschaft¹²⁴ hat für Europa eigene Risikoprofile für Frauen und Männer erstellt und berücksichtigt außerdem verschiedene Risikozonen. Unterschieden wird zwischen Ländern mit niedrigem Risiko (Belgien, Frankreich, Griechenland, Italien, Luxemburg, Spanien, Schweiz und Portugal) und solchen mit hohem, zu denen auch Österreich zählt. Schwerpunkte der Risikoevaluierung sind Rauchstopp, gesunde Ernährung, Bewegungssteigerung, Übergewicht, Hochdruck, Blutfettwerte und Diabetes mellitus. Weitere Risikofaktoren werden noch eingearbeitet. Angeboten werden Tipps für Behandlungsstrategien und Lebensstilveränderungen.¹²⁵

Morbidität und Mortalität

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 sind von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung in Wien laut Eigenangaben 5,8 Prozent der Frauen und 6,7 Prozent der Männer von Krankheiten des Kreislaufsystems betroffen. Die Prävalenzen nehmen im höheren

¹²⁰ WHI (Women's Health Initiative) (1998), (2002), (2004).

¹²¹ STADT WIEN (2002), S. 56 f.

¹²² Vgl. dazu auch STADT WIEN (2002), S. 56.

¹²³ <http://www.framingham.com/heart/>

¹²⁴ European Society of Cardiology; http://www.escardio.org/knowledge/decision_tools/heartscore/?hit=pna

¹²⁵ Zitiert nach HOCHLEITNER (2006). In den Wissenschaftlichen Grundlagen für die VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 88, werden für Personen bis 39 Jahren der AHA (American Heart Association) Risk Calculator, für Personen ab 40 Jahren die New Zealand Risk Scale empfohlen.

Lebensalter zu. So etwa waren von den 60-Jährigen und älteren 15,2 Prozent der Frauen und 20,8 Prozent der Männer von Krankheiten des Kreislaufsystems betroffen.¹²⁶ Im Mikrozensus 1999 gaben von den in Privathaushalten lebenden Personen in Wien auf die Frage nach chronischen Krankheiten, an denen die Befragten dauernd leiden, 0,2 Prozent der Frauen und 0,4 Prozent der Männer Herzinfarkt sowie 0,2 Prozent der Frauen und 0,5 Prozent der Männer Schlaganfall an.¹²⁷ Nicht inkludiert ist in beiden Erhebungen die Anstaltenbevölkerung (vorwiegend in Pensionisten- und Pflegeheimen lebende Frauen höheren Alters).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Todesursachen. Innerhalb dieser spielt die Ischämische Herzkrankheit und hier wiederum der Herzinfarkt eine herausragende Rolle. Im Jahr 2004 war in Wien bei jeder zweiten verstorbenen Frau (50,6 Prozent) und bei etwa jedem dritten verstorbenen Mann (39,8 Prozent) eine Herz-Kreislauf-Erkrankung Todesursache (Hauptdiagnose), bei etwa jeder und jedem vierten Verstorbenen eine Ischämische Herzkrankheit (Frauen 26,4 Prozent, Männer 23,6 Prozent), bei jeder vierzehn-

ten verstorbenen Frau (7,2 Prozent) und jedem zehnten verstorbenen Mann (10,3 Prozent) ein akuter Myokardinfarkt. Männer sterben früher an den angeführten Krankheiten als Frauen (vgl. dazu Tabelle 4.4). Auch die aufgrund dieser Diagnosen stationär behandelten Frauen sind durchwegs älter als die stationär behandelten Männer (vgl. dazu Tabelle 4.7).

Während (in absoluten Zahlen und auch pro 100.000) mehr Frauen an *Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems* und *Ischämischen Herzkrankheiten* versterben, überwiegen bei den Sterbefällen an akutem Myokardinfarkt die Männer. Eine Ausnahme zeigt sich für die ältere Bevölkerung: Und zwar sterben ab dem Alter von 75 Jahren mehr Frauen an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und Ischämischen Herzkrankheiten, ab dem Alter von 85 Jahren auch mehr Frauen an akutem Myokardinfarkt als Männer. Das Sterberisiko (Sterbefälle bezogen auf 100.000 der jeweiligen Bevölkerung) für die genannten Krankheitsgruppen bzw. Krankheiten ist jedoch bei Männern in *allen* Altersgruppen höher als jenes der Frauen. Allerdings verringert sich der Abstand mit zunehmendem Alter.¹²⁸

Tabelle 4.6: Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht

Alter (vollendete Jahre)	Sterbefälle (Diagnosen nach ICD-10)											
	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <I00–I99>				Ischämische Herzkrankheiten <I20–I25>				Akuter Myokardinfarkt <I21–I22>			
	absolut		je 100.000		absolut		je 100.000		absolut		je 100.000	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0 – 14	1	–	0,9	–	–	–	–	–	–	–	–	–
15 – 24	2	5	2,2	5,4	1	2	1,1	2,1	1	2	1,1	2,1
25 – 34	7	6	5,7	5,0	2	1	1,6	0,8	2	1	1,6	0,8
35 – 44	12	39	8,7	27,6	5	15	3,6	10,6	2	11	1,4	7,8
45 – 54	34	119	31,6	117,1	21	82	19,5	80,7	11	65	10,2	63,9
55 – 64	153	326	137,3	327,2	84	216	75,4	216,8	52	138	46,7	138,5
65 – 74	307	510	461,1	996,9	183	322	274,8	629,4	89	169	133,7	330,4
75 – 84	1.525	1.009	2.234,9	3.096,7	755	595	1.106,5	1.826,1	241	247	353,2	758,1
85+	2.453	819	10.952,4	12.113,6	1.291	446	5.764,2	6.596,7	239	100	1.067,1	1.479,1
gesamt	4.494	2.833	531,2	369,2	2.342	1.679	276,8	218,8	637	733	75,3	95,5

Quelle: Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 153f.; eigene Berechnungen.

¹²⁶ STADT WIEN (2001), S. 198 f.

¹²⁷ STADT WIEN (2002), S. 106 f.; STADT WIEN (2004), S. 93 f.

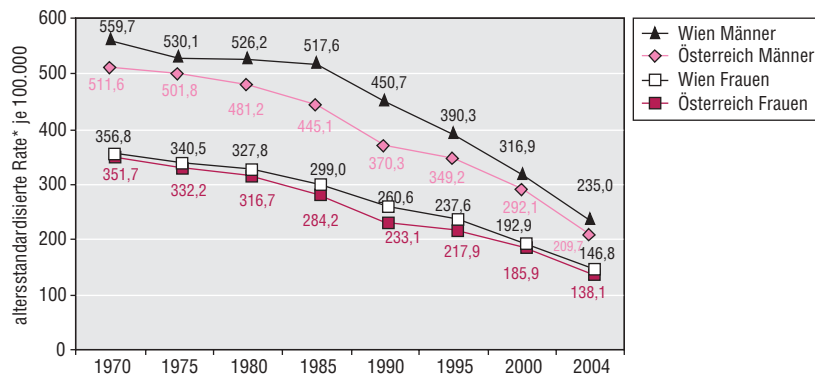
¹²⁸ Eine Ausnahme findet sich bei den 25- bis 34-Jährigen, was jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen und Unterschiede schwer zu interpretieren ist.

Entwicklung der Mortalität

Die **Sterblichkeit** von Frauen (und Männern) aufgrund von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** konnte in den ver-

gangenen Jahrzehnten in Wien (und im gesamten Bundesgebiet) deutlich reduziert werden. Sie ist in Wien höher als im gesamten Bundesgebiet. Bei den Frauen ist der Unterschied geringer als bei den Männern.

Grafik 4.1: Mortalität aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (<I00–I99>) in Wien und Österreich 1970 bis 2004 nach Geschlecht



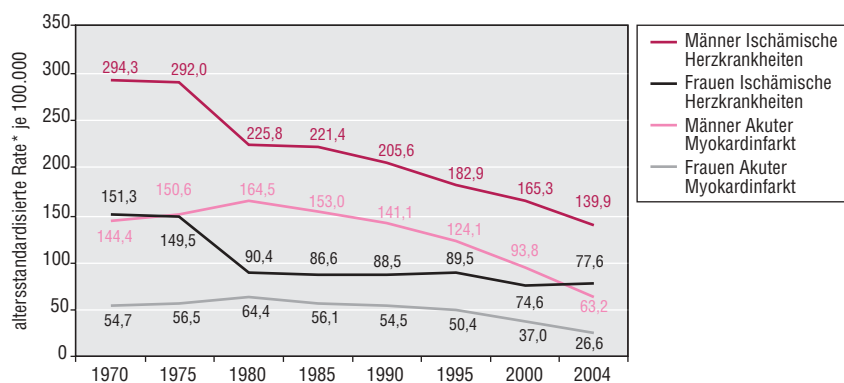
* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; zur Verfügung gestellt von der STATISTIK AUSTRIA.

Die Mortalität aufgrund **Ischämischer Herzkrankheiten** war bei Frauen seit den 80er Jahren nur schwach rückläufig, bei den Männern jedoch deutlich. Die Abnahme der Mortalität aufgrund der Ischämischen

Herzkrankheit ist vor allem in Zusammenhang mit der Abnahme der Mortalität aufgrund von **Akutem Myokardinfarkt** zu sehen, die jedoch bei den Frauen geringer als bei den Männern ist.

Grafik 4.2: Sterbefälle aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten (<I120–I25>) und Akutem Myokardinfarkt (<I21–I22>) in Wien seit 1970 bis 2004 nach Geschlecht



* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; zur Verfügung gestellt von der STATISTIK AUSTRIA.

Der Rückgang der Sterblichkeit aufgrund von Akutem Myokardinfarkt kann sowohl durch einen Rückgang des Erkrankungsrisikos (etwa aufgrund präventiver Maßnahmen) und/oder einem geringeren Auftreten von Re-Infarkten bzw. einer Abnahme der Sterblichkeit nach Eintritt der Krankheit (etwa aufgrund verbesserter Behandlungsmöglichkeiten) bedingt sein. Die Klärung dieser Frage setzt Verlaufsdaten zur Morbidität voraus. Bisher stehen solche Daten für Wien (und Österreich) nicht zur Verfügung.

Die Ergebnisse für die Region Augsburg zeigen, dass die Herzinfarktrate (tödliche und nichttödliche Erst- und Re-Infarkte) bei Männern stärker abnimmt als bei den Frauen. Während bei den 55- bis 74-jährigen Frauen ein Rückgang der Herzinfarktrate zu verzeichnen war, nahm sie jedoch bei den jüngeren Frauen (25 bis 54 Jahre) zu. Diese Zunahme des Herzinfarktrisikos in dieser Altersgruppe korreliert mit der Zunahme des Rauchens, bei unveränderten Cholesterinwerten. Bei den Männern korrelieren die Abnahmen mit dem Rückgang des Rauchens, einer Abnahme von Cholesterinwerten sowie einer Intensivierung der diagnostischen Abklärung und Behandlung von Personen mit instabiler Angina pectoris zur Vermeidung eines Herzinfarkts.¹²⁹

Prognose

Zwar haben sich, nicht zuletzt aufgrund verbesserter Behandlungsmöglichkeiten, die Überlebenschancen nach einem Herzinfarkt deutlich erhöht (auch Re-Infarkte sind seltener), dennoch überleben entsprechend den vorliegenden Schätzungen weltweit ca. 50 Prozent der 35- bis 64-jährigen Erkrankten (Frauen 59 Prozent, Männer 51 Prozent) den Herzinfarkt nicht.¹³⁰ Die Augsburger Registerdaten von 1985 bis 1995 für die 25- bis 74-jährigen EinwohnerInnen zeigen, dass (über die Jahre unverändert) 34 Prozent der Erkrankten vor Erreichen eines Krankenhauses, weitere 20 Prozent am 1. Tag im Krankenhaus und weitere 5 Prozent vom 2. bis 28. Tag im Krankenhaus versterben, sodass nach 4 Wochen letztlich nur 42 Prozent aller Erkrankten leben.

Nur 36 Prozent der Frauen im Vergleich zu 44 Prozent der Männer überleben den Herzinfarkt; Frauen (37 Prozent) versterben signifikant häufiger vor oder kurz nach Erreichen einer Klinik als Männer (32 Prozent). Von den HerzinfarktpatientInnen, die den ersten Tag überlebt haben, versterben bis zum 28. Tag altersstandardisiert ohne Unterschied nach Geschlecht 10 Prozent mit abnehmender Tendenz (1985 bis 1987: 11 bis 13 Prozent; 1993 bis 1995: 7 bis 8 Prozent; $p < 0.03$).¹³¹ Inwieweit diese Beobachtungen auch für das höhere Lebensalter zutreffen, lässt sich aufgrund fehlender Daten nicht entscheiden.

Die Spitalsentlassungsstatistik für Wien (berücksichtigt wurden die in den österreichischen Spitälern stationär aufgenommen WienerInnen) zeigt, dass unter den aufgrund von Akutem Myokardinfarkt (Hauptdiagnose) stationär Behandelten deutlich mehr Männer als Frauen sind und dass von den weiblichen Behandlungsfällen ein höherer Anteil im Krankenhaus verstorben: Im Jahr 2003 war der Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen unter den weiblichen Behandlungsfällen nahezu doppelt so hoch (17,6 Prozent) als unter den männlichen (9,6 Prozent). Die Krankenhausmortalität war beim Akuten Myokardinfarkt im letzten Jahrzehnt rückläufig, bei den Männern allerdings stärker (im Vergleich zu 1994 um ca. ein Drittel) als bei den Frauen (ca. ein Viertel). Unter anderem wirken sich hier auch das höhere Alter und die damit verbundenen Begleiterkrankungen der Frauen aus. Der Anteil der Behandlungsfälle unter 65 Jahren mit der Diagnose Herzinfarkt ist insbesondere in den letzten Jahren bei beiden Geschlechtern merkbar gestiegen, auch die Differenz zwischen den Geschlechtern hat sich in letzter Zeit verringert. Während im Jahr 2000 der Anteil der unter 65-Jährigen bei den Männern (48,5 Prozent) noch mehr als dreimal so hoch war als bei den Frauen (15,8 Prozent), war er im Jahr 2003 bei den Männern nur mehr doppelt so hoch (53,4 Prozent) wie bei den Frauen (25,8 Prozent). Dies steht in Einklang mit den Studienergebnissen in Augsburg, wonach immer mehr jüngere Frauen einen akuten Herzinfarkt erleiden.

¹²⁹ ANYANIAN et al. (1991).

¹³⁰ HEINEMANN et al. (1998).

¹³¹ FILLIPIAK et al. (1997).

Tabelle 4.7: Stationär versorgte Erkrankungsfälle aufgrund von Akutem Myokardinfarkt in der Wiener Bevölkerung 1994 bis 2003 nach Geschlecht

Jahr	stationär versorgte Erkrankungsfälle mit Akutem Myokardinfarkt <I21–I22> *								
	Frauen				Männer				
	absolut	je 100.000	Anteil der unter 65-Jährigen in %	Anteil der Gestorbenen in %	absolut	je 100.000	Anteil der unter 65-Jährigen in %	Anteil der Gestorbenen in %	
1994	1044	126,3	17,6	23,7	1532	212,9	48,0	14,4	
1995	981	118,8	17,0	24,2	1384	192,5	42,1	15,6	
1996	988	119,8	16,2	28,8	1325	184,1	44,7	17,0	
1997	1258	152,7	16,4	24,1	1592	220,6	45,5	14,0	
1998	1207	146,8	15,8	23,3	1583	218,9	46,2	14,7	
1999	1117	135,8	15,7	25,6	1478	203,4	46,8	13,9	
2000	1068	129,7	15,8	23,4	1368	186,9	48,5	14,3	
2001	1108	134,4	18,1	24,9	1369	185,6	49,9	12,5	
2002	997	120,1	20,8	22,1	1460	195,2	51,6	11,0	
2003	1099	131,2	25,8	17,6	1670	220,6	53,4	9,7	
Veränderung 1994–2003				-25,8					-32,4

* In Österreichs Spitälern.

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zur Verfügung gestellt von der STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Wichtig für die Beurteilung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen ist eine systematische interdisziplinäre Frauengesundheitsforschung (ohne Altersbegrenzung), die Aufschluss über die Herzinfarkt-morbidität und -prognose bei Frauen sowie über medizinische und soziale Einflussfaktoren, über die notfallmedizinische Versorgung, die Diagnostik und Therapie sowie die Langzeitbehandlung von Frauen gibt. Wichtig sind auch Daten zur ambulanten Behandlung von Frauen mit der Symptomatik einer Ischämischen Herzkrankheit.

Die Aufklärung der Bevölkerung zu den frauenspezifischen Besonderheiten der Herz-Kreislauf-Krankheiten und den prognoseverbessernden Handlungskonsequenzen sind auch in Zukunft wichtige Anliegen. Insgesamt sollte die Gesundheitspolitik ihr Augenmerk verstärkt auf eine die Prävention chronischer Krankheiten fördernde Neuorientierung der Gesundheitsdienste richten, bei der auch vermehrt auf geschlechtsspezifische Ausprägungen eingegangen wird.

Maßnahmen der Stadt Wien

Im Rahmen des **Wiener Programms für Frauengesundheit** wurde zum Thema „Frauenherzen“ eine Reihe von Projekten durchgeführt:

- Informations- und Aufklärungskampagne in Kooperation mit dem Herz-Kreislaufpräventionsprogramm der Stadt Wien „Ein Herz für Wien“
- Deutschsprachiger Informationsfolder „Selbst ist die Frau – Wegweiser zum gesunden Frauenherz“, zu bestellen unter der Broschürenhotline 01-4000-66100
- Publikumsveranstaltung „Frauenherzen schlagen anders“ im Wiener Rathaus
- Diskussionsveranstaltung „Frauenherzen“ im Rahmen der Frauengesundheitstage
- Interventionsprojekt im 10. Wiener Gemeindebezirk zur Gesundheitsförderung und Prävention von Herz-Kreislauserkrankungen bei Frauen „Nach Herzenslust – Favoritner Frauen leben gesund“. Eine detaillierte Darstellung der Projekte erfolgt in Kapitel 10.

4.4 Krebserkrankungen

Zusammenfassung

In Wien erkranken jährlich ca. 3.400 Frauen und 3.300 Männer neu an **Krebs**. Jeweils rund 2.100 Frauen und Männer sterben daran. Die häufigsten Krebsneuerkrankungen und Ursachen der Krebssterblichkeit bei Frauen sind Brustkrebs, Dickdarmkrebs und Lungenkrebs, bei den Männern Prostatakrebs, Lungenkrebs und Dickdarmkrebs.

Ca. 900 Frauen in Wien erkranken jährlich an **Brustkrebs**, ca. 400 sterben daran. Während Neuerkrankungen eher steigen, sinkt die Mortalität. Da bisher Entstehung und Möglichkeiten der Primärprävention von Brustkrebs nur unzureichend geklärt sind, kommt der Früherkennung besondere Bedeutung zu. Die Europäische Kommission und das Europäische Parlament haben die Mitgliedsstaaten aufgerufen, bis zum Jahr 2008 ein bevölkerungsbezogenes, qualitätsgesichertes Mammografie-Screening-Programm aufzubauen. Wien hat bereits von 2000 bis 2002 das Wiener Brustkrebs-Früherkennungsprogramm durchgeführt. Im Jahr 2006 ist in ganz Österreich die Implementierung von Mammografie-Screening-Modellprojekten geplant. Modellregionen in Wien sind der 15., 16., und 17. Bezirk. Durch das systematische Mammografie-Screening wird eine Senkung der Brustkrebsmortalität um 25 bis 30 Prozent angestrebt, zugleich ist aber auch Qualitätssicherung eine der Zielsetzungen. Da das systematische Mammografie-Screening unter ExpertInnen nur eingeschränkte Zustimmung findet, sind eine umfassende Evaluation in den Modellregionen ebenso wie die Aufklärung der Frauen über Vor- und Nachteile des Screenings von besonderer Bedeutung.

Weitere frauenspezifische Krebserkrankungen, die jedoch deutlich seltener als der Brustkrebs sind, sind der Krebs des **Gebärmutterhalses** und des **Gebärmutterkörpers**. Im Jahr 2002 sind (ohne Einbeziehung der Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses) in Wien ca. 300 Frauen an einer dieser beiden Krebsarten erkrankt. Im Steigen begriffen sind bei Frauen Neuerkrankungen und Mortalität bei **Lungenkrebs**, während diese bei den Männern sinken.

Summary: Cancer

*Every year, approximately 3,400 women and 3,300 men in Vienna are newly diagnosed with **cancer**. Approximately 2,100 of women and men each die of it. The most frequent types of cancer and causes of cancer-related mortality are breast cancer, colon cancer and lung cancer for women, and prostate cancer, lung cancer, and colon cancer for men.*

*Approximately Viennese 900 women get **breast cancer** each year, and approximately 400 of them die of it. While new cases of cancer are on the rise, mortality is decreasing. Since the reasons for the emergence of cancer and possibilities of primary prevention are not sufficiently known, early detection is of particular importance. The European Commission and the European Parliament have recommended all Member States to develop a population-based quality assured mammography screening programme by 2008. Vienna already carried out an early detection programme for breast cancer between 2000 and 2002. For 2006 the implementation of model projects for mammography screening is planned all over Austria. The model areas in Vienna are the municipal districts 15, 16 and 17. The goal is to reduce breast cancer mortality by 25 to 30 percent through systematic mammography screening; another important objective is quality assurance. Since the systematic mammography screening is not supported by all experts, a comprehensive evaluation in the model regions as well as solid information for women on the benefits and risks of mammography screening are of particular importance.*

*Other types of cancer specific to women, which however are significantly less frequent than breast cancer, are **cervical** and **uterine cancer**. In 2002 approximately 300 women were diagnosed with one of these types of cancer in Vienna (not counting preliminary stages of cervical cancer). In the case of **lung cancer**, new cases and mortality are on the increase for women, while they are decreasing for men.*

Im Jahr 2002 sind in Wien ca. 330 Frauen und 580 Männer neu an Lungenkrebs erkrankt. Ca. jede zehnte Krebsneuerkrankung der Frauen und nahezu jede sechste der Männer ist ein Lungenkrebs. Ca. 300 Frauen und 520 Männer sind im Jahr 2004 in Wien an Lungenkrebs gestorben, das sind 16 Prozent der Krebssterbefälle von Frauen und ein Viertel der Krebssterbefälle von Männern. Ausschlaggebend für das Ansteigen von Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs bei den Frauen ist die steigende Zahl der Raucherinnen. Das vermehrte Rauchen insbesondere junger Frauen lässt für die Zukunft eine weitere Zunahme erwarten.

In 2002 approximately 330 women and 580 men in Vienna were diagnosed with lung cancer. Approximately one in ten new cancer cases for women and one in six for men are lung cancer. Approximately 300 women and 520 men died of lung cancer in Vienna in 2004, that is 16 percent of cancer related deaths for women and one quarter for men. The main reason for the increase of lung cancer incidence and mortality in women is the growing number of smokers. Due to the increased number of smokers especially among young women we can expect a further increase in the future.

Inzidenz und Mortalität

Im Jahr 2002 sind in Wien 3.406 Frauen und 3.320 Männer neu an Krebs erkrankt.¹³² Obwohl etwas mehr Frauen als Männer an Krebs erkranken, ist die altersstandardisierte Inzidenz¹³³ der Frauen niedriger: Im Jahr 2002 kam es je 100.000 zu 222,2 Neuerkrankungen von Frauen und 311,0 von Männern, das ist niedriger als im gesamten Bundesgebiet (Frauen 231,4, Männer 332,0). 2.144 Frauen und 2.071 Männer sind in Wien im Jahr 2004 an bösartigen Neubildungen verstorben. Auch die Krebssterblichkeit ist altersstandardisiert bei Frauen (116,2) niedriger als bei Männern (182,3), liegt jedoch bei beiden Geschlechtern über dem österreichischen Gesamtwert (Frauen 102,9, Männer 168,5; zur Krebssterblichkeit vgl. auch Abschnitt 4.2).

Die häufigsten Neuerkrankungen bei *Frauen* sind der Brustkrebs (26,2 Prozent aller Neuerkrankungen bei Frauen), Dickdarm- und Lungenkrebs (je 9,5 Prozent), gefolgt von Krebs des Gebärmutterkörpers (5,1 Prozent). Brustkrebs, Lungen- und Dickdarmkrebs sind bei Frauen auch häufigste Ursache der Krebssterblichkeit. Bei den *Männern* sind Neuerkrankungen an Prostatakrebs (21,0 Prozent aller Neuerkrankungen von Männern), Lungenkrebs (17,4 Prozent) und Dickdarmkrebs (8,3 Prozent), fast gleich auf mit dem Harnblasenkrebs (8,1 Prozent) am weitesten verbreitet, wobei Lungenkrebs, Prostatakrebs und Dickdarmkrebs auch in der Krebssterblichkeit der Männer führen.

¹³² Vorläufige Zahlen (Stand 22.06.2005).

¹³³ Durch Altersstandardisierung wird der auf Unterschiede in der Alterstruktur der Geschlechter zurückzuführende Einfluss ausgeschaltet.

Tabelle 4.8: Krebsneuerkrankungen (ICD-10 <C00-C43, C45-C97>) in Wien 2002 nach Lokalisation und Geschlecht

Krebslokalisierung (ICD-10)	Frauen			Männer		
	absolut	Prozent	ASR*	absolut	Prozent	ASR*
Bösartige Neubildungen (C00–C43, C45–C97)**	3.406	100	222,2	3.320	100	311,0
<i>BN Lippe, Mundhöhle u. Pharynx (C00–C14)</i>	55	1,6	4,5	127	3,8	12,1
<i>BN der Verdauungsorgane (C15–C26)</i>	903	26,5	48,2	907	27,3	82,9
BN des Magens (C16)	112	3,3	5,6	110	3,3	10,0
BN des Dickdarmes (C18)	324	9,5	17,2	277	8,3	25,0
BN des Rektums und des Anus (C19–C21)	154	4,5	9,0	189	5,7	17,6
BN der Leber und der intrahepatischen Gallengänge (C22)	62	1,8	3,2	124	3,7	11,6
BN der Gallenblase und Gallenwege (C23, C24)	68	2,0	3,5	30	0,9	2,7
BN des Pankreas (C25)	150	4,4	7,5	130	3,9	11,7
<i>BN Atmungsorgane u. sonst. intrathorakaler Organe (C30–C39)</i>	344	10,1	22,8	646	19,5	59,3
BN der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (C33–C34)	324	9,5	21,4	579	17,4	53,4
<i>Bösartiges Melanom der Haut (C43)</i>	46	1,4	3,3	68	2,0	6,6
<i>BN der Brustdrüse [Mamma] (C50)</i>	892	26,2	63,4	6	0,2	0,5
<i>BN der weiblichen Genitalorgane (C51–C58)</i>	460	13,5	31,6	–	–	–
BN der Cervix uteri (C53)	113	3,3	9,0	–	–	–
BN der anderen Teile der Gebärmutter (C54, C55)	175	5,1	11,4	–	–	–
BN des Ovars (C56)	135	4,0	9,1	–	–	–
<i>BN der männlichen Genitalorgane (C60–C63)</i>	–	–	–	750	22,6	69,6
BN der Prostata (C61)	–	–	–	696	21,0	63,1
BN der Harnorgane (C64–C68)	234	6,9	13,3	426	12,8	38,9
BN der Niere, ausgenommen Nierenbecken (C64)	90	2,6	5,7	139	4,2	12,7
BN der Harnblase (C67)	127	3,7	6,8	270	8,1	24,6
<i>BN der Schilddrüse und sonstige endokrine Drüsen (C73–C75)</i>	106	3,1	9,4	45	1,4	4,9
BN der Schilddrüse (C73)	105	3,1	9,3	40	1,2	4,3
<i>BN lymphatisches, blutbildendes u. verwandte Gewebe (C81–C96)</i>	224	6,6	15,3	217	6,5	22,4
Non-Hodgkin-Lymphom (C82–C85, C96)	83	2,4	5,4	100	3,0	10,1
Bösartige Plasmazellneubildungen [Plasmozytom] (C90)	44	1,3	2,6	33	1,0	3,0
Leukämie (C91–C95)	86	2,5	6,1	66	2,0	7,0
<i>Sonstige Bösartige Neubildungen (C40–C41, C45–C49, C69–C72, C76–C80, C97)</i>	142	4,2	10,4	128	3,9	13,7

BN = Bösartige Neubildungen.

* Ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut (C44) sowie ohne Carcinoma in situ-Fälle, jedoch inklusive DCO (= Death Certificate Only)-Fälle.

** ASR = altersstandardisierte Rate; standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

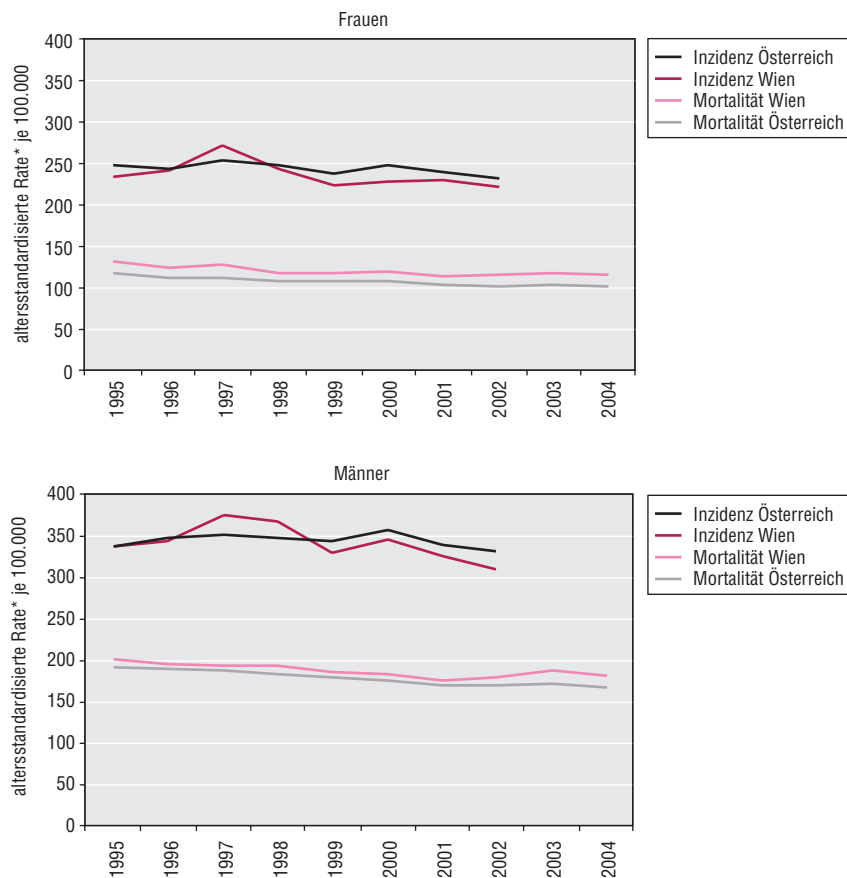
Quelle: Österreichisches Krebsregister; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i) S. 312f.

Entwicklungstendenzen

Die Krebsneuerkrankungen waren in Wien im letzten Jahrzehnt, sieht man von einem Anstieg in den Jahren 1997 bzw. 1998 ab (wobei es sich hier auch um zufällige Schwankungen handeln kann), bei Frauen und Män-

nern insgesamt eher rückläufig. Auch die Krebssterblichkeit scheint bei beiden Geschlechtern zu sinken. Mit Ausnahme der Jahre 1996 bis 1998 ist in Wien (altersstandardisiert) bei Frauen und Männern die Inzidenz niedriger als im gesamten Bundesgebiet, die Mortalität jedoch höher.

Grafik 4.3: Inzidenz und Mortalität bei Bösartigen Neubildungen (ICD-10 <C00-C97>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004



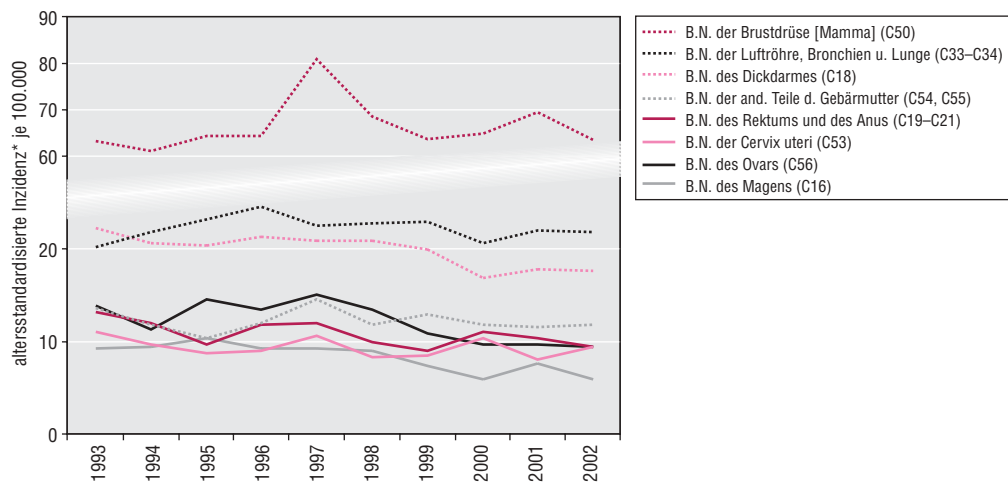
Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten). Inzidenz: ICD-10 <C00-C43, C45-C97>; Mortalität: ICD-10 <C00-C97>

* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.; sowie Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

Brustkrebs ist nicht nur die häufigste Krebsneuerkrankung von Frauen, sondern ist in Wien seit 1993 gestiegen, wobei es vor allem 1997 zu einem merkbaren Anstieg kam. Im Steigen begriffen sind bei Frauen auch Neuerkrankungen an Lungenkrebs, bedingt durch ver-

mehrtes Rauchen. Dagegen sind die Inzidenz an Magenkrebs, an Krebs des Rektums und des Anus, ebenso wie an Dickdarmkrebs bei Frauen eher rückläufig. Ähnliches gilt auch für den Krebs des Gebärmutterhalses und -körpers sowie dem Eierstockkrebs.

Grafik 4.4: Inzidenz ausgewählter Krebserkrankungen bei Frauen in Wien 1993 bis 2002

* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.

4.4.1 Brustkrebs (Mammakarzinom)

Inzidenz und Mortalität

Brustkrebs ist die häufigste Krebsneuerkrankung und Ursache der Krebssterblichkeit bei Frauen. Im Jahr 2002 sind in Wien 892 Frauen neu an Brustkrebs erkrankt. Brustkrebs ist für mehr als ein Viertel aller Krebsneuerkrankungsfälle bei Frauen (26,2 Prozent) verantwortlich. Ca. die Hälfte der neu an Brustkrebs erkrankten Frauen (51,8 Prozent) hatte ein Lebensalter von unter 65 Jahren.

398 Frauen sind im Jahr 2004 in Wien an Brustkrebs (Grundleiden) verstorben. Demnach ist im Jahr 2004 ca. jede 22. verstorbene Frau (4,5 Prozent) und jede 10.

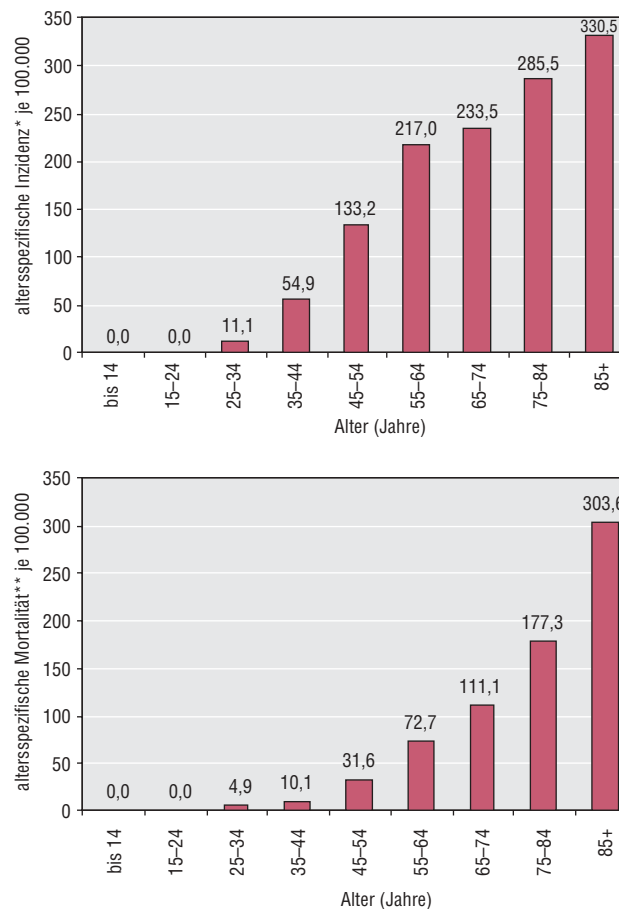
im Alter von unter 65 Jahren verstorbene Frau (10,5 Prozent) an Brustkrebs gestorben. Das durchschnittliche Sterbealter lag bei 71 Jahren.¹³⁴

Das Risiko der Neuerkrankung an Brustkrebs nimmt ab dem vierten Lebensjahrzehnt merkbar zu. Zu beobachten ist, dass immer mehr junge Frauen an Brustkrebs erkranken. So hat sich z. B. zwischen 1990 und 1995 die altersspezifische Rate der Neuerkrankungen in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen nahezu verdoppelt.¹³⁵

Vom Brustkrebs (Mammakarzinom) sind nicht nur Frauen, sondern (allerdings selten) auch Männer betroffen.

¹³⁴ Berechnung der STATISTIK AUSTRIA.

¹³⁵ STADT WIEN (2004), S. 145. Und zwar ist die altersspezifische Rate der Neuerkrankungen von 5,8 auf 11,5 je 100.000 Frauen gestiegen.

Grafik 4.5: Inzidenz und Mortalität an Brustkrebs (ICD-10 <C50>) bei Frauen in Wien 2002 bzw. 2004 nach Alter

Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Zahl der Neuerkrankungen je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

** Zahl der Sterbefälle je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

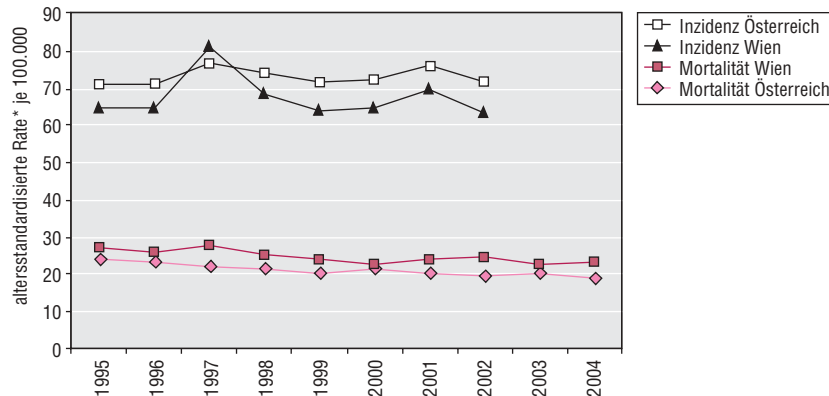
Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Die Neuerkrankungsrate an Brustkrebs ist im vergangenen Jahrzehnt in Wien insgesamt leicht gestiegen mit einem Spitzenwert im Jahr 1997, war aber im Jahr 2002 wieder etwas rückläufig.¹³⁶ Dagegen war die Mortalität

eher rückläufig.¹³⁷ Während die Neuerkrankungsrate in Wien im letzten Jahrzehnt (mit Ausnahme des Jahres 1997) niedriger als im gesamten Bundesgebiet war, war die Mortalität höher.

¹³⁶ Wobei es sich hier jedoch um vorläufige Daten handelt.

¹³⁷ STADT WIEN (2004), S. 148.

Grafik 4.6: Inzidenz und Mortalität an Brustkrebs (ICD-10 <C50>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004

Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.; sowie Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

Auch **europaweit** waren im letzten Jahrzehnt steigende Neuerkrankungsraten bei rückläufiger Mortalität an Brustkrebs zu beobachten. Die gestiegene Überlebenswahrscheinlichkeit bei Brustkrebs wird abgesehen von den verbesserten Behandlungsmöglichkeiten, vor allem auf das vermehrte Screening zurückgeführt. Brustkrebs wird international und auch in Wien durch das Screening häufiger in einem immer früheren Stadium erkannt,¹³⁸ wodurch sich die Überlebenswahrscheinlichkeit erhöht. So ging z. B. in Österreich das Risiko für Frauen, vor dem 75. Lebensjahr an Brustkrebs zu sterben, in den letzten zehn Jahren von 2,5 auf 2,0 Prozent zurück.¹³⁹

Die Inzidenz- und Mortalitätsraten bei Brustkrebs unterscheiden sich stark zwischen verschiedenen Ländern, seit einigen Jahren deutet sich allerdings eine Verringerung der Differenz zwischen Staaten mit hohem Risiko wie den USA und Staaten mit niedrigem Risiko wie Japan an.¹⁴⁰ Österreich lag im europäischen Vergleich¹⁴¹ im Jahr 2002 bei den Neuerkrankungen im

unteren Drittel. Zu beobachten ist ein deutliches Nord-Süd-Gefälle: Während Belgien, Frankreich, Dänemark, Schweden und Großbritannien die höchsten Neuerkrankungsraten haben, sind sie in Spanien, Griechenland und Portugal am niedrigsten.¹⁴² Bei der Mortalität liegt Österreich im europäischen Vergleich im Mittelfeld. Die höchsten Mortalitätsraten finden sich in Dänemark, Belgien, den Niederlanden und Irland, die niedrigsten in Griechenland, Spanien, Portugal und Schweden.¹⁴³

Risikofaktoren

Die Entstehung von Brustkrebs ist bisher noch weitgehend unklar. Die bekannten Risikofaktoren (genetische Defekte, reproduktive und hormonelle Faktoren, Lebensstilfaktoren, Umweltbelastungen und psychische Aspekte) erklären nur einen Teil der Erkrankungen. Der überwiegende Teil der erkrankten Frauen weist keinen der bekannten Risikofaktoren auf.¹⁴⁴

¹³⁸ STADT WIEN (2004), S. 146.

¹³⁹ HACKL (2005).

¹⁴⁰ KELSEY, BERNSTEIN (1996).

¹⁴¹ Die Aussagen beziehen sich auf die 15 Mitgliedsstaaten vor Erweiterung der Europäischen Union.

¹⁴² STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 446 f.

¹⁴³ STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 444 f.

¹⁴⁴ KdEG (1997).

Genetische Faktoren: Bisher wurden zwei Orte in der Erbsubstanz identifiziert, die für die Brustkrebsentstehung verantwortlich sind, nämlich das BRCA1-Gen und das BRCA2-Gen.¹⁴⁵ Wenngleich familiäre Häufungen bekannt sind, lässt sich nach dem heutigen Erkenntnisstand durch genetische Faktoren nur ein geringer Anteil der Brustkrebserkrankungen erklären.¹⁴⁶ Die Wahrscheinlichkeit eines Gendefektes erhöht sich, wenn sowohl Mutter als auch Schwester in jungem Lebensalter erkrankten. Bei familiärer Häufung wird daher bereits in jungen Jahren (unter 40 Jahren) eine Abklärung empfohlen.¹⁴⁷

Reproduktive Faktoren: Es wird vermutet, dass mit höherer lebenslanger Östrogenexposition das Erkrankungsrisiko steigt, wobei allerdings die genauen Mechanismen des Einflusses der reproduktiven Faktoren auf die Entstehung von Brustkrebs bisher nicht geklärt sind.¹⁴⁸ Eine frühe erste Regelblutung (Menarche) und ein später Beginn der Wechseljahre, Kinderlosigkeit oder ein höheres Alter bei der ersten Geburt erhöhen das Brustkrebsrisiko. Umgekehrt verringern eine erste ausgetragene Schwangerschaft in jungen Jahren, viele Geburten und ein kurzer Menstruationszyklus das Erkrankungsrisiko.¹⁴⁹

Hormonersatztherapie: Eine kontrollierte Interventionsstudie in den USA, die Women's Health Initiative-Studie, stellte bei Frauen, die östrogen- und gestagenhaltige Präparate einnehmen, ein erhöhtes Erkrankungsrisiko fest.¹⁵⁰ In einer britischen Studie¹⁵¹ wurde ein starker Zusammenhang zwischen Dauer der Hormonersatztherapie und dem Erkrankungsrisiko festgestellt. Bei einer Behandlungsdauer von über fünf Jahren war das Risiko um ein Drittel erhöht.

Lebensstilfaktoren: Die großen Unterschiede in der Brustkrebsinzidenz und -mortalität zwischen Süd- bzw. Ostasien (niedrige Raten) und Nordamerika bzw. Nordeuropa (hohe Raten) stützen die These, dass die Ernährungsweise eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Brustkrebs spielt, allerdings sind auch hier die Zusammenhänge nicht endgültig geklärt. Ermittelt wurden Zusammenhänge zwischen Brustkrebs und Übergewicht bzw. fett- und kalorienreicher Nahrung (hoher Verbrauch an tierischen Fetten), übermäßigem Alkoholkonsum¹⁵² und Bewegungsmangel. Auch mögliche Zusammenhänge zwischen Adipositas und postmenopausalem Brustkrebsrisiko wurden diskutiert.¹⁵³ Dagegen haben hoher Verbrauch vegetarischer Nahrungsmittel, insbesondere von Ballaststoffen (Gemüse, Obst, Vollkornprodukte)¹⁵⁴ und regelmäßige körperliche Bewegung¹⁵⁵ protektive Wirkung.

Strahlenbelastung: Frauen mit beruflich bedingter Strahlenexposition haben ein erhöhtes Brustkrebsrisiko.¹⁵⁶

Antibiotika: Neuere Studien verweisen auf Zusammenhänge zwischen Häufigkeit der Einnahme von Antibiotika und dem Brustkrebsrisiko.¹⁵⁷ Diese Ergebnisse bedürfen jedoch weiterer Abklärung.

Frühere Krebserkrankungen (Mammakarzinom der kontralateralen Brust, Uterus-, Ovarial- oder Kolonkarzinom) gelten ebenfalls als Risikofaktoren. Ein weiterer bedeutsamer Risikofaktor ist das **Alter**. Nicht übersehen werden sollte auch der Einfluss **psychosozialer Faktoren**.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass das Erkrankungsrisiko mit der **Zahl der Risikofaktoren** steigt.

¹⁴⁵ CHANG-CLAUDE (1995) und (1997).

¹⁴⁶ BECKER/WAHRENDORF (1998); CHANG-CLAUDE (1997).

¹⁴⁷ VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 135.

¹⁴⁸ HARVARD REPORT ON CANCER PREVENTION (1996).

¹⁴⁹ SCHÖN (1995); HARVARD REPORT ON CANCER PREVENTION (1996); KELSEY et al. (1996).

¹⁵⁰ WHI (2002).

¹⁵¹ MILLION WOMEN STUDY COLLABORATORS (2003).

¹⁵² VIEL et al. (1997); CANCER CAUSES AND CONTROL (1996).

¹⁵³ CARMICHAEL, BATES (2004).

¹⁵⁴ HERBERT, ROSEN (1996).

¹⁵⁵ LOVE (1997).

¹⁵⁶ GOSS, SIERRA (1998).

¹⁵⁷ VELICER (2004).

Prävention, Früherkennung

Zur Vermeidung von Brustkrebs wird ein gesunder Lebensstil empfohlen (täglich frisches Obst und Gemüse, ballaststoffreiche Getreideprodukte, körperliche Bewegung, Vermeidung von Übergewicht, Verzicht auf Alkohol und Rauchen). Dadurch, dass die Entstehung von Brustkrebs weitgehend unklar ist und sich die bekannten Risikofaktoren, die außerdem nur einen Teil der Erkrankungen erklären, nur zum Teil verhindern lassen, kommt der **Früherkennung** besondere Bedeutung zu. Je früher Brustkrebs erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Die **Wiener Krebshilfe** empfiehlt ab dem 20. Lebensjahr einmal monatlich die Selbstuntersuchung der Brust (knapp nach dem Ende der Regelblutung), zweimal jährlich die Tastuntersuchung durch den Arzt bzw. die Ärztin (im Rahmen der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung), ab dem 40. Lebensjahr die Röntgenuntersuchung der Brust (Mammografie).¹⁵⁸

Die Wirksamkeit der Selbstuntersuchung der Brust ist jedoch, selbst bei gezielter Unterweisung von Frauen zur Brust-Selbstuntersuchung durch speziell ausgebildetes Personal, begrenzt.¹⁵⁹ Ähnliches gilt auch für die Tastuntersuchung durch den Arzt bzw. die Ärztin. Daher wird der Mammografie besondere Bedeutung beigemessen. Folgende Anwendungsformen sind zu unterscheiden.

- *Diagnostische bzw. kurative Mammografie:* Wird bei der Selbstuntersuchung oder der ärztlichen Tastuntersuchung eine Auffälligkeit in der Brust entdeckt, wird diesem Befund oft mit Hilfe der Mammografie nachgegangen.
- *Früherkennungsmammografie:* Wird, obwohl keine Auffälligkeiten bestehen, aufgrund einer ärztlichen Empfehlung und/oder des Wunsches der Frau (z. B. bei Vorhandensein von Brustkrebsfällen bei nahen Verwandten) eine Mammografie durchgeführt, handelt es sich um eine vorsorgliche Mammografie bzw. um ein so genanntes *opportunistisches Screening*.

- *Qualitätsgesichertes Mammografie-Screening-Programm:* Dabei handelt es sich um systematisch durchgeführte, flächendeckende Reihenuntersuchungen, mit dem Ziel, Brusterkrankungen in einer definierten Population mit Hilfe der Mammografie aufzuspüren.¹⁶⁰ Solche Untersuchungen sind bisher in Österreich nur in Modellregionen vorgesehen.
- Jede Mammografie, egal unter welchen Voraussetzungen sie gemacht wird, stellt hohe Anforderungen an die Qualität der Röntgenaufnahme und die anschließende Auswertung. Sie sollte daher nur in dafür spezialisierten Zentren durchgeführt werden.

Qualitätsgesichertes Mammografie-Screening Programm

Anders als bei der kurativen Mammografie, bei der aufgrund von Auffälligkeiten eine Diagnose zu stellen ist, ist die Zielgruppe des qualitätsgesicherten Mammografie-Screenings eine definierte Population von Frauen, aus der in regelmäßigen Untersuchungsintervallen jene Frauen herausgefunden werden sollen, die eine klinisch noch nicht erkennbare, bisher symptomlos verlaufende Brusterkrankung haben.¹⁶¹ Internationale Studien berichten für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren von einer Reduktion der Brustkrebssterblichkeit aufgrund des Mammografie-Screenings zwischen 20 Prozent und 30 Prozent.¹⁶² Die Empfehlungen eines Mammografie-Screenings für Frauen zwischen 40 und 49 Jahren sind nicht einheitlich, meist wird jedoch von einer Reihenuntersuchung abgeraten, da sich für diese Altersgruppe eine Senkung der Mortalitätsrate nicht absichern ließ.¹⁶³

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) steht dem Mammografie-Screening grundsätzlich positiv gegenüber, stellt jedoch deren Rahmenbedingungen erneut zur Diskussion.¹⁶⁴

¹⁵⁸ www.krebshilfe.com/

¹⁵⁹ GÄSTRIN (1994) und (2000); KÖSTERS et al. (2003).

¹⁶⁰ Zitiert nach FRAUENGESUNDHEITZENTRUM GRAZ (2006), S. 10.

¹⁶¹ Zitiert nach ÖBIG (2006).

¹⁶² Vgl. dazu z. B. NYSTROM et al. (1993) und (2002).

¹⁶³ MILLER et al. (1992); NYSTROM et al. (1993); OLSEN, GOTZSCHE (2000).

¹⁶⁴ <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/print.html>

Die Europäische Kommission und das Europäische Parlament haben alle 25 Mitgliedsstaaten aufgerufen, bis zum Jahr 2008 ein bevölkerungsbezogenes, qualitätsgesichertes Mammografie-Screening-Programm aufzubauen. Derzeit gibt es in 12 von 25 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union flächendeckende oder regionale Screening-Programme. In Europa wurde ein Mammografie-Screening-Programm erstmals in Schweden im Jahr 1986 eingeführt. Dieses konnte sich in den nachfolgenden Jahren rasch etablieren. 1989 beteiligten sich bereits rund 80 Prozent der eingeladenen Frauen.¹⁶⁵ Dem Beispiel Schwedens folgten weitere Länder. In Österreich hat Wien eine Vorreiterrolle übernommen, und zwar lief hier bereits von 2000 bis 2002 das Wiener Brustkrebs-Früherkennungs-Programm (eine detaillierte Beschreibung des Projekts und der Ergebnisse findet sich in Kapitel 10).

Im Jahr 2006 ist in Österreich die **Implementierung von Mammografie-Screening-Modellprojekten** (unter Federführung des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen [ÖBIG]) geplant. Auf der Basis der von der Europäischen Union vorgegebenen Leitlinien („European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening“) soll das Screening für Frauen bestimmten Alters in überschaubaren Regionen erprobt und die Bedingungen für ein österreichweites Screening abgesteckt werden. Modellregionen sind im Burgenland, in Wien, Tirol und Oberösterreich vorgesehen. In Wien sind der 15., 16., und 17. Bezirk als Modellregionen geplant und zwar handelt es sich hier um Bezirke mit hohem Anteil an Migrantinnen. Einbezogen in das Screening werden, entsprechend den Vorgaben der Europäischen Union, alle 50- bis 69-jährigen Frauen.¹⁶⁶ Die Frauen werden alle 24 Monate schriftlich zur Mammografie eingeladen. Angestrebt ist eine Beteiligung von 70 Prozent. Die vorhandene Dokumentation (Datenerhebung) und das Controlling sollen einen kontinuierlichen Qualitäts- und Kostenvergleich aller Bereiche des Screenings ermöglichen. Im Jahr 2008 soll ein Evaluationsbericht die Entscheidungsgrundlage hinsichtlich einer flächendeckenden Einführung des Screening-Programmes in Österreich liefern.

Die **europäischen Leitlinien zum Mammografie-Screening** (aktualisiert im Jahr 2001, eine neuerliche Aktualisierung wurde bereits vorgenommen, ist jedoch noch nicht veröffentlicht)¹⁶⁷ zielen auf eine gemeinsame europäische Strategie zur qualitätsgesicherten Früherkennung von Brustkrebs ab. Im Mittelpunkt stehen die Sicherung der technischen Qualität der Röntgengeräte, der Schutz vor unnötiger Strahlenbelastung, die Qualifizierung des Personals und die Befunddokumentation. Die Begutachtung der Mammografien erfolgt jeweils durch zwei geschulte RadiologInnen. Diese ÄrztInnen müssen mindestens 5.000 Befunde pro Jahr vornehmen. Konkret umfasst das Qualitätsmanagement folgende Punkte:

- Einladung der Frauen im Alter zwischen 50 bis 69 Jahren zur Mammografie;
- Einhaltung des zweijährigen Untersuchungsintervalls;
- angestrebte Teilnahme in der Zielpopulation von 70 bis 75 Prozent;
- Einrichtung von Mammografiezentren;
- Einsatz neuer Mammografiegeräte sowie kontinuierliche technische Qualitätssicherung;
- Erstellung der Mammografien unter standardisierten Bedingungen;
- Doppelbefundung durch zwei geschulte RadiologInnen mit Konsensbildung unter Einbeziehung eines/r besonders erfahrenen RadiologIn;
- Spezielle Aus- und Fortbildung von RadiologInnen und radiologisch-technischen AssistentInnen (RTA) in europäischen Referenzzentren;
- Begutachtung von mindestens 5.000 Röntgenaufnahmen pro Jahr.

Die Qualitäts- und Kontrollmaßnahmen bleiben nicht auf die Mammografie allein beschränkt, sondern umfassen auch alle sich im Anschluss daran ergebenden Schritte wie Folgediagnostik, therapeutische Interventionen, patho-histologische Befundung, das operative Vorgehen, Nachsorge und Rehabilitation.

¹⁶⁵ Vgl. FRISCHBIER et al. (1994).

¹⁶⁶ In Tirol werden Frauen im Alter von 40 bis 69 Jahren erfasst.

¹⁶⁷ EUROPEAN COMMISSION (2001).

Nutzen und Risiken des Mammografie-Screenings

Über Nutzen und Risiken der Mammografie als Reihenuntersuchung liegen zum Teil divergierende Aussagen vor. **Definierte Ziele** der Einführung des Mammografie-Screenings-Programms sind:

- die Früherkennung kleiner Tumore von weniger als 10 mm Durchmesser, bei denen die Prognose am besten ist (*siehe unten*);
- die Verringerung der Anzahl der Brust-Operationen bei gutartigen Tumoren;
- die Erhöhung der Anzahl brusterhaltender Operationen;
- die Verbesserung der Früherkennungsdiagnostik;
- die Reduzierung der Brustkrebsmortalität um 25 bis 30 Prozent;
- die Verringerung bestehender Unterschiede in der Fünf-Jahres-Überlebensrate (von 16 auf 5 Prozent) sowie
- die Verbesserung der Versorgung erkrankter Frauen und damit auch ihrer Lebensqualität und die ihrer Angehörigen.¹⁶⁸

In der kritischen Bewertung der Mammografie als Reihenuntersuchung stehen folgende Argumente im Vordergrund:

- Mit der frühen Entdeckung von Tumoren muss keineswegs immer ein Überlebensvorteil verbunden sein. Aufgrund der Mammografie wird Brustkrebs zwar in einem früheren Stadium erkannt, lässt sich aber nicht verhindern. Durch die frühe Entdeckung wird lediglich die Krankheitsphase verlängert, nicht aber die Lebenszeit.¹⁶⁹
- Durch das Mammografie-Screening sei eine steigende Zahl von Brustkrebsdiagnosen mit zusätzlichen Therapien, Operationen, Strahlenbehandlungen und Chemotherapien zu erwarten, die in vielen Fällen nicht notwendig wären. Durch die verbesserte Technik werden auch Krebsvorstufen und Brusttumoren

entdeckt, die das Leben der Frau vermutlich nie bedroht hätten.¹⁷⁰ Dies trifft vor allem auf die Diagnose eines Duktalen Carcinoma in Situ (DCIS) zu.

- Die Mammografie führt zur Strahlenbelastung: Gerade bei jüngeren Frauen ist das Brustgewebe strahlenempfindlicher, besonders strahlenempfindlich sind Frauen mit erhöhtem genetischen Risiko.¹⁷¹ Häufiges Mammografieren kann ebenfalls Krebs verursachen.¹⁷²
- Die Aussage, dass mit Hilfe des Mammografie Screenings die Sterblichkeitsrate um 30 Prozent verringert wird, führe zu einer Überschätzung des Nutzens. In absoluten Zahlen sei lediglich eine Reduktion der Sterblichkeit um 0,2 Prozentpunkte zu erwarten.¹⁷³ Zudem bleibe auch bei der Verringerung der Zahl der Sterbefälle an Brustkrebs die Gesamtsterblichkeit der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren gleich.
- Die Reihenuntersuchungen liefern keineswegs immer richtige Ergebnisse: So werden z. B. bei jüngeren Frauen, deren Brustgewebe dichter ist, bestehende Tumoren häufiger übersehen, es kommt bei ihnen auch häufiger zu unklaren Verdachtsbefunden, die sich später als haltlos herausstellen.¹⁷⁴ Aber auch bei älteren Frauen, die in und nach den Wechseljahren Östrogen-Gestagen-Präparate zu sich nehmen bzw. genommen haben und daher ein höheres Brustkrebsrisiko haben, ist die Früherkennung durch die Mammografie erschwert, da die kombinierte Hormontherapie das Brustgewebe verdichtet.¹⁷⁵
- Die Deutsche Mammografie-Studie¹⁷⁶ hat auf erhebliche Defizite hinsichtlich der Qualität der Mammografien bzw. auf daraus resultierende falsche Befunde verwiesen. Falsch-positive Befunde sind mit starken psychischen Belastungen für die betroffenen Frauen verbunden und ziehen überflüssige zusätzliche Untersuchungen bis hin zu operativen Eingriffen nach sich. Bei falsch-negativen Befunden wiegen sich die Frauen in Sicherheit,

¹⁶⁸ ÖBIG (2006).

¹⁶⁹ FRAUENGESUNDHEITSCENTRUM GRAZ (2006), S. 16 f.

¹⁷⁰ ZAHL (2004).

¹⁷¹ KUNI et al. (2003).

¹⁷² METTLER (1996).

¹⁷³ MÜHLHAUSER (2006), S. 18.

¹⁷⁴ OLSEN, GOTZSCHE (2000). Jüngeren Frauen wird daher zur diagnostischen Abklärung auch die Ultraschalluntersuchung empfohlen, mit der z. B. auch Zysten besser erkannt werden.

¹⁷⁵ WOMEN'S HEALTH INITIATIVE (2003); zitiert nach FRAUENGESUNDHEITSCENTRUM GRAZ (2006), S. 23.

¹⁷⁶ MÜHLHAUSER, HÖLDKE (1999).

es vergeht unnötige Zeit bis zur Behandlung. Um die Zahl falsch-positiver oder falsch-negativer Befunde zu minimieren, ist die Absicherung der Qualität von entscheidender Bedeutung.

Angesichts der umstrittenen Evidenzlage ist einerseits Qualitätssicherung, andererseits die Herstellung von Transparenz für die Frauen oberstes Gebot. Letztes umfasst die lückenlose Information und Aufklärung der potentiellen Teilnehmerinnen über Möglichkeiten und Risiken des technologischen Verfahrens ebenso wie über entsprechende Alternativen. Dies gilt z. B. auch für den Bereich der Genanalyse. Gleichzeitig ist es erforderlich, Frauen mit positiven Befunden größtmögliche Beratung und Unterstützung zur körperlichen, psychischen und sozialen Bewältigung der Krankheit zu gewähren.

Therapie

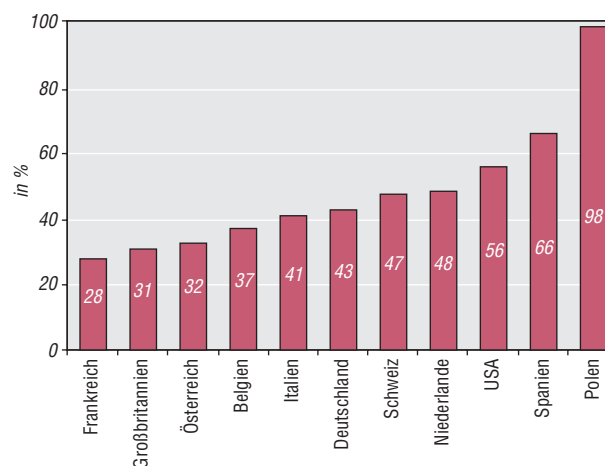
Die therapeutischen Möglichkeiten und damit auch die Überlebenschancen bei Brustkrebs wurden in den letzten Jahren erheblich verbessert. Die Be-

handlung des Mammakarzinoms unterscheidet je nach Karzinomtyp, -größe, -stadium, Alter und Menopausenstatus der Frau. Sie ist für die betroffenen Frauen jedoch immer mit einer hohen körperlichen und psychischen Belastung verbunden. Erstellt wurden Leitlinien und Therapieprotokolle, wobei auch die im Einzelfall bestehenden Besonderheiten Berücksichtigung finden.

In den vergangenen Jahren haben brusterschonende Operationsverfahren zunehmend die radikaleren Brustentfernungen (Mastektomie) abgelöst. Verbesserte Operationstechniken und Nachbehandlungen sind der Grund dafür, dass sich die brusterhaltende Methode als Standardverfahren durchgesetzt hat. Brustoperationen werden als körperliche Entstellungen wahrgenommen und sind meist von der Furcht vor Verlust weiblicher Attraktivität sowie sozialer Isolation und Partnerschaftsproblemen begleitet.

Österreich liegt mit einer Mastektomierate von 32 Prozent im europäischen Vergleich im unteren Drittel, lediglich Frankreich und Großbritannien haben niedrigere Raten.

Grafik 4.7: Mastektomieraten in verschiedenen Ländern 2004



Quelle: JASSEM (2004); zitiert nach ÖBIG (2006), S. 4.

Allgemein gilt, dass Brustkrebspatientinnen in Österreich, insbesondere aber in Wien, mit einer qualitativ hochwertigen Therapie rechnen können. Wie das ÖBIG¹⁷⁷ feststellte, zeichnen sich in Österreich zwi-

schen einzelnen Krankenhäusern große Unterschiede hinsichtlich der brusterhaltenden Eingriffe ab: Und zwar sind in Krankenhäusern mit hohem Operationsaufkommen mehr brusterhaltende Eingriffe nachweis-

¹⁷⁷ ÖBIG (2004) und (2006).

bar als in Krankenhäusern mit einer geringen Zahl an Brustoperationen. In Krankenhäusern mit unter 50 Brustoperationen pro Jahr sind die Mastektomieraten am höchsten. Die größere operative Erfahrung der Chirurgie sowie die verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit in größeren Krankenanstalten bringt erhebliche Vorteile. Vorgeschlagen wird daher eine Spezialisierung einzelner Krankenhäuser zu Brustkrebszentren, die neben allen diagnostischen Verfahren, histologische Untersuchungen, Bestrahlungen und Chemotherapien gewährleisten. Mittlerweile gibt es in Österreich und Wien mehrere Krankenanstalten mit eigenen Brustzentren, die den europäischen Qualitätsstandards entsprechen (siehe Kapitel 8.5.2).

Die Prognose beim Brustkrebs ist abhängig vom Krankheitsstadium bei der Erstdiagnose, von der Tumorgöße, einem Befall der Achsellymphknoten sowie von biologischen Eigenschaften des Tumors. Am besten ist sie bei nicht-invasiven Vorstufen und frühen Formen des Brustkrebses (< 1 cm), die meist zu keiner Mastektomie (Entfernung der Brust) führen. Über 90 Prozent der Patientinnen mit kleinen Tumoren können langfristig geheilt werden.¹⁷⁸ Für Patientinnen mit ungünstiger Prognose leistet die palliative Chemotherapie (Schmerzbekämpfung durch Verabreichung stark wirksamer Analgetika, z. B. Morphin) wichtige Hilfe.

Nachsorge, Rehabilitation und berufliche Reintegration

Nach Abschluss der Primärtherapie eines malignen Tumors werden die Patientinnen üblicherweise einer Reihe von **Nachsorgeuntersuchungen** unterzogen. Diese zielen darauf ab, Spätkomplikationen bzw. ein Tumorrezidiv frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Leider ist im Fall eines Rezidivs bei einer Vielzahl von Tumoren eine Heilung nicht mehr möglich.

Bisher wird der **Rehabilitation** bei Krebserkrankungen (wie generell bei chronischen Erkrankungen) nicht immer die notwendige Bedeutung beigemessen. Kuraufenthalte nach Brustkrebs sind (gerade auch unter dem Aspekt der gegenwärtigen Einsparungstendenzen) keineswegs Standard und werden nur unter bestimmten Bedingungen gewährt. Eine besondere Problematik ergibt sich für die zunehmende Zahl jüngerer an Brustkrebs erkrankter Frauen, sei es in puncto Familienpla-

nung, Schwangerschaft, Versorgung von Kindern, etc. Ein gravierendes Problem stellt der Verlust des Arbeitsplatzes für (vor allem ältere) Betroffene dar. Die politisch Verantwortlichen sind ebenso wie die Gewerkschaften dazu aufgerufen, hier aufgrund entsprechender Rahmenbedingungen Hilfestellung zu schaffen.

Eine Vorreiterrolle in diesem Zusammenhang hat das **Projekt „Krebs und Beruf“** der Wiener Krebshilfe, das seit 1997 vom Bundessozialamt für Wien, Niederösterreich und Burgenland finanziert wird. Geboten wird Information und kostenlose Beratung bei Problemen am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit und Notstandshilfe, Berufsunfähigkeit und Invaliderität, Rehabilitation und Kur, Erfordernis häuslicher Hilfen und Neuorientierung. Ein Ratgeber, der in enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitmarktservice, der Arbeiterkammer, der Gebietskrankenkasse, der Pensionsversicherungsanstalt und dem Bundessozialamt entstanden ist, behandelt wichtige Themen wie Probleme am Arbeitsplatz, Fragen des Krankenstandes, des Kündigungsschutzes, der Arbeitslosigkeit. Er ist unter der *Hotline 01/402 19 22* bzw. direkt bei der Wiener Krebshilfe erhältlich.

Wichtig ist eine psychologische Betreuung der betroffenen Frauen. Die mobile psychologische Betreuung der Wiener Krebshilfe kommt auch ins Haus, wenn es für betroffene Frauen nicht möglich ist, ins Beratungszentrum zu kommen.

4.4.2 Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)

Siehe auch: Abschnitt Humanes Papilloma Virus (HPV), Zervixkarzinom und HPV-Impfung (Kapitel 4.10.2).

Der Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht vom Krebs des Gebärmutterkörpers, v. a. aber dadurch, dass er am scheidennahen Ende der Gebärmutter lokalisiert ist. Daher werden diese beiden Krebserkrankungen hier auch getrennt dargestellt. **Symptome** treten beim Zervixkarzinom erst meist relativ spät auf. Erste Anzeichen für Gebärmutterhalskrebs können zyklusunabhängige Blutungen und fleischwasserfarbener Ausfluss der Scheide sein. Auch Kontaktblutungen nach Geschlechtsverkehr stellen Warnsignale dar.

¹⁷⁸ ÖBIG (2006), S. 1.

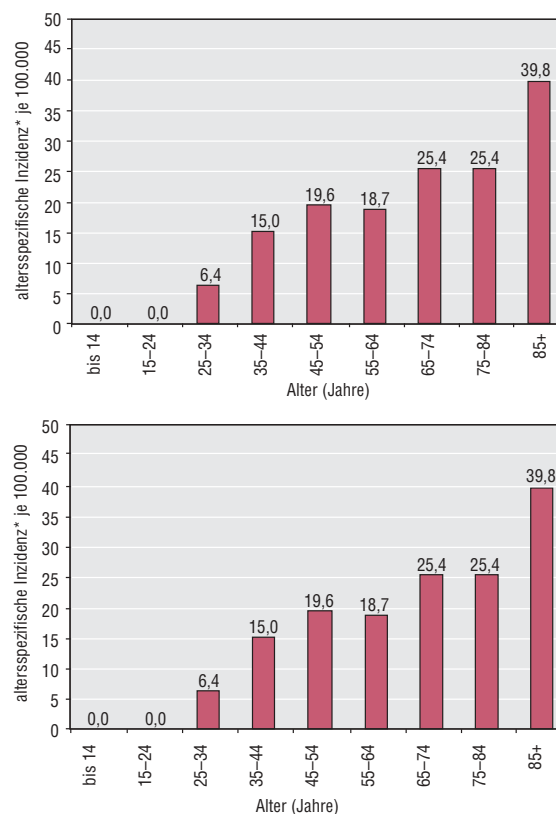
Inzidenz und Mortalität

Im Jahr 2002 kam es in Wien zu 113 Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs bzw. 13,6 Neuerkrankungen je 100.000 Frauen. Gebärmutterhalskrebs war im Jahr 2002 für ein Viertel der Krebserkrankungen der weiblichen Genitalorgane und 3,3 Prozent aller Krebsneuerkrankungen von Frauen verantwortlich. Mehr als die Hälfte (52,2 Prozent) der Neuerkrankungen trat vor Erreichen des 60. Lebensjahres auf. 41 Frauen sind im Jahr 2004 in Wien am Zervixkarzinom gestorben, das sind 4,8 Sterbefälle je 100.000 Frauen. Insgesamt war das Zervixkarzinom für 1,9 Prozent aller weiblichen Krebssterbefälle des Jahres 2004 in Wien verantwortlich. Laut ExpertInnenmeinung wird allerdings die Zahl der be-

troffenen Frauen in der offiziellen Statistik stark unterschätzt.¹⁷⁹ So erkranken z. B. (hochgerechnet aus zytologischen Statistiken) in Österreich etwa 3.000 bis 4.000 Frauen jährlich an CIN II (zervikale intraepitale Neoplasie II) und CIN III (schwere Dysplasie/Carcinoma in situ bzw. HSIL). Allerdings wird nur ein Bruchteil dieser Krebsvorstufen tatsächlich gemeldet.¹⁸⁰

Die Neuerkrankungen am Zervixkarzinom weisen eine besondere Altersverteilung auf. Ein erster Gipfel findet sich zwischen 45 und 54 Jahren, ein weiterer zwischen 65 und 74 Jahren, sieht man von der Altersgruppe der 85-Jährigen und Älteren ab.¹⁸¹ Die Mortalität steigt zwischen 55 und 64 Jahren merkbar an, nimmt aber in den darauf folgenden Altersgruppen nur mehr wenig zu.

Grafik 4.8: Inzidenz und Mortalität an Gebärmutterhalskrebs (ICD-10 <C53>) bei Frauen in Wien nach Alter 2002 bzw. 2004



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Zahl der Neuerkrankungen je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe. ** Zahl der Sterbefälle je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

¹⁷⁹ BREITENECKER et al. (2004), zitiert nach VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 115.

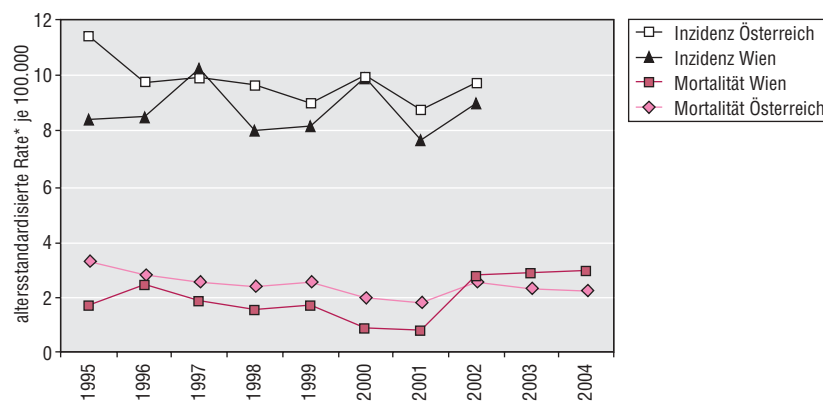
¹⁸⁰ VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 115; Dachdokumentation Krebs, [http://: www.rki.de/](http://www.rki.de/)

¹⁸¹ Aufgrund der geringen Fallzahlen kann es leicht zu erhebungsbedingten Abweichungen kommen.

Während in den 1970er Jahren das Zervixkarzinom noch die häufigste Krebserkrankung der weiblichen Genitalorgane war, sind bis Mitte der 1980er Jahre die Neuerkrankungen deutlich zurückgegangen. Seither ist nur mehr ein abgeschwächter Rückgang zu erkennen. Ähnliches gilt auch für die Sterberaten. Einen bedeutenden Anteil an diesem Rückgang hatten Früherkennungsmaßnahmen, welche die Diagnose von Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses ermöglichen. Die rechtzeitig einsetzende Behandlung verhindert die Ausbildung des vollständigen (invasiven) Karzinoms.

Wien lag in den letzten 10 Jahren bei den Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs (mit Ausnahme der Jahre 1997 und 2000) unter dem österreichischen Durchschnitt. Auch die Mortalität war in Wien zumindest bis 2001 niedriger als im gesamten Bundesgebiet, seither verzeichnet Wien leicht steigende Mortalitätsraten, die zudem höher sind als im gesamten Bundesgebiet.

Grafik 4.9: Inzidenz und Mortalität an Gebärmutterhalskrebs (ICD-10 <C53>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.; sowie Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

Österreich hatte beim Zervixkarzinom im Jahr 2002 von den „alten“ Ländern der Europäischen Union (vor der Erweiterung) die dritthöchste Neuerkrankungs- und Mortalitätsrate, höhere Raten hatten nur Portugal und Dänemark. Am niedrigsten war die Inzidenz in Finnland, Irland und den Niederlanden, die niedrigste Mortalität hatten Finnland, Italien und Spanien.¹⁸²

Risikofaktoren

Das Risiko, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, steht in engem Zusammenhang mit dem Sexualverhalten. Vor allem der ungeschützte Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Sexualpartnern gilt als bedeu-

tender Risikofaktor für den Gebärmutterhalskrebs. Co-Faktoren sind eine mangelnde Sexualhygiene, andere Geschlechtskrankheiten und Rauchen (die Abbauprodukte von Nikotin sind im Zervixsekret nachweisbar). Und zwar besteht ein Zusammenhang zwischen der Infektion mit bestimmten Typen des sexuell übertragbaren Humanen Papilloma-Virus (HPV) und der Entwicklung des Gebärmutterhalskrebses. HPV-Infektionen sind derzeit nicht behandelbar. Sie bleiben häufig unbemerkt, in den meisten Fällen, insbesondere bei jungen Frauen, kommt es zur spontanen Abheilung der Infektion. Bei besonders aggressiven HPV-Viren und geschwächtem Immunsystem kann es zu chronischer Besiedelung der Scheide kommen, die unter bestimm-

¹⁸² STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 444 f.

ten Umständen zu Zellveränderungen führt. Es handelt sich dabei um Krebsvorstufen, die im Krebsabstrich entdeckt werden.

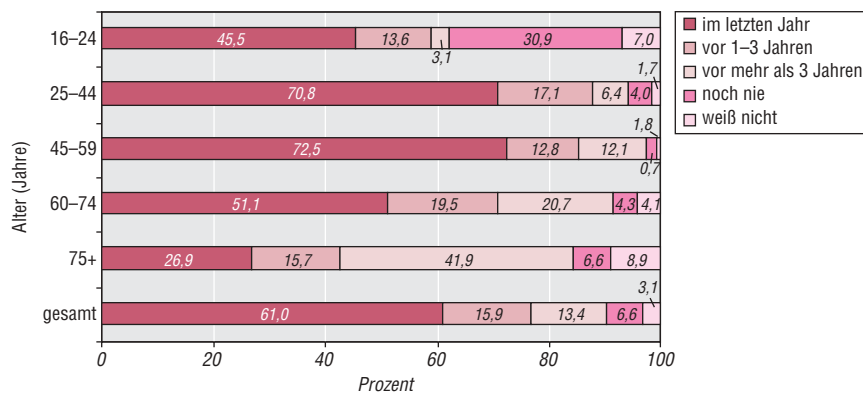
Prävention, Früherkennung

Jüngste Untersuchungen zur primären Prävention durch **Impfung** sind viel versprechend, jedoch noch nicht in die tägliche Praxis umsetzbar.¹⁸³ Fester Bestandteil der **Krebsvorsorge** ist der Krebsabstrich vom Gebärmutterhals nach PAPANICOLAU (PAP-Abstrich), der laut Österreichischer Krebshilfe im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung einmal jährlich ab dem 20. Lebensjahr durchgeführt werden soll.¹⁸⁴ Die dabei entnommenen Zellen werden mikroskopisch untersucht und anhand eines Klassifikationssystems, das nach dem griechischen Begründer der Zytodiagnostik PAPANICOLAU benannt ist, kategorisiert. Die zytologische Untersuchung des Gebärmutterhalsabstrichs erlaubt es, Vorstufen des Gebärmutter-

halskrebses (die so genannte Cervikale Intraepitheliale Neoplasie CIN I-III) zu entdecken, durch einen minimalen chirurgischen Eingriff zu beheben und so das Entstehen eines invasiven Karzinoms zu verhindern. In der Regel dauert es relativ lange (bis zu 10 Jahre), bis aus einer Vorstufenerkrankung ein Gebärmutterhalskrebs entstehen kann.¹⁸⁵ Im Frühstadium (Carcinoma in situ; meist zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr) ist das Zervixkarzinom zu 100 Prozent heilbar. Die regelmäßige und hohe Teilnahme am Früherkennungsprogramm ist daher besonders wichtig.

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 lag (nach Eigenangaben) in Wien die Beteiligung im Jahr vor der Befragung bei den Frauen im Alter zwischen 25 und 59 Jahren bei über 70 Prozent, 13 bis 17 Prozent hatten ein bis drei Jahre zuvor einen Scheidenabstrich vornehmen lassen. Allerdings nimmt die Teilnahme mit zunehmendem Alter deutlich ab und ist außerdem stark bildungs- und schichtabhängig.¹⁸⁶

Grafik 4.10: Abnahme eines Scheidenabstrichs bei Frauen in Wien 2001 nach Alter



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 152.

Der vergleichsweise geringe Beteiligung junger Frauen (bis 24 Jahre) ist dadurch zu erklären, dass der jährliche Krebsabstrich im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung erst ab dem 20. Lebensjahr empfohlen wird.

Qualitätssichernde Maßnahmen: Ein schwerwiegendes Problem beim Krebsabstrich ist die hohe Rate falsch negativer zytologischer Befunde (falsch positive Befunde sind eher selten). Ursache sind Abnahme- und Laborfehler, deren Verhältnis mit 2:1 angegeben wird.¹⁸⁷ Die Österreichische Gesellschaft für Zytologie

¹⁸³ HARPER (2004).
¹⁸⁴ STADT WIEN (2004), S. 198.
¹⁸⁵ KAINZ (2000); VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 116.
¹⁸⁶ STADT WIEN (2001), S. 153.
¹⁸⁷ VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005).

(ÖGZ) hat Leitlinien zum Qualitätsmanagement in den zytologischen Labors herausgegeben und ein Programm zur freiwilligen Selbstkontrolle geschaffen.¹⁸⁸ Teilnahmeberechtigt an diesem Programm sind alle Institute und Labors für Zytologie in Österreich mit einer jährlichen Einsendefrequenz von mindestens 10.000 gynäkologisch-zytologischen Abstrichen sowie Labors mit überwiegend kurativer Klientel (z. B. Krebsambulanz) bei einer Einsendefrequenz von über 1.000 Abstrichen pro Jahr.

Aufklärung und Beratung von Frauen: Studienergebnisse haben gezeigt, dass Aufklärung und Beratung über die Bedeutung auffälliger und damit kontrollbedürftiger Befunde wesentlich zum Abbau von Angst und Stress bei Patientinnen beitragen.¹⁸⁹ Eine solche Aufklärung sollte bereits vor Durchführung des Krebsabstrichs erfolgen. Die genaue Erläuterung abnormer Testergebnisse hat auch positiven Einfluss auf die Compliance der Frau gegenüber der regelmäßigen Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen.

Ein **systematisches Screening** mittels PAP-Test existiert bisher nur in einzelnen Ländern (z. B. Australien, Großbritannien). Organisiert wird das Screening über ein Einladungssystem (call and recall). Und zwar wird es von 19 Jahren aufwärts empfohlen, die Grenze nach oben ist allerdings bisher nicht eindeutig geklärt.¹⁹⁰

Kritisch angemerkt wird von den **österreichischen Frauengesundheitszentren**,¹⁹¹ dass die Wirksamkeit der Früherkennungsuntersuchung durch den PAP-Abstrich bisher nicht durch prospektive Studien belegt ist, dennoch werde der Abstrich durch die Krankenkassen bezahlt. Die niedrige Sensitivität des PAP-Abstrichs berge außerdem die Gefahr falsch-positiver Befunde vor allem im Bereich niedrig maligner Zellen und sei der hauptsächliche Grund für die Empfehlung zur jährlichen Kontrolle mittels PAP-Abstrich. Die Zahl der sexuell aktiven Frauen, die HPV-infiziert sind, sei außerdem regional sehr verschieden, nur bei einem Bruchteil der HPV-infizierten Frauen entwickelt sich innerhalb von drei Jahren aus einer niedriggradigen intraepithelialen Veränderung eine höhergradige.

Die österreichischen Frauengesundheitszentren fordern daher:

- Das Recht der Frauen auf umfassende Information durch unabhängige, interessensneutrale Informations- und Beratungseinrichtungen, um sie zu einer informierten Entscheidung zu befähigen: Im Falle des Gebärmutterhalskrebs sind dies Informationen über Aussagewert und Risiken des PAP-Abstrichs generell sowie das individuelle Risiko der Frau.
- Maßnahmen zur Verbesserung der Aussagekraft von PAP-Abstrichen: Dazu zählen abgesehen von der derzeitigen Praxis der Empfehlung des einjährigen PAP-Screening-Intervalls z. B. die Verpflichtung der Fortbildung von ÄrztInnen in der Abnahmetechnik und zu qualitätssichernden Maßnahmen in den befundenden Einrichtungen (Labor) sowie deren Evaluation.
- Die Information von Mädchen und Frauen über die sexuelle Übertragbarkeit des HP-Virus und dessen Rolle bei der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs (z. B. im Rahmen öffentlichkeitswirksamer Kampagnen) sowie über die Bedeutung der Kondombenutzung zur Verhinderung der Infektion mit dem HP-Virus und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten.

Therapie

Die **Therapie** des Zervixkarzinoms hat sich im letzten Jahrzehnt erheblich weiterentwickelt. Die Therapieoptionen sind vielfältig. Sie sind individuell und an das jeweilige Stadium der Erkrankung angepasst einzusetzen. Die Entscheidung über die adäquate Therapiemodalität sollte interdisziplinär und gemeinsam mit der Patientin getroffen werden. Zu berücksichtigten sind der Allgemeinzustand und die Lebenssituation der Patientin, das Stadium der Erkrankung, Risikofaktoren und das Nebenwirkungsprofil der Therapien sowie das Rezidivmuster. Ziel ist die möglichst geringe Beeinflussung der Lebensqualität bei Gewährleistung maximaler Überlebenschancen. Dieser Anspruch wird durch rehabilitative und psycho-onkologische Maßnahmen sowie durch entsprechende Nachsorge unterstützt. Gerade bei erforderlicher Entfernung der Gebärmutter ist die

¹⁸⁸ Leitfaden zur Beteiligung an der freiwilligen Selbstkontrolle zytologischer Laboratorien, herausgegeben vom Komitee für Qualitätssicherung in der Zytologie, Mai 2003.

¹⁸⁹ WILKINSON et al. (1990); STEWART (1993).

¹⁹⁰ VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 116.

¹⁹¹ GROTH (2006), S. 384.

Belastung der Frauen ungleich größer als z. B. bei den kleinen operativen Eingriffen zur Behandlung der Vorstufen. Die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte gilt als integraler Bestandteil der Betreuung während des gesamten Krankheitsverlaufs. Die Patientin ist zum frühestmöglichen Zeitpunkt auf psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten hinzuweisen. Dazu zählen auch Paar- und Sexualberatung, Selbsthilfegruppen sowie sozialrechtliche Beratung. Es sollte zudem möglich sein, auf Wunsch der Patientin, den Partner oder Angehörige jederzeit in die Betreuung mit einzubeziehen.

Von besonderer Bedeutung ist die **Rehabilitation**. Globales Gesamtziel ist die Wiedererlangung eines körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Bei bleibenden Folgeschäden ist Hilfestellung durch Begleitung und Betreuung (z. B. durch Frauengesundheitszentren, Selbsthilfegruppen) besonders bedeutsam.

4.4.3 Krebs des Gebärmutterkörpers (Korpuskarzinom)

Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers (Korpuskarzinome) entstehen (im Gegensatz zum Zervixkarzinom) im oberen Teil der Gebärmutter (Corpus uteri) und gehen meist von der Schleimhaut der Gebärmutter (Endometrium) aus. Wichtigstes klinisches Symptom sind postmenopausale Blutungen.

Inzidenz und Mortalität

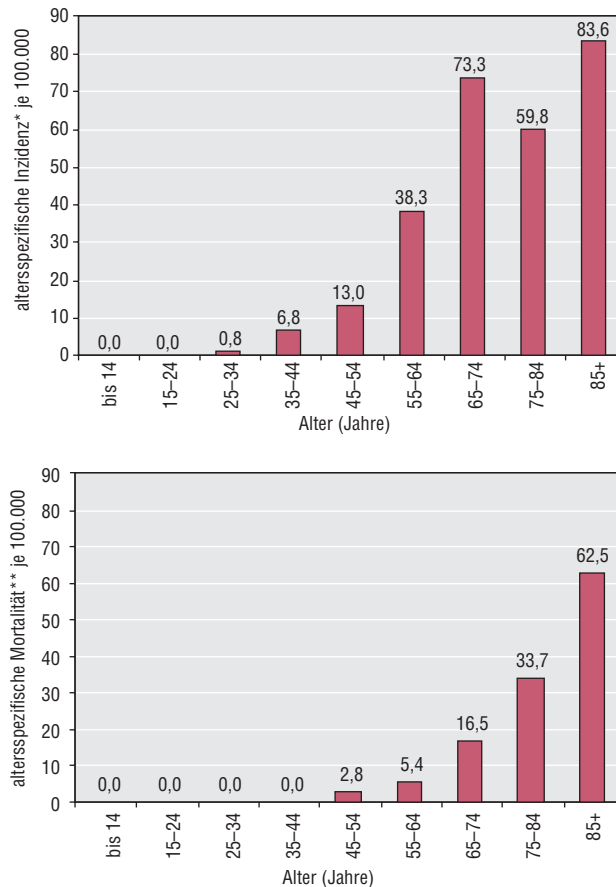
Zum Krebs des Gebärmutterkörpers werden üblicherweise Krebserkrankungen nicht näher bezeichneter Teile der Gebärmutter hinzugerechnet, unter denen sich auch Fälle von Gebärmutterhalskrebs finden. Der Anteil solcher nicht näher bezeichneter Krebskrankheiten der Gebärmutter ist bei der Mortalität wesentlich größer als bei der Inzidenz.¹⁹²

In Wien sind im Jahr 2002 175 Frauen an Krebs des Gebärmutterkörpers neu erkrankt, das sind 5,1 Prozent aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen. Etwa ein Drittel (37,1 Prozent) dieser Fälle trat vor dem 65. Lebensjahr auf. Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers sind das häufigste weibliche Genitalkarzinom. Im Jahr 2002 waren in Wien 38,0 Prozent der Krebsneuerkrankungen der weiblichen Genitalorgane Korpuskarzinome.

57 Frauen sind in Wien im Jahr 2004 am Krebs des Gebärmutterkörpers gestorben, das sind 2,7 Prozent aller Krebssterbefälle von Frauen bzw. 0,6 Prozent aller Sterbefälle von Frauen. 15,7 Prozent der an Krebs des Gebärmutterkörpers verstorbenen Frauen waren unter 65 Jahre.

¹⁹² Dachdokumentation Krebs, <http://www.rki.de/>

Grafik 4.11: Inzidenz und Mortalität an Krebs des Gebärmutterkörpers (ICD-10 <C54-C55>) bei Frauen in Wien nach Alter 2002 bzw. 2004



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Zahl der Neuerkrankungen je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

** Zahl der Sterbefälle je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

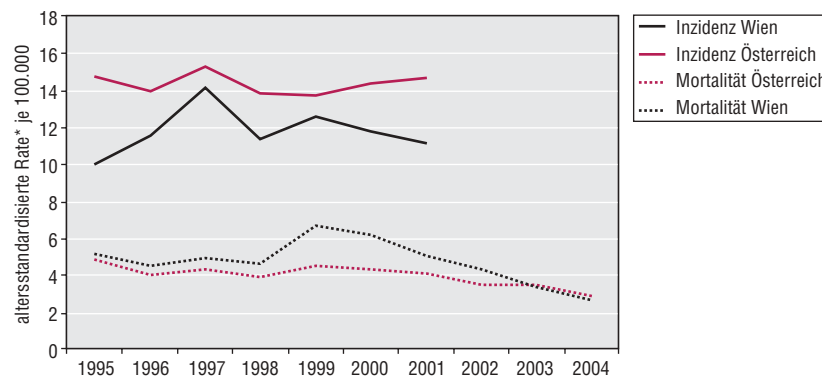
Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Im Gegensatz zum Gebärmutterhalskrebs tritt der Krebs des Gebärmutterkörpers meist erst in einem höheren Alter auf, und zwar vorwiegend nach der Menopause. Entsprechend nimmt auch die altersspezifische Inzidenz am Korpuserkarzinom ab dem 55. Lebensjahr deutlich zu. Der Altersgipfel liegt zwischen 65 und 74 Jahren, sieht man von den 85-Jährigen und älteren ab. Vor dem 45. Lebensjahr waren im Jahr 2004 keine Sterbefälle am Krebs des Gebärmutterkörpers zu verzeich-

nen. Ab diesem Alter nimmt die Mortalität kontinuierlich zu.

Die altersstandardisierte Inzidenz ist beim Krebs des Gebärmutterkörpers im letzten Jahrzehnt in Wien zunächst gestiegen, seit 1997 zeigt sich jedoch (sieht man von Schwankungen ab) wieder ein rückläufiger Trend. Auch die Mortalität ist (zumindest seit 1999) rückläufig.

Grafik 4.12: Inzidenz und Mortalität am Krebs des Gebärmutterkörpers (ICD-10 <C54-C55>) bei Frauen in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.; sowie Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

Die Neuerkrankungsrate war in Wien im letzten Jahrzehnt etwas niedriger als im gesamten Bundesgebiet, die Mortalität jedoch bis zum Jahr 2003 etwas höher. Aufgrund des stärkeren Rückgangs der Mortalität in Wien ist es seither zu einer Angleichung in der Sterblichkeit am Krebs des Gebärmutterkörpers zwischen Wien und dem gesamten Bundesgebiet gekommen.

Österreich lag im Jahr 2002 unter den EU-15-Ländern bei der Neuerkrankungsrate für Gebärmutterkörperkrebs an neunter Stelle. Die höchsten Raten finden sich in Luxemburg, Schweden und Deutschland, die niedrigsten in Griechenland, Portugal und Irland. Allerdings hat Österreich bei der Mortalität die dritthöchste Rate, nur in Finnland und Dänemark ist die Mortalität höher. Am niedrigsten ist sie in Griechenland.

Risikofaktoren

Als Risikofaktoren für das Korpuserkarzinom gelten vor allem hormonelle Einflüsse. Einerseits wird die Exposition gegenüber körpereigenem Östrogen, das in direktem Zusammenhang mit Übergewicht (Adipositas) und Kinderlosigkeit steht, oder als Folge einer frühen Menarche und späten Menopause sowie lang anhaltende Zyklen ohne Eisprung (zum Beispiel bei polyzystischen Ovarien) auftritt, als kritischer Faktor genannt. Andererseits besteht der Verdacht, dass die Östrogen-

substitution in der Postmenopause das Risiko für das Korpuserkarzinom erhöht. In einigen Familien konnte eine Häufung beobachtet werden, die Ursache ist jedoch nicht geklärt. Eine schützende (protektive) Wirkung wird der Einnahme oraler Kontrazeptiva vom Kombinationstyp zugeschrieben. Ein gesunder Lebensstil, eine an Obst und Gemüse reiche Ernährung, die Vermeidung von Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit und hohem Blutdruck, die ebenfalls als Risikofaktoren gelten, wirken präventiv.

Früherkennung, Therapie

Im Gegensatz zum Gebärmutterhalskrebs ist der PAP-Abstrich nicht zur Früherkennung des Gebärmutterkörperkarzinoms geeignet. Das Korpuserkarzinom führt bereits im Frühstadium zu abnormen Blutungen, die in der Regel zum Arztbesuch führen. Dadurch wird das Gebärmutterkörperkarzinom auch meist bereits im Frühstadium entdeckt und kann so einer effektiven Therapie zugeführt werden. Die wichtigste Früherkennungsmaßnahme besteht daher in der Abklärung abnormer vaginaler Blutungen vor allem in der Menopause. Insgesamt sind die Heilungsaussichten des Gebärmutterkörperkarzinoms im Frühstadium sehr groß und liegen bei nahezu 90 Prozent. Es ist daher besonders wichtig, erste Warnsignale ernst zu nehmen und sie durch den Facharzt bzw. die Fachärztin abklären zu lassen.

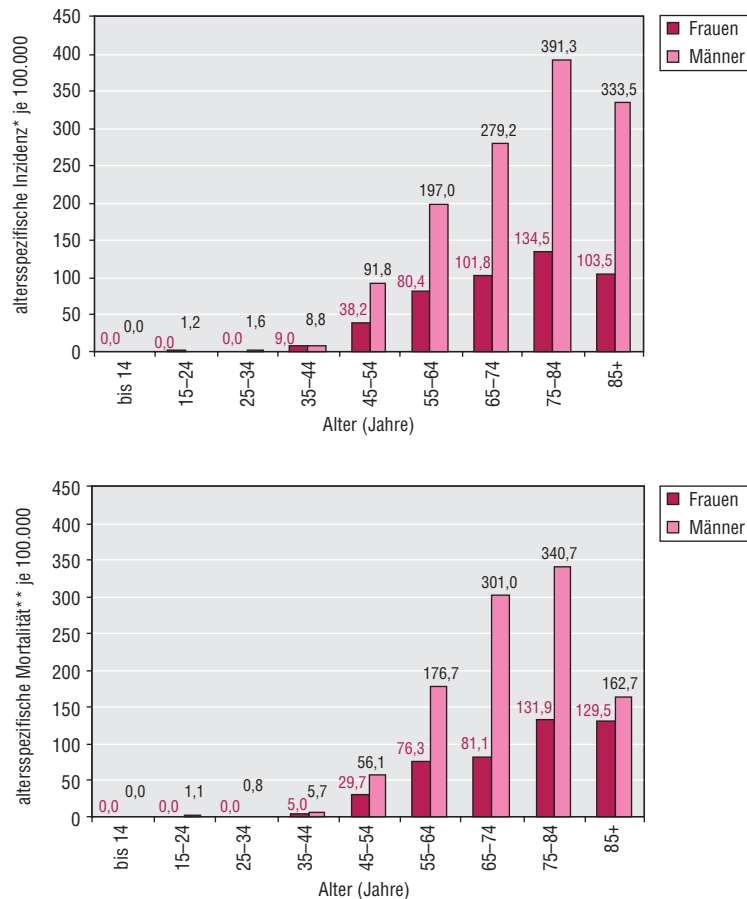
4.4.4 Lungenkrebs

Obwohl bei Frauen Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs deutlich niedriger als bei Männern sind, erfordert die Erkrankung bei Frauen aufgrund der drastisch steigenden Inzidenz- und Mortalitätsraten besondere Beachtung.

Inzidenz und Mortalität

Im Jahr 2002 sind in Wien 324 Frauen und 579 Männer neu an Lungenkrebs erkrankt. Das bedeutet, dass nahezu jede zehnte Krebsneuerkrankung der Frauen (9,5 Prozent) und nahezu jede sechste (17,4 Prozent) der Männer auf Lungenkrebs zurückzuführen war. 297 Frauen und 519 Männer sind in Wien im Jahr 2004 an Lungenkrebs gestorben. Das sind 13,9 Prozent der Krebssterbefälle von Frauen und ein Viertel der Krebssterbefälle von Männern (25,1 Prozent) bzw. 3,3 Prozent aller Sterbefälle von Frauen und 7,3 Prozent aller Sterbefälle von Männern.

Grafik 4.13. Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs (ICD-10 <C33-C34>) in Wien nach Alter und Geschlecht 2002 bzw. 2004



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Zahl der Neuerkrankungen je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

** Zahl der Sterbefälle je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

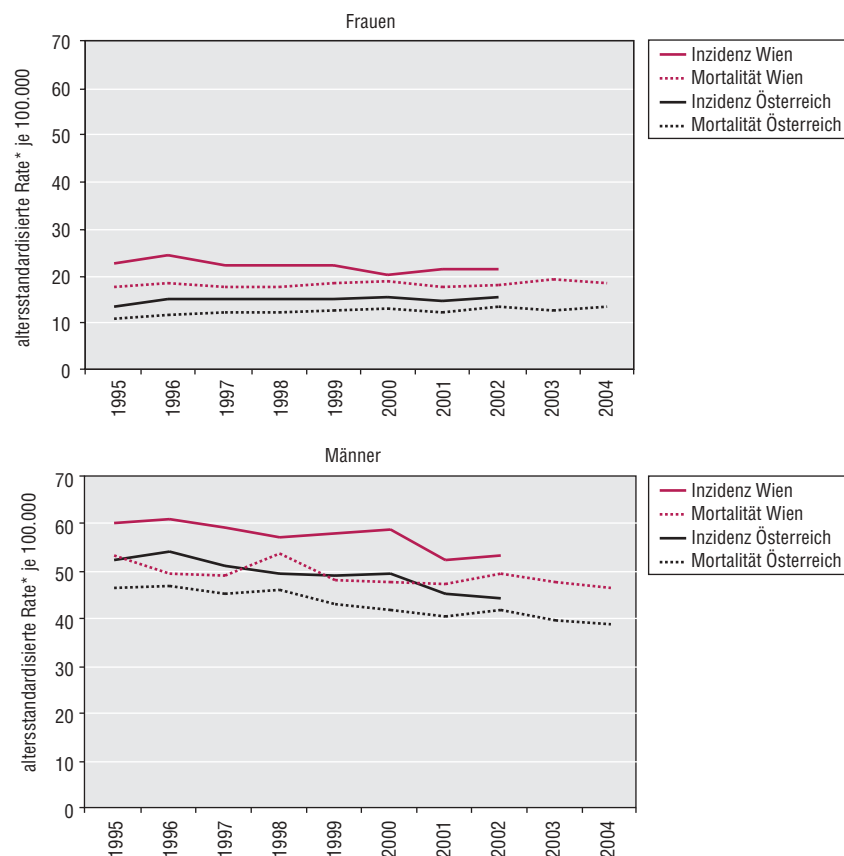
Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA; eigene Berechnungen.

Die altersspezifische Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu. Vor allem zwischen 55 und 64 Jahren ist bei Frauen und Männern ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen.

Die altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsraten der Männer sind zwar deutlich höher als jene der Frauen, waren aber im letzten Jahrzehnt rückläufig. Dagegen sind die Inzidenz- und Mortalitätsraten der Frauen gestiegen. In Wien war zwar die Inzidenz bei den Frauen (ausgehend von einem deutlich höherem Niveau als im gesamten Bundesgebiet) zwischen 1996

und 2000 leicht rückläufig, ist aber seither wieder im Steigen begriffen. Der Grund für den Anstieg der Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs ist vornehmlich darin zu sehen, dass immer mehr Frauen rauchen. Vor allem steigt der Anteil der jugendlichen „EinsteigerInnen“, wobei Mädchen häufiger als Burschen rauchen.¹⁹³ Es ist daher auch zu vermuten, dass der Gipfel der Lungenkrebsfälle bei den Frauen noch lange nicht erreicht ist. Wie eingehende Analysen zur Lungenkrebssterblichkeit zeigen, wirken sich unter anderem Kohorteneffekte, die ihrerseits die Rauchgewohnheiten beeinflussen, auf die Mortalität infolge von Lungenkrebs aus.¹⁹⁴

Grafik 4.14: Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs (ICD-10 <C33-C34>) in Wien und Österreich 1995 bis 2002 bzw. 2004 nach Geschlecht



Inzidenz: 2002; Mortalität: 2004 (= letztverfügbare Daten).

* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Österreichisches Krebsregister; Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 312 ff.; sowie Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

¹⁹³ Siehe Kapitel 5.3.4, Abschnitt Rauchen und Passivrauchen.

¹⁹⁴ BACHINGER (2004), S. 93–96; BACHINGER (2005).

Auffallend für Wien sind bei beiden Geschlechtern deutlich höhere Inzidenz- und Mortalitätsraten als für das gesamte Bundesgebiet. Kein anderes Bundesland erreicht so hohe Werte wie Wien.¹⁹⁵ Dazu ist zu erwähnen, dass Wien sowohl bei Frauen als auch bei Männern die höchsten RaucherInnenquoten von allen Bundesländern hat.¹⁹⁶

Unter den Ländern der Europäischen Union vor der Erweiterung (EU-15) hat Österreich bei den Frauen nach Dänemark, Großbritannien, Irland, den Niederlanden und Schweden die sechsthöchste Neuerkrankungsrate. Am niedrigsten sind die Neuerkrankungsraten bei Frauen in Spanien und Portugal. Bei den Männern lag Österreich an elfter Stelle. Die höchste Lungenkrebsinzidenz haben bei den Männern Belgien, Luxemburg und die Niederlande, die niedrigsten Schweden, Finnland und Portugal.

Bei der Mortalität an Lungenkrebs nimmt Österreich bei den Frauen wie bei der Inzidenz den sechsten Rang ein. Dänemark, Großbritannien, Irland, die Niederlande und Schweden haben nicht nur die höchste Inzidenz, sondern auch die höchste Mortalität an Lungenkrebs bei den Frauen, Portugal und Spanien dagegen die niedrigste. Bei den Männern liegt Österreich in der Lungenkrebssterblichkeit an zwölfter Stelle, die höchsten Raten finden sich in Belgien und den Niederlanden, die niedrigsten in Schweden und Portugal.

Risikofaktoren

Der wichtigste Risikofaktor für die Entwicklung von Lungenkrebs ist das Zigarettenrauchen. Das Erkrankungsrisiko starker RaucherInnen ist mehr als zwanzig Mal höher als jenes von NichtraucherInnen. Allerdings kann sich das Risiko von NichtraucherInnen durch bloßes Einatmen von Zigarettenrauch in der Raumluft (Passivrauchen) um bis zu fünfzig Prozent erhöhen. Auch Belastungen z. B. durch Asbestfeinstaub oder Radon im Beruf, der Wohnung und der allgemeinen Umwelt können das Risiko erhöhen, an Lungenkrebs zu erkranken.¹⁹⁷

Geschlechtsspezifische Aspekte

Es gibt Hinweise, dass bei gleich hohem Zigarettenkonsum das Lungenkrebsrisiko bei Frauen etwa doppelt so hoch ist wie bei Männern.¹⁹⁸ Frauen nehmen durch Nikotin rascher Schaden und regenerieren sich langsamer. Wissenschaftler des Deutschen Krebsforschungszentrums haben erst kürzlich eine Genvariante entdeckt, die mit einem erhöhten Lungenkrebsrisiko in Zusammenhang steht, bei Frauen aber viel schwerer ins Gewicht fällt: Bei männlichen starken Rauchern mit der Genvariante erhöht sich das Risiko um das Dreieinhalbfache, bei Frauen hingegen auf das Achtfache. Ob genetische Unterschiede alleine die besondere Gefährdung der Frau begründen, ist jedoch nicht abschließend geklärt.¹⁹⁹

Die Gefahr von Lungenkrebs bei Frauen ist auch durch ihr spezifisches Rauchverhalten erhöht. Frauen bevorzugen Zigaretten mit niedrigem Teergehalt, so genannte Light-Zigaretten. Dies verleitet dazu, den Rauch intensiver zu inhalieren, wodurch tiefer liegende Teile der Bronchien und des Lungengewebes geschädigt werden. Der in tiefen Regionen liegende Lungentumor wird meist erst später entdeckt, da oft typische Begleitsymptome und Warnsignale (wie die Bronchitis bei Männern) fehlen. Bei Männern liegen die Tumoren häufig im oberen Teil der Atmungsorgane. Laut einer amerikanischen Studie tritt Krebs in den Bronchien bei Männern doppelt so häufig auf wie bei Frauen.²⁰⁰ Darüber hinaus wird der niedrigere Nikotingehalt von Light-Zigaretten häufig durch Erhöhung der Anzahl der gerauchten Zigaretten kompensiert. Die Bezeichnung „Light-Zigaretten“ ist auch insofern irreführend, als diese nicht gesünder sind. Sie halten die/den RaucherIn nur davon ab, ganz mit dem Rauchen aufzuhören, da das trügerische Gefühl besteht, man habe dem Rauchen die Gefahr genommen (*siehe auch Kapitel 5.3.4, Abschnitt Rauchen und Passivrauchen*).

¹⁹⁵ STATISTIK AUSTRIA (2004c), S. 41.

¹⁹⁶ STADT WIEN (2002), S. 51.

¹⁹⁷ Dachdokumentation Krebs, <http://www.rki.de/>

¹⁹⁸ WELTE (2000).

¹⁹⁹ WELTE (2000).

²⁰⁰ PATEL (2004).

Früherkennung, Therapie

Obwohl auch beim Lungenkrebs eine **frühzeitige Erkennung** die Behandlungsmöglichkeiten und die Heilungschancen deutlich verbessert, gibt es bisher keine für die breite Anwendung geeignete Früherkennungsuntersuchung.²⁰¹ Röntgenreihenuntersuchungen wie auch einfache Untersuchungen von abgehustetem Bronchialsekret (Sputum), von denen man sich viel versprochen hatte, blieben ohne Erfolg. Neue Verfahren, wie etwa die Spiral-Computertomographie mit niedriger Strahlendosis oder die Untersuchung von Sputum mit molekularbiologischen Methoden, könnten, falls sie sich bewähren und zur Entdeckung kleiner Tumoren führen, vor allem bei RaucherInnen mit hohem Erkrankungsrisiko in Frage kommen.

Die sicherste und beste Methode zur **Vorbeugung** von Lungenkrebs ist die Vermeidung der bekannten Risikofaktoren. Besonders bedeutsam sind daher spezielle Angebote der Raucherentwöhnung für Frauen, bei denen unter anderem auch auf frauenspezifische Probleme wie Osteoporose, Wechseljahre, Schwangerschaft, etc. eingegangen wird. Hier gilt es, allgemeine Techniken der Abgewöhnung (pharmakologische und verhaltensbezogene Behandlung) mit frauenspezifischen Ansätzen, wie z. B. der Ernährungsberatung, Gewichtskontrolle und Stressbewältigung zu kombinieren.

Die **Therapie** bei Lungenkrebs richtet sich nach verschiedenen Kriterien. Dabei ist vor allem die Unterscheidung zwischen kleinzelligem und nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom von Bedeutung. Daneben spielen auch das Erkrankungsstadium, die Lage des Tumors (zentral oder peripher gelegen), der Allgemeinzustand und zusätzliche Erkrankungen der PatientInnen, Lungenfunktion und Atemreserven eine Rolle.

Wie bei fast allen Krebserkrankungen stehen auch beim Lungenkrebs hauptsächlich drei Therapie-Möglichkeiten zur Verfügung: die Operation, die Bestrahlung und die Chemotherapie. Diese Behandlungsarten können auch miteinander kombiniert werden, was eine signifikante Verbesserung der Heilungs- und Überlebenschancen bedeuten kann. Neue Hoffnungen liegen auf der zusätzlichen Anwendung von Therapien, die gezielt in die Wachstumssteuerung von Krebszellen eingreifen.

Bei schlechtem Gesundheitszustand, besonders bei beeinträchtigter Leistungsfähigkeit von Herz und Lunge, können bestimmte Therapieformen nur eingeschränkt oder gar nicht angewendet werden.

Neben den genannten Therapien werden in den meisten Behandlungszentren unterstützende Maßnahmen angeboten. Diese umfassen atemgymnastische Übungen, psychosoziale Betreuung und Ernährungsberatung.

²⁰¹ <http://www.krebshilfe.com/>

4.5 Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen – Diabetes mellitus

Zusammenfassung

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und eines ungünstigen gesundheitsbezogenen Lebensstils ist in Zukunft mit einer Zunahme von Diabetes mellitus zu rechnen. In Wien sind von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung laut Eigenangaben 4,3 Prozent der Frauen und 3,4 Prozent der Männer betroffen. Vor allem im höheren Alter erkranken deutlich mehr Frauen als Männer an Diabetes mellitus (zurückzuführen vor allem auf **Typ 2-Diabetes**). Diabetes mellitus stellt vor allem aufgrund der damit verbundenen Komplikationen, Begleit- und Folgekrankheiten eine große Herausforderung für die Gesundheitspolitik dar. Frauen erleben die Krankheit nicht nur anders als Männer, auch die Auswirkungen der Krankheit sind bei Frauen zum Teil gravierender.

Bei Frauen zum Tragen kommt der **Schwangerschaftsdiabetes**, der mit bestimmten Risiken für Mutter und Kind verbunden ist (z. B. Frühgeburten, Kaiserschnittentbindungen, erhöhte Sterblichkeit des Kindes nach der Geburt). Um Folgeschäden des Diabetes mellitus möglichst zu vermeiden bzw. zumindest zu verringern, sind Früherkennung, optimale Therapie und Nachsorge von enormer Bedeutung.

Eine wichtige Rolle im Rahmen der Therapie von Diabetes mellitus spielt die **qualitätsgesicherte PatientInnenschulung**, deren vorrangiges Ziel die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz (im Sinne des Empowerment) der PatientInnen ist. In Wien wird neben verschiedenen Maßnahmen der Qualitätssicherung im stationären Bereich der Ausbau einer qualitätsgesicherten Betreuung und Behandlung von DiabetikerInnen (einschließlich PatientInnenschulung) im ambulanten Bereich forciert.

Der Versuch, den geschlechtsspezifischen Besonderheiten des Diabetes mellitus Rechnung zu tragen, wird vor allem dadurch erschwert, dass trotz der stärkeren

Summary: Diabetes mellitus

*Due to the increasing life expectancy and unhealthy life styles an increase in the incidence of diabetes mellitus can be expected. In Vienna 4.3 percent of women and 3.4 percent of men living in private households report having this disease. In particular with advanced age more women than men get diabetes mellitus (in particular **type 2 diabetes**). Diabetes mellitus presents a big challenge to health policy in particular due to the associated complications, concomitant diseases and sequelae. Women do not only experience this disease differently than men, but the symptoms can in part be more severe for them.*

*Women can also be affected by **gestational diabetes**, which has risks for mother and child (e.g. premature delivery, caesarean section, higher postnatal infant mortality). In order to avoid or at least reduce long-term damage resulting from diabetes mellitus, the early detection, optimum therapy and aftercare are of great importance.*

***Quality assured patient training** plays an important role in the treatment of diabetes mellitus, aiming at empowering the patients by strengthening their self-responsibility and competence. In addition to various quality assurance measures in in-patient treatment, Vienna focuses on developing quality assured care and treatment for diabetes patients (including patient training) in the out-patient area.*

Betroffenheit von Frauen bisher nur wenige Erkenntnisse zu den Unterschieden zwischen den Geschlechtern vorliegen.

Formen des Diabetes

Beim Diabetes mellitus handelt es sich um eine Gruppe von Krankheiten, deren gemeinsames Merkmal (in unbehandeltem Zustand) eine durch chronische Hyperglykämie (erhöhten Blutzucker) charakterisierte Regulationsstörung des Stoffwechsels ist. Nach der Klassifikation der American Diabetes Association²⁰² werden vier Hauptgruppen des manifesten Diabetes unterschieden:

1. **Typ 1-Diabetes** (B-Zell-Zerstörung, die zu absolutem Insulinmangel führt)
 - a. immunologisch vermittelt;
 - b. idiopathisch vermittelt.
2. **Typ 2-Diabetes** (kann sich von einer vorwiegenden Insulinresistenz mit relativem Insulinmangel bis hin zu einem vorwiegend sekretorischen Defekt mit Insulinresistenz erstrecken).
3. **andere spezifische Diabetestypen**
 - genetische Defekte der B-Zell-Funktion;
 - genetische Defekte der Insulinwirkung;
 - Erkrankungen der exokrinen (nach außen absondernd) Bauchspeicheldrüse;
 - Endokrinopathien (Krankheiten, die durch hormonelle Störungen entstehen);
 - medikamenten- und chemikalieninduzierter Diabetes;
 - Diabetes infolge von Infektionen;
 - seltene Formen von Diabetes, die immunologisch vermittelt wurden;
 - genetische Syndrome, die gelegentlich mit Diabetes zusammen auftreten.
4. **Gestationsdiabetes bzw. Schwangerschaftsdiabetes.**

Typ 1-Diabetes ist durch einen absoluten Insulinmangel gekennzeichnet, der durch eine Destruktion der B-Zellen (Inselzellen in der Bauchspeicheldrüse, die normalerweise das Insulin produzieren) verursacht wird und unbehandelt zu schweren Stoffwechsellageisungen bis hin zum Tod führt. Erforderlich ist daher Insulinzufuhr von außen.²⁰³ Die Krankheit tritt meist plötzlich auf, der Neuerkrankungsgipfel liegt zwischen 10 und 15 Jahren (früher: juveniler Diabetes). Es gibt aber

auch einen verzögert auftretenden Typ 1-Diabetes, der meist ältere Personen betrifft.²⁰⁴ Es wird geschätzt, dass ca. 5 Prozent aller Diabeteskranken an einem Typ 1-Diabetes leiden. Unterschieden werden zwei Formen: *Typ 1 (a)-Diabetes* ist ein immunologisch vermittelter Diabetes, der durch eine Immunabwehrreaktion des Körpers, z. B. auf virale Infekte, gefördert wird. *Typ 1 (b)-Diabetes* ist ein idiopathisch vermittelter Diabetes, d. h. er tritt selbständig auf und ist keine Folge einer anderen Krankheit.

Die Mehrheit der DiabetikerInnen (80 bis 90 Prozent) leidet an **Typ 2-Diabetes**. Darunter fallen alle Formen des Diabetes mellitus, die durch vorwiegende Insulinresistenz mit relativem Insulinmangel bis hin zu vorwiegend sekretorischen Defekten einschließlich einer Insulinresistenz gekennzeichnet sind. Der Typ 2-Diabetes tritt überwiegend erst im späteren Lebensalter (etwa ab dem 40. Lebensjahr) auf, die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter (Altersdiabetes). Er entsteht, indem genetische Faktoren zusammen mit erworbenen Faktoren (wie Übergewicht) die Insulinwirkung im Gewebe und die Insulinsekretion in der Bauchspeicheldrüse verändern, wodurch es zur Störung des Glukosestoffwechsels und anderer metabolischer Systeme im Organismus (z. B. des Fettstoffwechsels) kommt. Die Krankheit beginnt meist schleichend und bleibt oft längere Zeit un bemerkt, führt aber selten zu schweren Stoffwechsellageisungen. Bei Personen mit Typ 2-Diabetes bestehen häufig begleitend weitere Erkrankungen. Typisch ist eine Kombination aus Übergewicht, hohem Blutdruck, Fettstoffwechselstörung oder Störungen des Glukosestoffwechsels in Verbindung mit einer Insulinresistenz (*Metabolisches Syndrom*), die gleichzeitig mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (wie Herzinfarkt, Schlaganfall) verbunden ist.²⁰⁵

Die dritte Gruppe fasst **alle anderen Formen** des Diabetes zusammen und ist stark untergliedert (*siehe oben*).

Die vierte Gruppe bezieht sich auf den **Gestationsdiabetes (GDM) oder Schwangerschaftsdiabetes**, auf den weiter unten gesondert eingegangen wird.

²⁰² AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (1997), (2004).

²⁰³ Er wurde früher daher auch insulinabhängiger Diabetes mellitus (IDDM – insulin dependent diabetes mellitus) genannt.

²⁰⁴ LADA – latenter Autoimmun-Diabetes der Erwachsenen, er wurde früher aufgrund des klinischen Erscheinungsbildes dem Typ 2-Diabetes zugeordnet.

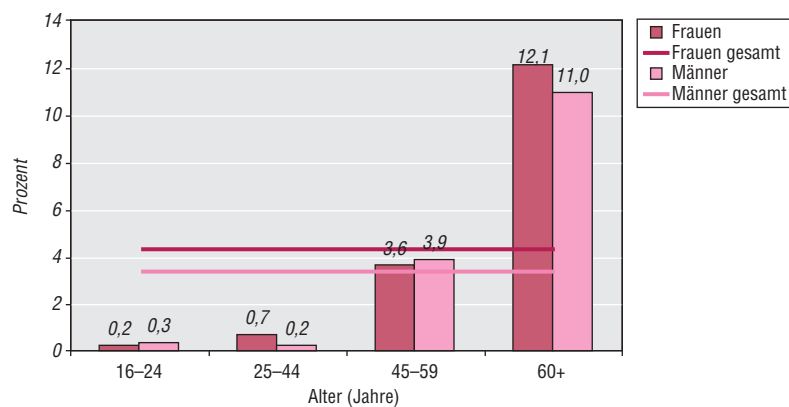
²⁰⁵ ICKS et al. (2005), S. 10.

Verbreitung

Weltweit erkranken mehr Frauen als Männer an Diabetes (81 vs. 76 Millionen).²⁰⁶ Der Überhang an Diabetikerinnen ist vor allem auf die starke Verbreitung von Typ 2-Diabetes bei älteren Menschen (wo Frauen in der Überzahl sind) zurückzuführen. Allerdings scheint sich aufgrund der Tatsache, dass der Typ 2-Diabetes vermehrt bereits in einem früherem Lebensalter auftritt und immer mehr Männer daran erkranken, der Überhang an Frauen zu verringern.²⁰⁷ Im Steigen begriffen sind auch Erkrankungsfälle an Typ 2-Diabetes im Kindes- und Jugendalter. Insgesamt erkranken mehr Mädchen als Burschen an Typ 2-Diabetes,²⁰⁸ während es sich bei Typ 1-Diabetes in Europa umgekehrt verhält.²⁰⁹ Laut EURODIAB (= Europe and Diabetes)-Studie waren in Österreich bei unter 15-Jährigen von 1989 bis 1999 pro 100.000 Personenjahre 10,2 Neuerkrankungen an Typ 1-Diabetes bei den Burschen und 9,2 bei den Mädchen zu verzeichnen.²¹⁰

Aufgrund des Fehlens eines Diabetesregisters für Erwachsene ist es schwierig, zuverlässige Angaben zu **Inzidenz und Prävalenz** von Diabetes in Wien (und österreichweit) zu machen. Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 haben in Wien von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung ab 16 Jahren (nach Eigenangaben) 4,3 Prozent der Frauen und 3,4 Prozent der Männer Diabetes. (Es wird hier jedoch nicht zwischen Typ 1- und Typ 2-Diabetes unterschieden). Der Anteil der Betroffenen nimmt mit dem Alter zu: Von der Bevölkerung ab 60 Jahren geben in Wien 12,1 Prozent der Frauen und 11,0 Prozent der Männer Diabetes an.²¹¹ Während unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen (16 bis 24 Jahre) ebenso wie in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen, Männer etwas häufiger als Frauen betroffen sind, sind es im höheren Alter die Frauen.

Grafik 4.15: Prävalenz von Diabetes mellitus in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



In Privathaushalten lebende Personen ab 16 Jahren.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 202.

²⁰⁶ INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2004); zitiert nach RIEDER et al. (2004).

²⁰⁷ MIDTHJELL et al. (1999); MEISINGER et al. (2002); GALE & GILLESPIE (2001).

²⁰⁸ RAMI et al. (2004).

²⁰⁹ In Populationen afrikanischer und asiatischer Abstammung erkranken mehr Mädchen an Typ 1-Diabetes. KARVONEN et al. (1997); zitiert nach RIEDER et al. (2004).

²¹⁰ SCHOBER et al. (2003). Eine frühere Erhebung (RAMI et al. [2001]) ermittelte für Oberösterreich für Typ 1-Diabetes bei den unter 15-Jährigen für Mädchen höhere Inzidenzraten.

²¹¹ STADT WIEN (2001), S. 202. Die Zahl der Betroffenen dürfte insgesamt etwas höher sein, da die in Heimen lebende Bevölkerung (vorwiegend ältere Frauen), nicht inkludiert ist.

Am häufigsten ist Diabetes bei Frauen in der niedrigsten Einkommensschicht (15,4 Prozent), bei Männern in den mittleren Einkommensschichten (8,3 bzw. 9,5 Prozent). Und zwar dürften die in niedrigeren Sozial-schichten ungünstigeren Verhaltensweisen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Rauchen hier eine Rolle spielen.²¹² Laut Mikrozensus 1999 ist die Prävalenz des Diabetes mellitus in Wien etwas höher als im gesamten Bundesgebiet.²¹³ Auch international wird für den großstädtischen Bereich (Großstadtfaktor)²¹⁴ von höherer Prävalenz berichtet.

Nicht selten bleibt ein erhöhter Blutzucker viele Jahre unerkannt und wird erst beim Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen diagnostiziert. Die Angaben zur Prävalenz des **unentdeckten Diabetes mellitus**, hängen weitgehend von den angewandten Diabeteskriterien (Grenze des Nüchternblutzuckers, Einbeziehung des oralen Glukosetoleranztestes) ab. Eine Erhebung in Augsburg²¹⁵ ermittelte unter Heranziehung des oralen Glukosetoleranztests bei Personen im Alter von 55 bis 74 Jahren eine Prävalenz des unentdeckten Diabetes mellitus von 8,2 Prozent. Das entspricht in etwa der Häufigkeit des bekannten Diabetes in dieser Altersgruppe (8,4 Prozent). Frauen waren von unentdecktem Diabetes mellitus (6,9 Prozent) seltener betroffen als (Männer 9,7 Prozent). Dagegen lag die auf der Bestimmung des Nüchternblutzuckers basierende Prävalenz des neu entdeckten Diabetes lediglich bei 4,9 Prozent. Auswertungen von Ergebnissen der Gesundenuntersuchung in Wien (und Vorarlberg) lassen auch hierzulande eine beträchtliche Dunkelziffer vermuten.²¹⁶

Symptome, Begleit- und Folgekrankheiten

Symptome des **Typ 1-Diabetes** sind Durst, vermehrtes Wasserlassen, Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Gewichtsverlust. Weiters kann es zu vermehrten (Haut-)Infekten mit schlechter Heilung, Juckreiz und Sehstörungen kommen. **Typ 2-Diabetes** kann über Jahre hinweg ohne Symptome verlaufen, er wird daher oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium entdeckt.

Im Verlauf des Diabetes **auf tretende akute Komplikationen** sind auf der einen Seite Stoffwechsellage-sungen mit hohem Blutzucker und begleitenden Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt bzw. das diabetische Koma (hyperglykämisches Koma oder Ketoazidose). Andererseits kann es bei den mit Insulin oder blutzuckersenkenden Medikamenten behandelten Personen zu schweren Unterzuckerungen (Hypoglykämie) bis hin zum Schock kommen. Beides kann tödlich enden, was jedoch aufgrund der modernen Behandlungsmethoden kaum mehr der Fall ist.²¹⁷

Einschränkungen der Lebensqualität und mitunter auch eine Verringerung der Lebenserwartung ergeben sich beim Diabetes mellitus vor allem durch die diabetesbezogenen **Begleit- und Folgekrankheiten** aufgrund der Schädigung der kleinen und großen Blutgefäße. **Mikroangiopathische Spätschäden** zeigen sich vor allem an den Augen (diabetische Retinopathie), den Nieren (Nephropathie mit Gefahr des Nierenversagens, der Erfordernis von Dialyse oder Nierentransplantation) und den Nerven (Neuropathie). Die Neuropathie ist wesentlich an der Entstehung des Diabetischen Fußsyndroms beteiligt, das bis hin zu Amputationen führen kann, sich aber auch in Störungen des autonomen Nervensystems (Herz-Kreislauf-System, Magen-Darm-Trakt, Urogenitalsystem) zeigen kann. Das Auftreten mikroangiopathischer Schäden hängt wesentlich von der Blutzuckereinstellung ab.

Makroangiopathische Schäden (insbesondere kardiovaskuläre Krankheiten) sind Hauptursache für die erhöhte Sterblichkeit von DiabetikerInnen. Gefäßkrankheiten (Arteriosklerose) treten bei DiabetikerInnen im Vergleich zu Personen ohne Diabetes früher auf, schreiten rascher voran und führen häufiger zu schweren Komplikationen wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Eine hohe Bedeutung kommt dabei dem Bluthochdruck zu, dagegen spielt die Blutzuckereinstellung hier eine geringere Rolle als bei mikroangiopathischen Schäden.

²¹² STADT WIEN (2001).

²¹³ STADT WIEN (2002), S. 106 f.

²¹⁴ Vgl. dazu RIEDER (2003); zitiert nach RIEDER et al. (2004).

²¹⁵ RATHMANN, HAASSTERT, ICKS (2003).

²¹⁶ STADT WIEN (2002).

²¹⁷ ICKS et al. (2005), S. 10.

Geschlechtsunterschiede: Bei Frauen scheint die Krankheit schwerer zu verlaufen als bei Männern. Viele der angeführten Komplikationen finden sich bei Frauen häufiger, wie z. B. im Bereich der *akuten Komplikationen* das diabetische Koma. Allerdings sterben Frauen seltener als Männer daran. Das häufigere Auftreten des diabetischen Komas bei Frauen wird damit erklärt, dass dieses vor allem ältere DiabetikerInnen (unter denen Frauen in der Mehrzahl sind) betrifft.²¹⁸

Die Wahrscheinlichkeit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung in Verbindung mit Diabetes ist bei Frauen doppelt so hoch wie bei Männern.²¹⁹ Nach den Ergebnissen des Augsburger Herzinfarktregisters ist das (um den Alterseinfluss bereinigte) Risiko eines Herzinfarkts im Vergleich zu nicht von Diabetes Betroffenen für Frauen fast sechs Mal höher, für Männer jedoch nur etwa vier Mal.²²⁰ Während Frauen insgesamt ein geringeres Herzinfarkt-Risiko als Männer haben, gleicht sich der Geschlechtsunterschied bei Vorhandensein von Diabetes fast aus. Laut Framingham-Studie ist das Reinfarkt-Risiko für Diabetikerinnen doppelt so hoch wie für Diabetiker. Während Diabetikerinnen nach einem Myokardinfarkt vier Mal so häufig eine Herzinsuffizienz entwickeln wie Nichtdiabetikerinnen, ist dieses Risiko bei männlichen Diabetikern nur um das Zweifache erhöht.²²¹ Auch die Inzidenz von Schlaganfällen und der so genannten Schaufensterkrankheit ist bei Diabetikerinnen höher als bei Diabetikern.²²² Untersuchungen in Teilen Deutschlands verweisen zudem auf eine höhere Neuerblindungsrate bei Diabetikerinnen.²²³ Auch findet sich bei Diabetikerinnen eine höhere Inzidenz und Prävalenz an diabetischen Nervenschäden (Neuropathie) als bei Diabetikern. Dagegen sind Inzidenz und Prävalenz der diabetischen Nierenschäden (Nephropathie) wie auch die Wahrscheinlichkeit einer Nierentransplantation als Folge von Diabetes mellitus bei Männern höher.²²⁴

Risikofaktoren für Diabetes mellitus, Prävention

Die Entstehung von Diabetes mellitus ist nicht ausreichend geklärt. Als Risikofaktor für den **Typ 1-Diabetes** gilt eine genetische Vorbelastung. Studien bei eineiigen Zwillingen verweisen zudem auf äußere Faktoren. Aus den bisher vorliegenden Ergebnissen lassen sich für den Typ 1-Diabetes *keine konkreten Empfehlungen* für primäre Präventionsmaßnahmen ableiten.²²⁵

Bei **Typ 2-Diabetes** spielt die genetische Veranlagung eine größere Rolle. Die vorhandenen Störungen in der Insulinresistenz und -sekretion, die bereits lange vor dem Auftreten des manifesten Diabetes vorliegen können (prädiabetische Phase), können zusammen mit Bewegungsmangel und Übergewicht zu manifestem Diabetes führen. Während für Frauen Harnsäure und körperliche Inaktivität eine größere Rolle für Neuerkrankungen spielen, sind es bei Männern Bluthochdruck, Rauchen und Alkoholkonsum.²²⁶ Das familiär gehäufte Auftreten von Typ 2-Diabetes ist auch vor dem Hintergrund ähnlicher Umwelt- und Lebensstilfaktoren unter den Familienmitglieder zu sehen.²²⁷

Gerade beim Typ 2-Diabetes ist das **präventive Potenzial** hoch. Dabei sind vor allem lebensstilbezogene Faktoren (Vermeidung von Übergewicht, Adipositas, gesunde Ernährung mit geringem Fettanteil, Nichtrauchen, körperliche Aktivität) von Bedeutung. Nach den Ergebnissen der Nurses Health Study lassen sich ca. 30 Prozent aller Adipositas-Fälle und 43 Prozent aller Fälle von Typ 2-Diabetes durch einen aktiveren Lebensstil (Fernsehkonsument von maximal 10 Stunden pro Woche und mindestens 30-minütiges schnelles Gehen pro Tag) verhindern.²²⁸ Selbst bei Hochrisikopersonen mit gestörter Glukosetoleranz lässt sich durch intensive Lebensstilintervention die Inzidenz von Typ 2-Diabetes um bis zu 60 Prozent verringern. Die Lebensstilmodifi-

²¹⁸ SINGH et al. (2001).

²¹⁹ BECKMANN et al. (2002)

²²⁰ LÖWEL et al. (1999).

²²¹ ABBOT et al. (1988).

²²² KUUSISTO et al. (1994); LÖWEL et al. (1999); HU et al. (2001).

²²³ TRAUTNER et al. (1997); ICKS et al. (1997).

²²⁴ SINGH et al. (2001).

²²⁵ ICKS et al. (2005), S. 14.

²²⁶ MEISINGER et al. (2002).

²²⁷ WEIJNEN et al. (2002).

²²⁸ HU et al. (2003).

kation erweist sich gegenüber einer medikamentösen Prävention als durchaus überlegen.²²⁹

Übergewicht und *Adipositas* sind in Wien (bereits bei Kindern) weit verbreitet. Adipositas ist in Wien unter Erwachsenen bei Frauen gering häufiger als bei Männern (8,7 vs. 8,2 Prozent), Männer dagegen sind häufiger übergewichtig (Frauen: 19,7 Prozent, Männer: 57,4 Prozent). *Abdominelle Adipositas* (Frauen: Taillenumfang >88 cm, Männer: >102 cm) wird mittlerweile bei Frauen in Wien häufiger beobachtet als bei Männern.²³⁰ Frauen achten zwar häufiger auf gesunde Ernährung und ernähren sich auch gesünder als Männer, sind allerdings seltener körperlich aktiv als Männer,²³¹ ein Muster, das sich bereits im Kindes- und Jugendalter findet.²³² Generell besteht in Österreich sowohl in der Prävalenz von Diabetes als in den damit verbundenen lebensstilassoziierten Risikofaktoren ein deutliches Ost-West-Gefälle, wobei der Osten schlechter abschneidet.

Sekundärprävention bedeutet Früherkennung des Typ 2-Diabetes und des metabolischen Syndroms durch geeignete Screening-Maßnahmen.²³³ Ziel ist die Senkung der Zahl unentdeckter Diabetes-Fälle und die Vermeidung von Spätschäden durch rechtzeitige Behandlung. Es wird vermutet, dass Typ 2-Diabetes teilweise erst bis zu 10 Jahre nach seinem Auftreten diagnostiziert wird, wobei sich meist bereits Spätschäden finden.²³⁴ Effektivität und Effizienz eines systematischen Diabetes-Screenings sind bisher nicht geklärt. Die „Vorsorgeuntersuchung Neu“, die am 1. Oktober 2005 in Österreich eingeführt wurde, und für die sich das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen eine Reduktion der Diabetesschäden von 33 Prozent zum Ziel gesetzt hat, setzt sowohl auf Primärprävention

(durch Beratungsmaßnahmen, die auf einen gesunden Lebensstil abzielen), als auch auf Früherkennung. Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen, darunter auch Übergewicht und Diabetes mellitus, sollen bis zum einem Lebensalter von 40 Jahren alle drei Jahre und danach alle zwei Jahre überprüft werden. Bei Verdacht auf Diabetes mellitus wird in einem zweiten Schritt ein oraler Glukosetoleranztest (OGTT) durchgeführt.²³⁵

Tertiärprävention bedeutet Prävention und Früherkennung von Spätschäden. Eine optimale Blutzuckereinstellung reduziert das Risiko diabetesbezogener mikroangiopathischer Spätschäden (Augen-, Nieren-, Nervenerkrankungen) bzw. deren Fortschreiten insbesondere beim Typ 1-Diabetes erheblich.²³⁶ In Bezug auf die Makroangiopathie (Erkrankungen der großen Blutgefäße) scheint beim Typ 2-Diabetes vor allem die Behandlung der arteriellen Hypertonie und der Fettwechselstörungen (Dyslipidämie) von Bedeutung.²³⁷ Von besonderer Bedeutung ist auch die frühzeitige, qualifizierte Behandlung von Spätschäden: Dazu zählen Screening und Laserbehandlung diabetesbedingter Augenschäden, fachgerechte Versorgung diabetischer Fußschäden, frühzeitige und effektive Behandlung des hohen Blutdrucks zur Reduktion von Niereninsuffizienz.²³⁸

Im Rahmen der österreichischen EU-Ratspräsidentschaft ist im Gesundheitsbereich Diabetes einer der Schwerpunkte. Österreich will sich in diesem Bereich vor allem auf die Bekämpfung von Risikofaktoren, Folgeerkrankungen von Diabetes und die sozialen und geschlechtsspezifischen Benachteiligungen im Zusammenhang mit Diabetes konzentrieren.

²²⁹ ERIKSSON, LINDGÄRDE (1991); TUOMILEHTO et al. (2001); KNOWLER et al. (2002).

²³⁰ KIEFER et al. (2001); DORNER et al. (2003).

²³¹ KIEFER, RATHMANNER (2004); STADT WIEN (2003); STATISTIK AUSTRIA (2002a).

²³² STADT WIEN (2000a).

²³³ Darunter versteht man eine Stoffwechselstörung, die durch gleichzeitiges Vorhandensein mehrerer Risikofaktoren für Typ 2-Diabetes und Herzkreislauf-Erkrankungen charakterisiert ist. Allerdings wurde in letzter Zeit aus defintorischen Gründen und mangelnder Evidenz Kritik an diesem Begriff laut. Vgl. BMGF (2005a), S. 5.

²³⁴ ICKS et al. (2005), S. 15.

²³⁵ BMFG (2005a), S. 14.

²³⁶ Laut DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS RESEARCH GROUP (1993) um 30 bis 50 Prozent.

²³⁷ UK PROSOECTIVE DIABETES STUDY GROUP (1998).

²³⁸ ICKS (2005), S. 16.

Einstellungen und subjektive Wahrnehmung von Frauen mit Diabetes

Internationale Studien²³⁹ zeigen, dass Frauen die Krankheit anders erleben als Männer. Bei Frauen wirken sich langfristige Komplikationen (wie etwa das Abnehmen der Sehkraft) stark auf das Familienleben aus. Frauen berichten, dass es für sie schwerer ist als für Männer, ihre Krankheit unter Kontrolle zu halten, sie mehr Angst vor Komplikationen (z. B. dem Verlust ihrer Sehkraft) haben und die Krankheit die Beziehungen zu den Familienmitgliedern und Freunden sowie das berufliche Fortkommen beeinflusst hat. Diabetikerinnen sind der Ansicht, dass ihr Umfeld, insbesondere jene, von denen sie betreut werden, sie und ihre Bedürfnisse oft missverstehen. Abgesehen von der optimalen medizinischen Versorgung sind aber gerade soziale Unterstützung und emotionales Wohlbefinden für die Selbsthilfe von entscheidender Bedeutung.

Ergebnisse des *International Women's Diabetes Survey*²⁴⁰ bestätigen, dass sich Frauen mit Typ 2-Diabetes bzw. Frauen, die einen Menschen mit Diabetes betreuen, in ihrer familiären Rolle beeinträchtigt fühlen. Diabetikerinnen haben vor allem mit den durch die Ernährungsumstellung verbundenen Einschränkungen, konstanter Müdigkeit sowie der Angst vor Komplikationen (wie zum Beispiel einer Erblindung) zu kämpfen. Frauen, die eine Person mit Diabetes betreuen, berichten über Probleme mit den Stimmungsschwankungen des/der Kranken. Mit der Einführung neuer, wirkungsvollerer Behandlungsmethoden, bequemerer Insulininjektionssysteme und strukturierter Vorsorgeprogramme erhöhen sich die Chancen für Diabeteskranke, ein normaleres Leben führen zu können. Eine eingehende Untersuchung der medizinischen und psychologischen Bedürfnisse von Frauen mit Diabetes könnte wesentlich dazu beitragen, dass ihren Bedürfnissen im Rahmen der therapeutischen Bemühungen künftig in erforderlichem Maße Rechnung getragen wird.

Laut einer EU-weiten Erhebung des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) gibt es in der Europäischen Union insgesamt nur wenige spezifische Interventionen für Frauen, die vorhandenen beziehen sich ausschließlich auf den Schwangerschaftsdiabetes.²⁴¹

Stationäre Aufenthalte

Da die Spitalsentlassungsstatistik lediglich Auskunft über die Hauptdiagnosen bei der Entlassung gibt, nicht aber über Nebendiagnosen, ist insbesondere beim Diabetes mellitus aufgrund dieser Daten mit einer Unterschätzung des Problems zu rechnen. So scheint z. B. bei DiabetikerInnen, die aufgrund eines Herzinfarkts im Krankenhaus behandelt werden, Diabetes mellitus nicht auf, da in diesen Fällen der Herzinfarkt Hauptdiagnose ist. Außerdem weist die Spitalsentlassungsstatistik nicht die Zahl der stationär versorgten Personen, sondern die Zahl der Behandlungsfälle aus: Ein und dieselbe Person, die im betreffenden Kalenderjahr mehrere stationäre Aufenthalte hatte, wird auch mehrmals gezählt.

Im Jahr 2003 wurden in den Wiener Krankenanstalten 3.329 stationäre Aufenthalte von Frauen und 2.961 stationäre Aufenthalte von Männern mit der Entlassungsdiagnose Diabetes mellitus (ICD-10 <E10-E14>) verzeichnet.²⁴² Bei Frauen lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (27,4 Tage) deutlich über jener der Männer (16,1 Tage). Nahezu zwei Drittel (64,7 Prozent) der stationären Aufenthalte von Frauen, aber weniger als die Hälfte (44,6 Prozent) der stationären Aufenthalte von Männern betrafen Personen ab 65 Jahre. 265 Frauen (7,8 Prozent der weiblichen Behandlungsfälle) und 125 Männer (4,2 Prozent der männlichen Behandlungsfälle) mit der Diagnose Diabetes mellitus sind im Krankenhaus verstorben.

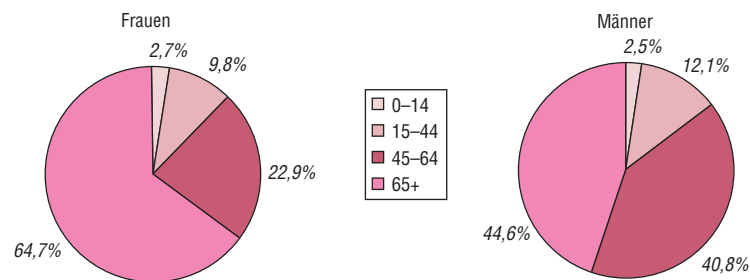
²³⁹ ALBERTI (2001).

²⁴⁰ INTERNATIONAL WOMEN'S DIABETES SURVEY (2002).

²⁴¹ BMGF (2005a), S. 38.

²⁴² Nicht inkludiert sind Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, für Feten und das Neugeborene spezifische transitorische Störungen des Kohlehydratstoffwechsels, sowie erhöhter „Blutglukosewert andernorts nicht klassifiziert“.

Grafik 4.16: Stationäre Behandlungsfälle aufgrund von Diabetes mellitus (ICD-10 <E10-E14>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 224; eigene Berechnungen.

Wie Auswertungen der Spitalsentlassungsstatistik für das gesamte Bundesgebiet zeigen, hat sich der Übergang stationärer Behandlungsfälle von Frauen mit der Diagnose Diabetes mellitus zwischen 1991 und 2001 verringert. Ausschlaggebend dafür war vor allem die steigende Zahl männlicher Behandlungsfälle jüngeren Alters. Österreichweit wurden im Jahr 2001 bei den Frauen mehr stationäre Behandlungsfälle aufgrund von Typ 2-Diabetes als bei den Männern verzeichnet, bei den Männern überwogen Behandlungsfälle aufgrund Typ 1-Diabetes. Die häufigsten Diagnosen innerhalb der Krankheitsgruppe Diabetes mellitus waren bei den Behandlungsfällen der Frauen keine Komplikationen, peripher vaskuläre und neurologische Komplikationen, bei jenen der Männer keine, peripher vaskuläre und multiple Komplikationen.²⁴³

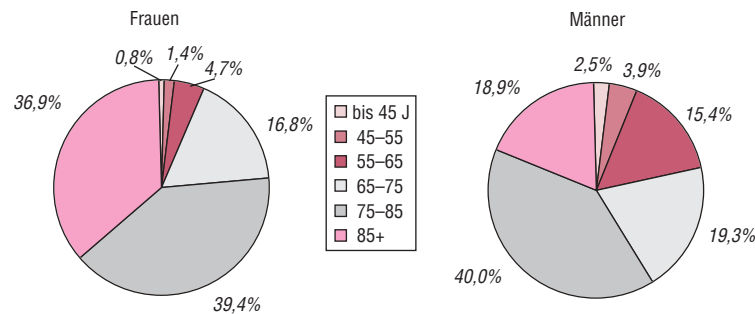
Mortalität

In Wien sind im Jahr 2004 363 Frauen und 280 Männer an Diabetes mellitus (ICD-10 <E10-E14>) gestorben.²⁴⁴ Das sind 4,1 Prozent aller Sterbefälle von Frauen bzw. 3,9 Prozent aller Sterbefälle von Männern. 56,5 Prozent der Sterbefälle an Diabetes mellitus betrafen Frauen. Obwohl mehr Frauen als Männer an Diabetes sterben, ist (aufgrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur der Verstorbenen) die altersstandardisierte Sterblichkeit der Frauen (14,6 Sterbefälle pro 100.000) deutlich niedriger als jene der Männer (23,6 Sterbefälle pro 100.000). Von den im Jahr 2004 an Diabetes Verstorbenen waren bei den Frauen 93,1 Prozent 65 Jahre oder älter, bei den Männern dagegen nur ca. drei Viertel (78,2 Prozent). Allerdings liefert die Todesursachenstatistik nur ein unvollständiges Bild der Todesfälle aufgrund von Diabetes, da vielfach nicht Diabetes, sondern eine mit dem Diabetes eng assoziierte Erkrankung oder Folgekrankheit als Todesursache (Grundleiden) dokumentiert wird.²⁴⁵

²⁴³ RIEDER et al. (2004).

²⁴⁴ Vgl. dazu Tabelle 4.4.

²⁴⁵ RIEDER et al. (2004), S. 11.

Grafik 4.17: Sterbefälle aufgrund von Diabetes mellitus (ICD-10 <E10-E14>) in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht

Quelle: Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 152 f.

Personen mit Diabetes haben (unabhängig vom Geschlecht) ein im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöhtes Mortalitätsrisiko, das durch zusätzliche Risikofaktoren (wie Hypertonie, Hypercholesterinämie, Rauchen) noch gesteigert wird.²⁴⁶ Obwohl Frauen eine niedrigere altersstandardisierte Mortalität an Diabetes haben als Männer, ist bei Frauen der Unterschied im Sterblichkeitsrisiko zwischen Diabetikerinnen und gesunden Frauen größer als bei Männern.

Den Hauptanteil unter den Todesursachen von DiabetikerInnen haben (ebenso wie in der Gesamtbevölkerung) Herz-Kreislauf-Erkrankungen.²⁴⁷ Bei Vorhandensein einer kardiovaskulären Erkrankung ist bei Frauen im Falle von Diabetes das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis fast dreimal so hoch wie bei den Männern.²⁴⁸ Frauen mit Diabetes haben ein doppelt so hohes Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis als Frauen ohne Diabetes, dagegen ist bei den Männern das Risiko nicht signifikant erhöht. Bei den Frauen mit Diabetes entspricht das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis exakt jenem der Frauen mit bestehender Herz-Kreislauf-Erkrankung. Bei den Männern ist dies nicht der Fall.²⁴⁹ Mögliche Ursachen für die stärkeren Auswirkungen bei Frauen könnten einerseits in der besseren Behandlung der Männer liegen, andererseits könnte es sein, dass sich bei Frauen weitere Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Hypertonie, Rauchen, etc.) negativer als bei Männern auswirken. Die

hohe relative Mortalität der Diabetikerinnen könnte aber mitunter auch darauf zurückzuführen sein, dass gesunde Frauen eine höhere Lebenserwartung als gesunde Männer haben.

Therapie, Versorgungsstrukturen

Eine Heilung des Diabetes ist bis heute nicht möglich. *Typ 1-Diabetes* kann nur mit Insulin behandelt werden. Eine engmaschige Kontrolle des Blutzuckerspiegels kann langfristige diabetesbedingte Komplikationen hinauszögern bzw. sogar verhindern, so dass eine normale Lebenserwartung möglich ist.²⁵⁰ Von besonderer Bedeutung ist die Behandlung vorhandener Begleiterkrankungen, insbesondere eine gute Blutdruckeinstellung.

Basis der Behandlung des *Typ 2-Diabetes* sind Maßnahmen zur Optimierung des Lebensstils (*siehe oben*). Sofern diese Maßnahmen nicht greifen, ist medikamentöse Unterstützung erforderlich. Reicht beides nicht aus, um die Zielwerte für die glykämische Kontrolle zu erreichen, ist eine Therapie mit Insulin angezeigt. Die regelmäßige Kontrolle kann entweder beim Hausarzt, in der Diabetesambulanz oder bei beiden vorgenommen werden.

Leitlinien zu Teilbereichen der Diabetesprävention und -behandlung liegen seitens der relevanten Fachgesell-

²⁴⁶ CHALMERS et al. (1999); HAFFNER et al. (1998).

²⁴⁷ HU et al. (2003).

²⁴⁸ MAK, HAFFNER (2003).

²⁴⁹ BECKER et al. (2003).

²⁵⁰ DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP (1993).

schaften (Österreichische Diabetesgesellschaft, Österreichische Adipositasgesellschaft, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, etc.) vor. Im Vordergrund der Behandlung steht der Aufbau eines verpflichtenden Qualitätsmanagements, wie z. B. die Behandlung nach evidence based medicine. Integraler Bestandteil der Therapie ist die aktive Einbeziehung der Betroffenen (und ihrer Angehörigen) sowie die Stärkung der Fähigkeit der PatientInnen, sich durch strukturierte **PatientInnenschulung** selbst zu behandeln (Empowerment). Diese umfasst Themen wie Selbstkontrolle, richtige Ernährung, Änderung des Lebensstils und eine Aufklärung zur Vermeidung von Spätkomplikationen (z. B. Unterweisung in medizinischer Fußpflege). Dazu bedarf es entsprechend ausgebildeter DiabetesberaterInnen.

In den Gesundheitszentren und Ambulatorien der Wiener Gebietskrankenkasse wird seit 1995 eine DiabetikerInnenberatung angeboten. Dazu zählt eine Schulung (und Nachschulung) durch ausgebildetes Personal nach dem Düsseldorfer Modell. Zu Beginn des Jahres 2004 wurde vom Diab Care Office Vienna eine Reihe von Maßnahmen (einschließlich PatientInnenschulung nach dem Düsseldorfer Modell) zur Verbesserung der Versorgung der PatientInnen im ambulanten Bereich gestartet (vgl. dazu Kapitel 8.5.3). Wichtig ist auch der Aufbau von Strukturen zur Versorgung von diabetesbedingten Fußproblemen sowie eine ausreichende Zahl von Dialyseplätzen.

Selbsthilfegruppen leisten wertvolle Hilfe, indem sie die Betroffenen unterstützen und bei praktischen Fragen helfen.

Gestationsdiabetes

Als Gestationsdiabetes wird eine erstmals in der Schwangerschaft auftretende oder diagnostizierte Glukosetoleranzstörung bezeichnet. Dies schließt nicht aus, dass diese bereits vor der Schwangerschaft bestanden hat.²⁵¹ Über die Verbreitung des Gestationsdiabetes liegen für Wien (und Österreich) keine Angaben

vor. Internationalen Angaben zufolge findet sich die Erkrankung bei 1 bis 20 Prozent der Schwangerschaften.²⁵²

In Österreich wird, in Entsprechung zu den von der Weltgesundheitsorganisation vorgegebenen Kriterien, in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche ein oraler Glukosetoleranztest (OGTT) durchgeführt, bei bestimmten Risikoschwangerschaften zusätzlich bereits in den ersten drei Monaten.²⁵³ Laut dem Österreichischen Diabetesplan sollte der OGTT im Mutter-Kind-Pass verankert werden, ebenso gefordert wird ein generelles Nachsorgeprogramm.²⁵⁴

Als *Risikofaktoren* für Gestationsdiabetes gelten ein höheres Alter, Adipositas und eine positive Familienanamnese für Typ 2-Diabetes.²⁵⁵

Der Schwangerschaftsdiabetes geht mit einem erhöhten Risiko für eine Glukosetoleranzstörung in der nachfolgenden Schwangerschaft und einer späteren permanenten Hyperglykämie einher. In der Literatur finden sich hinsichtlich des Risikos des Auftretens eines späteren Typ 2-Diabetes unterschiedliche Angaben. Aufgrund eines systematischen Überblicks über 28 Studien wurde für den Zeitraum von 6 Wochen bis 28 Jahren nach der Entbindung eine kumulative Inzidenz für Typ 2-Diabetes von 3 bis 70 Prozent ermittelt. Am höchsten war das Erkrankungsrisiko in den ersten fünf Jahren nach der Entbindung.²⁵⁶

Risiken für Mutter und Kind bei Diabetes in der Schwangerschaft

Der Schwangerschaftsdiabetes kann (ebenso wie bereits eine eingeschränkte Glukosetoleranz) sowohl bei der Mutter zu Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt führen, als auch beim Kind bei der Geburt und in der Neugeborenenperiode zu akuten Problemen führen.

Schwangere mit Diabetes haben im Vergleich zu Schwangeren mit normaler Glukosetoleranz ein erhöh-

²⁵¹ WHO (1999).

²⁵² ICKS et al. (2005), S. 10.

²⁵³ KAUTZKY-WILLER, BANCHER-TODESCA (2003).

²⁵⁴ BMGF (2005b), S. 17.

²⁵⁵ KAUTZKY-WILLER, BANCHER-TODESCA (2003); XIONG et al. (2001).

²⁵⁶ KIM et al. (2002).

tes Risiko für Harnwegsinfekte, schwangerschaftsinduzierte/n Bluthochdruck und Präeklampsie/Eklampsie (Bluthochdruck, Eiweißausscheidung und Ödembildung, Krampfanfälle und mitunter lebensbedrohliche Verlaufsformen).

Diabetes in der Schwangerschaft ist mit einer erhöhten Rate übergroßer und schwerer, jedoch unreifer Kinder (Makrosomie) verbunden. Dies wiederum erhöht das Risiko von Geburtskomplikationen (z. B. Frühgeburten, Kaiserschnitt-Entbindungen) sowie von Komplikationen in der Neugeborenenperiode (z. B. Neigung zu Unterzuckerungen, Atemnotsyndrom). Ein unbehandelter Schwangerschaftsdiabetes kann auch zu intrauterinem Fruchttod führen.²⁵⁷

Eine Auswertung von Perinataldaten von 1988 bis 1993 in Nordrhein zeigte, dass bei Frauen mit vor der Schwangerschaft bestehendem Diabetes die Risiken für Frühgeburtlichkeit, Schädigungen des Kindes und Sterblichkeit während und kurz nach der Geburt zweibis viermal höher als bei Frauen ohne Diabetes waren. Dagegen waren Risiken in skandinavischen Ländern, aufgrund der besseren Betreuung von diabetischen Frauen während der Schwangerschaft, deutlich geringer.²⁵⁸ Zur Minimierung der Risiken für Mutter und Kind ist daher bei schwangeren Frauen mit Diabetes eine intensive Verzahnung von gynäkologischer und diabetologischer Betreuung besonders wichtig.

²⁵⁷ ARBEITSGEMEINSCHAFT DIABETES UND SCHWANGERSCHAFT (2001).

²⁵⁸ Von KRIES et al. (1997); zitiert nach ICKS et al. (2005), S. 18.

4.6 Psychische und Verhaltensstörungen, Suizid

Siehe auch: *Depression und Demenz im Alter (Kapitel 5.8); Postpartale Depression (Kapitel 5.5.2). Eine ausführliche Darstellung der Epidemiologie und psychiatrischen Versorgung in Wien findet sich im Wiener Psychiatriebericht.*²⁵⁹

Zusammenfassung

Frauen sind zwar insgesamt nicht häufiger als Männer von psychischen und Verhaltensstörungen betroffen, allerdings treten einzelne Diagnosen wie etwa **Depressionen** und **Angststörungen** bei Frauen häufiger auf, bei Männern hingegen z. B. alkohol- und suchtasoziierte Störungen. Als Ursachen für das gehäufte Auftreten von Depressionen und Angststörungen bei Frauen gelten unter anderem geschlechtsspezifisch geprägte Normen und Rollen, die zu einem Mangel an Autonomie und Kontrolle über das eigene Leben führen. Die Mehrfachbelastung, das Gefühl, den vielfältigen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, kann zu Überforderung, übermäßigem Stress und in der Folge zu Burnout führen. Weitere Ursachen depressiver Verstimmungen sind Armut, Arbeitslosigkeit und damit einhergehende Belastungen, vor allem aber das hohe Risiko von Frauen, Opfer von Gewalt (körperliche Gewaltausübung, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, etc.) zu werden. Körperliche und sexualisierte Gewalt gegenüber Frauen ist auch häufig mit posttraumatischen Belastungsstörungen, psychosomatischen Symptomen, Essstörungen, Substanzabhängigkeit, sexuellen Dysfunktionen und Beeinträchtigungen der reproduktiven Gesundheit (chronisch gynäkologische Probleme, HIV, etc.) verbunden und geht außerdem mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Frauen begehen zwar seltener **Suizid** als Männer, unternehmen aber häufiger Suizidversuche.

Summary: Mental and behavioural disorders, suicide

*Mental and behavioural disorders overall are not more frequent among women than men, however, individual diagnoses such as **depression** or **anxiety** disorders are more frequent among women, while e.g. alcohol and addiction related disorders are more common in men. One of the reasons for the increased incidence of depression and anxiety disorders in women is the influence of gender-specific norms and roles, which lead to a lack of autonomy and control over one's own life. The dual burden of work and family, the feeling of not being able to cope with all tasks, can lead to excessive stress and consequently to burnout. Other reasons for depressive disorders are poverty, unemployment and related burdens, but in particular the high risk of women to become victims of violence (physical violence, sexual abuse, rape, etc.). Physical and sexualised violence against women is often also related to posttraumatic stress disorders, psychosomatic symptoms, eating disorders, substance abuse, sexual dysfunctions and reproductive health disorders (chronic gynaecological problems, HIV, etc.) and are also accompanied by an increased risk of suicide. Women commit **suicide** less often than men, but have more frequent suicide attempts.*

Die Bezeichnung *Psychische und Verhaltensstörungen* entspricht der offiziellen Terminologie der ICD-10 (International Classification of Diseases). Allerdings stellt

sich hier die Frage, ob dieser Terminus nicht zu stärkerer Stigmatisierung führt als der in der ICD-9 verwendete Krankheitsbegriff.

²⁵⁹ GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).

4.6.1 Epidemiologie

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert psychische Gesundheit als einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und in der Lage ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“²⁶⁰ Im Gegensatz dazu handelt es sich bei psychischen und Verhaltensstörungen um diagnostizierbare akute, wiederkehrende oder chronische Veränderungen im Erleben und Verhalten, die zu Funktionsbeeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen führen und Belastungen oder Leiden mit sich bringen.²⁶¹

Obwohl das psychische Wohlbefinden einen wesentlichen Aspekt der gesundheitlichen Lebensqualität darstellt, steht für Wien (und Österreich) dazu nur wenig empirische Information zur Verfügung. Die WHO schätzt, dass weltweit ca. 25 Prozent im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung erkranken, rund 10 Prozent sind aktuell betroffen.²⁶² Gleichzeitig wird für die Zukunft eine Zunahme psychischer und Verhal-

tenstörungen, insbesondere von Depressionen, erwartet. Generell ist davon auszugehen, dass psychische Störungen unter der in Großstädten lebenden Bevölkerung häufiger als in der Gesamtbevölkerung sind.²⁶³

Studien in anderen Ländern zeigen, dass sich insgesamt die Prävalenz für psychische und Verhaltensstörungen bei Frauen und Männern nicht gravierend unterscheidet. Allerdings zeigen sich bei einzelnen Diagnosen erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. So etwa leiden Frauen häufiger als Männer an Depressionen, Angststörungen, Phobien, Zwangsstörungen und Essstörungen, hingegen weisen Männer häufiger psychische Störungen im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenkonsum, Nikotinabhängigkeit und asoziales Verhalten auf. Laut den vorliegenden Studien treten Depressionen bei Frauen zwei bis drei Mal häufiger als bei Männern auf. Grundsätzlich ist bei der Erfassung psychischer Probleme zu bedenken, dass Frauen in der Regel eher bereit sind, über ihre Probleme zu sprechen als Männer, was zu häufigeren Diagnosen bei Frauen beitragen kann.²⁶⁴

²⁶⁰ WHO (2001a).

²⁶¹ WHO (2001b).

²⁶² WHO (2001).

²⁶³ ESMEMeD (2004); zitiert nach GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).

²⁶⁴ GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).

Tabelle 4.9: Lebenszeitprävalenz Psychischer und Verhaltensstörungen in verschiedenen Ländern nach Geschlecht

Studie Stichprobengröße Alter der untersuchten Population AutorIn (Publikationsjahr) Land	Comorbidity Survey			Lübecker TACOS-Studie		
	8.000			4.000		
	15–54 Jahre KESSLER (1994) USA			18–64 Jahre MEYER (2000) Lübeck, BRD		
	Frauen	Männer	SR*	Frauen	Männer	SR*
	Prozent			Prozent		
gesamt	47,3	48,7	1,0	47,4	43,4	1,1
Major Depression	21,3	12,7	1,7	24,8	10,2	2,4
Dysthymie	8,0	4,8	1,7	3,3	1,6	2,1
Angststörungen, darunter	30,5	19,3	1,6	20,8	9,3	2,2
Panikstörungen	–	–	–	3,2	1,3	2,5
Phobien, darunter	–	–	–	14,7	6,5	2,3
Sozialphobie	–	–	–	2,5	1,3	1,9
Agoraphobie	–	–	–	1,5	0,6	2,5
Zwangsstörung	–	–	–	0,9	0,1	9,0
Essstörungen	–	–	–	1,0	0,3	3,3
körperbezogene Störungen	–	–	–	17,1	8,8	1,9
alkoholbedingte Störungen	14,6	32,6	0,4	2,5	14,0	0,2
drogenbedingte Störungen	–	–	–	0,9	1,4	0,6
Nikotinabhängigkeit	–	–	–	17,7	24,2	0,7
asoziales Verhalten	1,2	5,8	0,2	–	–	–
Psychosen	2,0	2,0	1,0	–	–	–

Lebenszeitprävalenz = Prozentsatz der Personen, die mindestens einmal im Verlauf ihres Lebens erkrankt sind.

* Sex Ratio = Quotient der Prävalenzen der Frauen im Verhältnis zu den Männern. Interpretation: Bei Frauen beträgt die Lebenszeitprävalenz das ... fache der Männer.

Quelle: ERNST (2001), S. 52 ff.; Zusammenstellung verschiedener Tabellen.

Die beschriebenen geschlechtsspezifischen Ausprägungen in der Prävalenz bestimmter psychischer Störungen werden auch aufgrund der Spitalsentlassungstatistik deutlich. Frauen werden häufiger als Männer aufgrund affektiver Störungen (Depressionen), De-

menz und anderer psychischer und Verhaltensstörungen, Männer dagegen häufiger aufgrund alkohol- und drogenbedingter psychischer und Verhaltensstörungen, Schizophrenie, schizotyper und wahnhafter Störungen stationär behandelt.

Tabelle 4.10: Stationäre Aufenthalte aufgrund Psychischer und Verhaltensstörungen (ICD-10 <F00-F99>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Geschlecht

Hauptdiagnose ICD-10	Frauen							Männer						
	ge- samt	je 100.000	Alter (Jahre)				durchschn. Dauer (Tage)	ge- samt	je 100.000	Alter (Jahre)				durchschn. Dauer (Tage)
			0-14	15-44	45-64	65+				0-14	15-44	45-64	65+	
			Zeilenprozent							Zeilenprozent				
V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	12.772	1.528,9	5,5	42,8	23,4	28,3	27,5	12.112	1.604,5	8,3	51,7	26,8	13,1	23,9
Demenz (F00-F03)	1.971	235,9	-	0,2	3,0	96,9	65,2	783	103,7	-	0,1	8,6	91,3	53,7
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	1.164	139,3	2,1	48,3	42,9	6,8	21,4	3.283	434,9	0,6	46,6	47,3	5,5	28,0
Psychische u. Verhaltensstörungen durch and. Psychotrope Substanzen (F11-F19)	537	64,3	2,6	80,1	12,3	5,0	17,2	876	116,0	1,3	89,3	8,0	1,5	19,5
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)	2.017	241,5	0,2	52,8	35,0	12,0	26,1	2.566	339,9	0,5	72,3	20,0	7,2	24,6
Affektive Störungen (F30-F39)	3.064	366,8	1,4	32,0	36,0	30,6	22,9	1.364	180,7	1,1	42,3	36,1	20,5	22,1
andere psychische Verhaltensstörungen (Rest von F00-F99)	4.019	481,1	15,3	60,3	13,8	10,6	16,2	3.240	429,2	29,4	46,8	17,2	6,7	13,8

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 224; eigene Berechnungen.

Die Ursachen für das gehäufte Auftreten bestimmter psychischer und Verhaltensstörungen (vor allem von Depressionen) bei Frauen sind vielfältig. Aufbauend auf der feministischen Psychiatriekritik der 1970er Jahre haben sich in den 1990er Jahren Ansätze zu einer neuen Sichtweise der psychischen Gesundheit von Frauen entwickelt. Die neue Disziplin der *Womens' Mental Health* versucht, den psychischen Zustand von Frauen in einem umfassenden und nicht pathologisierenden Rahmen zu fassen. Zentrales Anliegen ist ein Verständnis psychischer Lebenslagen von Frauen, das alle für Frauen relevante Entstehungs- und Verlaufsfaktoren psychischer Störungen einbezieht mit dem Ziel, langfristig geschlechtersensible Versorgungsangebote zu schaffen. Entsprechend wurde auch im Rahmen des ersten Weltkongresses für *Women's Mental Health* im Jahr 2001 in Berlin nicht nur eine interdisziplinäre Zugangsweise (Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Psychologie, Soziologie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Endokrinologie, Onkologie ...) angestrebt, sondern auch auf die große Bandbreite der unterschiedlichen Aspekte der psychischen Gesundheit von Frauen eingegangen.²⁶⁵

Als Ursachen für die Geschlechtsunterschiede werden genetische, biologische, psychologische und soziale Faktoren genannt. Eine wichtige Rolle neben genetischen oder hormonellen Faktoren spielen die nach wie vor geschlechtsspezifisch geprägten Normen, die sich auf die Sozialisation auswirken, ebenso wie die sozialen und gesamtgesellschaftlichen Bedingungen, die die Lebenswelt der Frauen bestimmen. Geschlechtsspezifische Rollen und Verantwortlichkeiten führen zu einem Mangel an Autonomie und Kontrolle über das eigene Leben, Faktoren, die z. B. mit der Entstehung von Depression assoziiert sind. Die Mehrfachbelastung von Frauen bedeutet ein hohes Ausmaß an Stress und führt nicht selten zu Ausgebrannt-Sein (Burnout).²⁶⁶ Eng mit dem Auftreten psychischer Störungen (insbesondere Angststörungen und Depressionen) verbunden sind Armut, Arbeitslosigkeit und die damit einhergehenden Belastungen, Faktoren, die sich ebenfalls bei Frauen häufiger finden.

Ein weiterer wichtiger Grund für die höhere Prävalenz von Depressionen und Angststörungen bei Frauen ist ihr höheres Risiko, Opfer von Gewalt (körperliche Gewaltanwendung, sexueller Missbrauch, Vergewalti-

²⁶⁵ BMGF (2006a).

²⁶⁶ GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).

gung, etc.) zu werden. Gewalt gegenüber Frauen gilt nicht nur als Ursache für psychische Störungen, sondern stellt ein globales Gesundheitsproblem für Frauen dar, das bei der Diagnosestellung und Behandlung von Gesundheitsproblemen von Frauen viel zu wenig Beachtung findet. Die auf Gewalt zurückzuführenden psychischen Gesundheitsrisiken umfassen neben Depressionen und Angststörungen hauptsächlich posttraumatische Belastungsstörungen, psychosomatische Symptome, Essstörungen, Substanzabhängigkeit, sexuelle Dysfunktionen und Beeinträchtigungen der reproduktiven Gesundheit (chronische gynäkologische Probleme, ungeplante Schwangerschaften, HIV, etc.) und gehen auch mit einem erhöhten Suizidrisiko einher.²⁶⁷

Psychopharmaka

Laut Wiener Gebietskrankenkasse wurden im Jahr 2003 in Wien 73,0 Prozent der Antidepressiva, 60,5 Prozent der Tranquilizer und 59,1 Prozent der Antipsychotika an Frauen verschrieben.²⁶⁸ Psychopharmaka machen insgesamt 7,4 Prozent aller verordneten Heilmittel in Wien aus. Die Heilmittelkosten für Psychopharmaka betragen 2003 in Wien 10,3 Prozent aller Heilmittelkosten.

4.6.2 Selbstmord und Selbstmordversuche

Ein wichtiger Indikator für psychisches Wohlbefinden sind Suizid und Suizidversuche. Unter *Suizid* wird eine mit bewusster Intention durchgeführte Handlung mit Todesfolge verstanden, unter *Suizidversuch* eine in suicidalen Absicht begangene Handlung, die jedoch nicht tödlich endet. Bei beidem ist mit hoher Dunkelziffer zur rechnen. Neben versicherungsrechtlichen Tatbeständen spielt dabei die gesellschaftliche Tabuisierung des Suizides eine Rolle. Auch die angewandte Suizidmetho-

de hat Auswirkungen auf die Erfassung als „Suizid“. So können sich z. B. hinter Verkehrsunfällen und Todesfällen aufgrund des Konsums von Drogen Selbsttötungen verbergen. Generell werden Suizide mittels so genannter „weicher“ Methoden (z. B. Vergiften, Alkoholabusus) seltener als solche klassifiziert als jene mit „harten“ (z. B. Erhängen, Erschießen). Da Frauen häufiger „weiche“ Suizidmethoden anwenden, ist bei ihnen eine höhere Dunkelziffer als bei den Männern zu vermuten.²⁶⁹ Gerade bei älteren Frauen verbirgt sich hinter einer Über- bzw. Unterdosierung von (verschriebenen) Medikamenten nicht selten ein Suizid. Die vorhandene Multimorbidität verleitet dazu, eine andere Todesursache zu bescheinigen.

Eine besonders hohe Dunkelziffer wird bei Selbstmordversuchen (insbesondere von Frauen) vermutet, die bei Frauen häufiger als bei Männern sind.²⁷⁰ Abgesehen davon, dass die Abgrenzung zwischen Selbstbeschädigung mit und ohne tödlicher Absicht oft schwierig ist, werden vor allem Selbstmordversuche von Frauen oft weniger ernsthaft bewertet und daher auch nicht als solche klassifiziert.

Epidemiologie

Die Suizidrate ist im letzten Jahrzehnt in Wien (und Österreich) weiter gesunken, wobei sich jedoch in Wien bei den Frauen im Zeitverlauf große Schwankungen zeigen. Im Jahr 2004 wurden in Wien 74 **Suizide** von Frauen und 181 von Männern registriert, d. h. 29,0 Prozent der Suizide entfielen auf Frauen. Entsprechend niedriger ist auch die standardisierte Suizidrate der Frauen (Frauen 6,4; Männer 19,3 je 100.000). Allerdings war 2004 in Wien die Suizidrate bei den Frauen etwas höher, bei Männern etwas niedriger als im gesamten Bundesgebiet (Frauen 6,0, Männer 22,3).

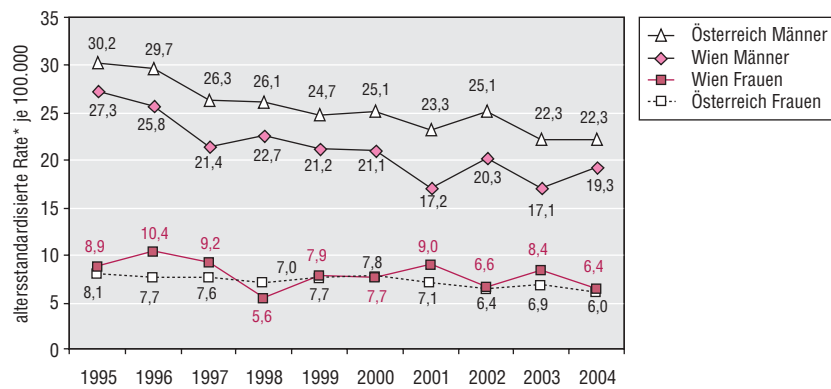
²⁶⁷ GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).

²⁶⁸ STADT WIEN (in Vorbereitung), Wiener Psychiatriebericht.

²⁶⁹ BMFSFJ (2001).

²⁷⁰ SCHMIDTKE (1991), S. 238.

Grafik 4.18: Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD 10 <X60-X84>) in Wien und Österreich 1995 bis 2004 nach Geschlecht



* Standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; Berechnungen der STATISTIK AUSTRIA.

Zu bedenken ist, dass mehr Frauen und Männer durch Suizid als durch Verkehrsunfälle sterben. In Wien waren im Jahr 2004 0,8 Prozent der weiblichen und 2,5 Prozent der männlichen Sterbefälle auf Suizid, 0,4 Prozent der weiblichen und 0,8 Prozent der männlichen Sterbefälle auf Verkehrsunfälle zurückzuführen. Vor allem bei jüngeren Frauen und Männern ist Suizid im Vergleich zu den anderen Todesursachen häufig. So haben sich in Wien im Jahr 2004 von den im Alter von 25 bis 35 Jahren Verstorbenen 16,3 Prozent der Frauen und 26,1 Prozent der Männer selbst getötet, aber nur 4,1 Prozent der Frauen und 13,4 Prozent der Männer sind aufgrund eines Verkehrsunfalls gestorben. Mit zunehmendem Alter sinkt zwar bei beiden Geschlechtern

der Anteil der Suizide an der Gesamtsterblichkeit, aber auch im höheren Alter sterben mehr Frauen und Männer durch Suizid als durch Verkehrsunfälle.²⁷¹

Der überwiegende Teil des Suizidgeschehens betrifft ältere Menschen. 2004 waren in Wien 58,1 Prozent der an Suizid verstorbenen Frauen und 39,2 Prozent der daran verstorbenen Männer 55 Jahre oder älter. Die altersspezifischen Suizidraten steigen bei Frauen und Männern mit zunehmendem Alter: Während bei den Frauen die altersspezifische Suizidrate bei den 75- bis 85-Jährigen am höchsten ist (24,9 Sterbefälle je 100.000), nimmt sie bei den Männern bis zum Alter von 85 und mehr Jahren kontinuierlich zu (147,9 Sterbefälle je 100.000).

²⁷¹ Todesursachenstatistik 2004; eigene Berechnungen. Eine Ausnahme zeigt sich lediglich bei den 85-jährigen und älteren Frauen.

Tabelle 4.11: Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD 10 <X60-X84>) in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Frauen			Männer			Frauenanteil
	absolut	Prozent	je 100.000	absolut	Prozent	je 100.000	Prozent
0 – 5	–	–	–	–	–	–	–
5 – 15	–	–	–	–	–	–	–
15 – 25	6	8,1	6,5	13	7,2	14,0	31,6
25 – 35	8	10,8	6,5	31	17,1	25,9	20,5
35 – 45	8	10,8	5,8	38	21,0	26,9	17,4
45 – 55	9	12,2	8,4	28	15,5	27,5	24,3
55 – 65	15	20,3	13,5	28	15,5	28,1	34,9
65 – 75	9	12,2	13,5	12	6,6	23,5	42,9
75 – 85	17	23,0	24,9	21	11,6	64,5	44,7
85+	2	2,7	8,9	10	5,5	147,9	16,7
gesamt	74	100	8,7	181	100	23,5	29,0
ASR*			6,4			19,3	

* ASR= Altersstandardisierte Rate je 100.000 der jeweiligen Bevölkerung; standardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA (2005i); eigene Berechnungen.

Während Suizide bei Frauen seltener als bei Männern sind, sind **Suizidversuche** bei Frauen häufiger. Laut einer internationalen Studie²⁷² werden über 60 Prozent der Suizidversuche von Frauen begangen. Außerdem ist die Wiederholungshäufigkeit von Suizidversuchen bei Frauen größer als bei Männern. In Wien wurden im Jahr 2002 240 Selbstmordversuche von Frauen und 207 von Männern registriert. Demnach entfielen 53,7 Prozent der Suizidversuche auf Frauen. Jüngere Menschen weisen höhere Suizidversuchsrate auf als ältere. Der überwiegende Teil der Selbstmordversuche von Frauen (45,8 Prozent) und Männern (41,5 Prozent) betraf die Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen. Das Verhältnis von Suizid und Suizidversuchen betrug in Wien bei den Frauen 1:2,8, bei den Männern 1:0,76. Im Gegensatz dazu ermittelte die oben angeführte internationale Studie für Frauen ein Verhältnis von 1:15, für Männer von 1:5. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die für Wien angegebenen Zahlen die Suizidversuche etwas unterschätzen. Auch wenn es bisher kaum Untersuchungen zu den gesundheitlichen Folgen von Suizidversuchen gibt, ist zu vermuten, dass diese nicht selten zu gesundheitlichen Schädigungen bis hin zur Invalidität führen.

Methoden bei Selbstmord und Selbstmordversuchen

Ca. ein Drittel der Frauen (32,9 Prozent), die sich in Wien im Jahr 2002 **das Leben genommen** haben, haben dies mittels Sturz aus der Höhe getan, ca. ein Viertel (25,9 Prozent) durch Erhängen, Erdrosseln und Ersticken und ein Fünftel durch Vergiften mit festen oder flüssigen Stoffen. An vierter Stelle folgt Selbstmord durch Ertrinken (5,9 Prozent). Bei den Männern dagegen steht Erhängen, Erdrosseln und Ersticken an erster Stelle (37,0 Prozent), gefolgt von Feuerwaffen und Explosivstoffen (17,5 Prozent), Sturz aus der Höhe (15,3 Prozent) und Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen (13,8 Prozent).

Im Unterschied dazu sind bei den **Suizidversuchen** bei beiden Geschlechtern so genannte „weiche“ Methoden häufiger.²⁷³ In Wien war im Jahr 2002 die bei den Selbstmordversuchen am häufigsten angewandte Methode bei den Frauen die Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen, gefolgt von Selbstmordversuchen mit schneidenden und stechenden Gegenständen. Diese Methoden stehen für mehr als drei Viertel der Selbstmordversuche bei Frauen. Bei den Männern ist die Reihenfolge umgekehrt, auch streuen die von Männern angewandten Methoden stärker als bei den Frauen.

²⁷² SCHMIDTKE et al. (1996) und (1998); SCHMIDTKE, WEINACKER (1994), S. 12.

²⁷³ SCHMIDTKE et al. (1998), S. 40.

Tabelle 4.12: Angewandte Methode bei Selbstmord und Selbstmordversuchen in Wien 2002 nach Geschlecht

Methode	Selbstmorde		Selbstmordversuche	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	absolut = 100%			
	85	274	240	207
Prozent				
Vergiftung mit festen und flüssigen Stoffen	20,0	15,7	53,8	27,1
Vergiftung mit Gasen, Dämpfen, Pestiziden	1,2	1,5	0,8	2,4
Erhängen, Erdrosseln und Ersticken	25,9	33,6	2,5	7,7
Ertrinken	5,9	4,0	1,7	0,5
Feuerwaffen und Explosivstoffe	1,2	12,4	1,3	1,9
schneidende und stechende Gegenstände	3,5	2,6	23,3	30,9
Sturz aus der Höhe	32,9	20,8	10,8	18,8
Überfahrenlassen	3,5	4,4	4,2	6,3
elektrischer Strom	1,2	1,1	0,0	0,5
sonstige und nicht näher bezeichnete Art	4,7	4,0	1,7	3,9

Quelle: Todesursachenstatistik und Bundespolizeidirektion Wien (MA 70); zitiert nach STADT WIEN (2003), S. 51; eigene Berechnungen.

Suizidales Verhalten begünstigende Faktoren

Suizidales Verhalten von Frauen ist als eigenständiger Bereich kaum wissenschaftlich untersucht. Ursprünglich wurden suizidale Handlungen von Frauen vor allem mit hormonellen Schwankungen in Zusammenhang gebracht, Suizidversuche als Formen des Hilferufes bzw. Appells an andere interpretiert. Neuere Erklärungsansätze der weiblichen Suizidalität verweisen vor allem auf die psychosoziale Situation der Frauen,²⁷⁴ wobei je nach Lebensphase unterschiedliche Faktoren im Vordergrund stehen. Während bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Krisen des Selbstwertgefühles, Affekt- und Aggressionsstau, eine pessimistische

Zukunftssicht, familiäre und Partnerschaftskonflikte meist in Zusammenhang mit Sexualität dominieren, sind es im mittleren Alter Mangel an sozialer Unterstützung, belastende Lebensereignisse (wie z. B. Arbeitslosigkeit), Konflikte mit Ehepartner und Kindern, im höheren Alter soziale Isolation, physische und psychische Abbauerscheinungen, Angst vor Krankheit und Pflegebedürftigkeit.²⁷⁵

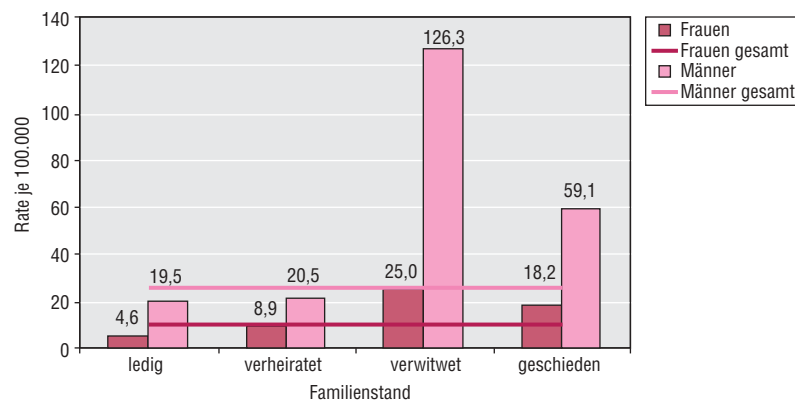
Auch der Wechsel von sozial stabilen in *instabile Verhältnisse* (z. B. durch Trennung) kann zu krisenhaften Situationen führen und suizidales Verhalten begünstigen.²⁷⁶ Geschiedene und verwitwete Frauen (und Männer) versuchen häufiger als verheiratete, sich das Leben zu nehmen und tun dies auch häufiger.²⁷⁷

²⁷⁴ GERISCH, LINDNER (2004).

²⁷⁵ WEBER et al. (1990), S. 227–228 und 455–456.

²⁷⁶ SCHMIDTKE et al. (1994), S. 173; BRONISCH (1995), S. 81 und 118.

²⁷⁷ SCHMIDTKE et al. (1996).

Grafik 4.19: Suizide in Wien 2002 nach Familienstand und Geschlecht

Quelle: STADT WIEN (2003), S. 51; eigene Berechnungen (Familienstand laut Volkszählung 2001).

Viele der Bedingungen für suizidales Verhalten gelten für Frauen und Männer gleichermaßen. So tritt z. B. suizidales Verhalten von Frauen (und Männern) gehäuft in *unteren Sozialschichten* und bei *Arbeitslosigkeit* auf.²⁷⁸ Ein erhöhtes Suizidrisiko haben auch *körperlich, vor allem chronisch Kranke* mit geringer Heilungsaussicht bzw. hoher Sterbewahrscheinlichkeit. Bei HIV-Infizierten und AIDS-Kranken ist das Suizidrisiko ca. 7-mal höher als in der Gesamtbevölkerung. Bei Anorexia nervosa, eine Krankheit von der überwiegend Frauen betroffen sind, ist es 20-mal höher als in der Gesamtbevölkerung. Ein besonders hohes Risiko für Suizidversuche und Suizid haben Frauen und Männer mit *psychischen und Verhaltensstörungen*, wie Depressionen, Schizophrenie, Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit.²⁷⁹ Auch Frauen und Männer mit *Suizid-Ankündigung* bzw. jene, die schon einen *Suizidversuch* hinter sich haben, haben ein erhöhtes Risiko, später an Suizid zu sterben.

Eine besonders wichtige Rolle für suizidales Verhalten von Frauen spielen *sexueller Missbrauch* und *körperliche Misshandlung*: Frauen, die in ihrer Kindheit sexualisierte Gewalt erleiden mussten, werden überdurchschnittlich häufig von Suizidgedanken gequält.²⁸⁰ Viele der Frauen (und Männer), die in ihrer Kindheit oder Jugend Opfer sexualisierter Gewalt geworden sind, versuchen

sich bereits vor Erreichen des Erwachsenenalters zu töten.²⁸¹ Auch bei vergewaltigten und geschlagenen Frauen mit langer Geschichte wiederholter und schwerer körperlicher Gewalt sind Suizidversuche häufig.²⁸² Neben der erfahrenen Gewalt spielen Alkohol- und Drogenprobleme als Folge von Misshandlungen eine Rolle.

4.6.3 Aspekte der Förderung der psychischen Gesundheit

Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz hat im Jahr 2005 die Europäische Kommission als Kooperationspartner der Konferenz dazu aufgefordert, ihr politisches Engagement zur Bekämpfung psychischer Krankheiten zu verstärken und in Partnerschaft mit der WHO Lösungsmöglichkeiten voranzutreiben. Im Zuge dessen hat die Europäische Union²⁸³ die Mitgliedsstaaten dazu aufgefordert, der Kommission Konsultationsbeiträge zur Entwicklung einer Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union zu übermitteln. „Nach den Vorstellungen der Europäischen Kommission könnte eine EU-Strategie folgende Schwerpunkte setzen:

- generelle Förderung der psychischen Gesundheit;
- Prävention psychischer Erkrankungen;
- Verbesserung der Lebensqualität psychisch Kranker und behinderter Menschen durch soziale Inte-

²⁷⁸ SCHMIDTKE et al. (1994), S. 167 und (1998), S. 41.

²⁷⁹ SCHMIDTKE et al. (1998), S. 40 f.

²⁸⁰ BANGE (1992).

²⁸¹ TEEGEN et al. (1995).

²⁸² BERGMAN, BRISMAR (1991).

²⁸³ KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN (2005).

gration sowie den Schutz ihrer Rechte und ihrer Menschenwürde;

- Entwicklung eines einschlägigen Informations-, Forschungs- und Wissenssystems für die EU.²⁸⁴

Vermehrt zu berücksichtigen sind in Zukunft auch frauenspezifische Aspekte. Dazu zählen im Bereich der primären Prävention von psychischen und Verhaltensstörungen vor allem die Verbesserung der Lebenssituation und -bedingungen der Frauen, der Abbau geschlechts-

spezifischer Belastungen und Benachteiligungen. Wichtige frauenspezifische Ansatzpunkte sind die Früherkennung und frühzeitige Behandlung psychischer Erkrankungen (wie z. B. der postpartalen Depression) ebenso wie frauenspezifische Maßnahmen im Bereich der psychiatrischen Versorgung (z. B. Rückzugsmöglichkeiten für Frauen bei stationärer psychiatrischer Behandlung, Schaffung von Mutter-Kind-Bereichen, Verbesserung der Situation psychisch kranker Migrantinnen und psychisch kranker älterer Frauen).²⁸⁵

4.7 Krankheiten der Atmungsorgane

Zusammenfassung

Bei Frauen ist nicht nur eine steigende Mortalität aufgrund von Lungenkrebs, sondern auch aufgrund von **Krankheiten der Atmungsorgane** zu beobachten. Dieser Anstieg ist vor allem auf die zunehmende Sterblichkeit bei chronischen Krankheiten der unteren Atemwege zurückzuführen, zu denen auch **die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)** zählt. Gegenwärtig ist deren Prävalenz in einzelnen Altersgruppen bei Frauen bereits höher als bei Männern. Häufigste Ursache der COPD ist das Rauchen, weitere Risikofaktoren sind berufsbedingte Staubbelastung, Luftverschmutzung, häufige Atemwegsinfektionen in der Kindheit und genetische Veranlagung. Aufgrund der steigenden Zahl von Raucherinnen ist in Zukunft mit einer noch stärkeren Verbreitung der COPD bei Frauen zu rechnen.

Summary: Diseases of the respiratory organs

*An increasing mortality in women can be observed not only due to lung cancer, but also as a result of **diseases of the respiratory organs**. This increase is in particular due to the growing mortality due to chronic diseases of the lower respiratory tract, e.g. **chronic obstructive pulmonary disease (COPD)**. In some age groups its prevalence is already higher in women than in men. The most frequent cause of COPD is smoking; other risk factors include dust exposure at the workplace, air pollution, frequent childhood respiratory infections, and genetic predisposition. Due to the increase of smoking among women an even higher incidence of COPD in women can be expected in the future.*

4.7.1 Epidemiologie

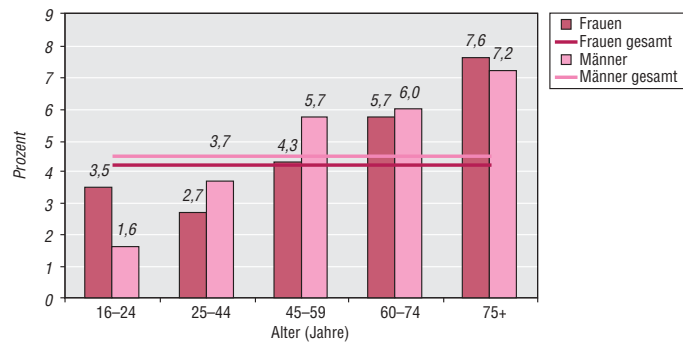
Laut Eigenangaben leiden in Wien von der Bevölkerung ab 16 Jahren 4,2 Prozent der Frauen und 4,5 Prozent der Männer an chronischen **Krankheiten der Atmungsorgane**. Die Angaben zu den einzelnen Erkrankungen der Atmungsorgane lassen jedoch vermuten, dass die Anteile der Betroffenen höher sind als dies hier zum Ausdruck kommt. Fest steht, dass der Anteil der

Betroffenen mit zunehmendem Alter steigt. Während generell Krankheiten der Atmungsorgane bei Frauen etwas seltener als bei Männern sind, sind in jungen Jahren (16 bis 24 Jahre) und im hohen Alter (ab 75 Jahren) Frauen häufiger betroffen. Chronische Krankheiten der Atmungsorgane gehen vor allem mit niedriger Lebensqualität einher und finden sich vermehrt bei Frauen mit niedriger und Männern mit mittlerer Bildung.²⁸⁶

²⁸⁴ KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN (2005), S. 8.

²⁸⁵ Vgl. dazu auch die Verbesserungsvorschläge im Wiener Psychiatriebericht 2004; GUTIÉRREZ, TRAPPL (2006).

Grafik 4.20: Krankheiten der Atmungsorgane in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



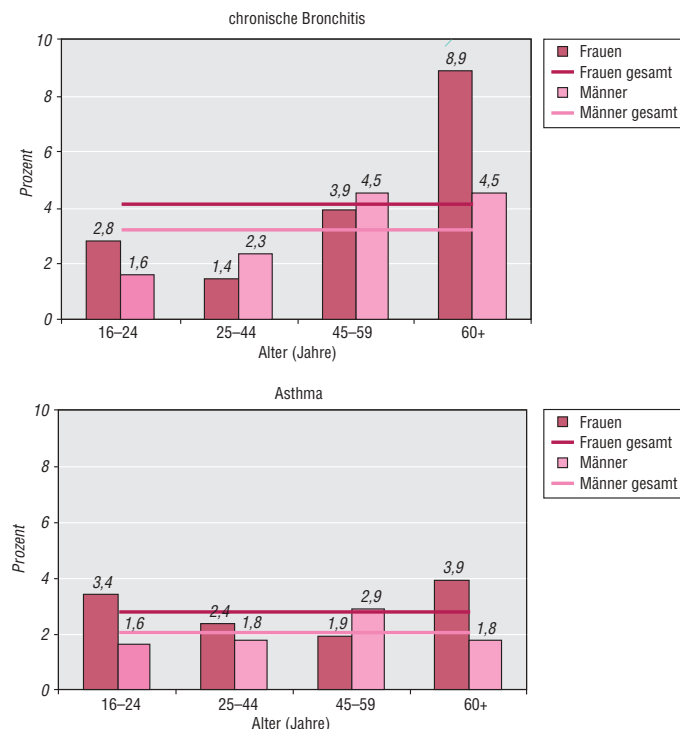
Eigenangaben; in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 16 Jahren.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 197f.

Die selbst berichtete Prävalenz von **chronischer Bronchitis** und von **Asthma** ist bei Frauen höher als bei Männern. In Wien leiden 4,1 Prozent der Frauen und 3,2 Prozent der Männer an chronischer Bronchitis, 2,8 Prozent der Frauen und 2,1 Prozent der Männer an

Asthma. Während die Prävalenz der chronischen Bronchitis mit dem Alter steigt (im Alter von 60 und mehr Jahren sind bereits 8,9 Prozent der Frauen und 4,5 Prozent der Männer betroffen), zeigt sich bei Asthma kein einheitlicher Alterstrend.²⁸⁷

Grafik 4.21: Chronische Bronchitis und Asthma in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Eigenangaben; in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 16 Jahren.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 205.

²⁸⁶ STADT WIEN (2001), S. 198 ff.

²⁸⁷ STADT WIEN (2001), S. 205.

Entsprechend der geringeren Prävalenz von Krankheiten der Atmungsorgane bei Frauen sind auch **stationäre Aufenthalte** aufgrund dieser Krankheitsgruppe bei ihnen seltener als bei Männern, während stationäre Aufenthalte aufgrund von Asthma – in Einklang mit der höheren Prävalenz – bei Frauen etwas häufiger sind. Im Jahr 2003 wurden in den Wiener Krankenanstalten 15.947 stationäre Aufenthalte von Frauen und 18.880

von Männern aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane verzeichnet. Im Vordergrund standen bei beiden Geschlechtern die Chronisch Obstruktiven Lungenerkrankungen und die Bronchiektasien (Frauen 21,9 Prozent, Männer 23,4 Prozent), gefolgt von chronischen Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (Frauen 21,3 Prozent, Männer 18,4 Prozent) sowie Pneumonie (Frauen 17,0 Prozent, Männer 15,6 Prozent).

Tabelle 4.13: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane (ICD-10 <J00-J99>) in Wiener Krankenanstalten nach Geschlecht

Hauptdiagnose ICD-10	Frauen			Männer		
	absolut	je 100.000	Prozent	absolut	je 100.000	Prozent
X. Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	15.947	1.909	100	18.880	2.501	100
Akute Infektionen der oberen Atemwege und Grippe (J00-J11)	1.249	150	7,8	1.802	239	9,5
Pneumonie (J12-J18)	2.707	324	17,0	2.951	391	15,6
andere akute Infektionen der unteren Atemwege (J20-J22)	898	107	5,6	1.082	143	5,7
Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (J35)	3.391	406	21,3	3.467	459	18,4
andere Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J34, J36-J39)	1.666	199	10,4	2.447	324	13,0
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und Bronchiektasien (J40-J44, J47)	3.495	418	21,9	4.410	584	23,4
Asthma (J45-J46)	829	99	5,2	585	77	3,1
andere Krankheiten des Atmungssystems (J60-J99)	1.712	205	10,7	2.136	283	11,3

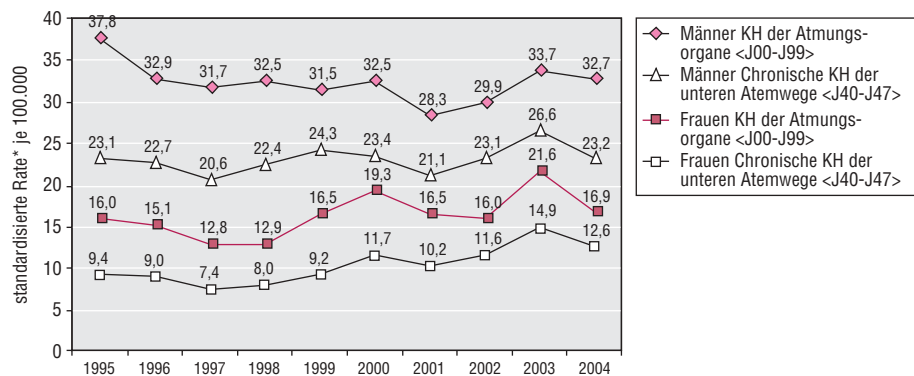
Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 225; eigene Berechnungen.

447 Frauen und 395 Männer sind in Wien im Jahr 2004 an Krankheiten der Atmungsorgane **gestorben**, das sind 5,0 Prozent der Sterbefälle von Frauen und 5,6 Prozent jener von Männern. Ca. zwei Drittel dieser Sterbefälle (Frauen: 65,1 Prozent, Männer: 69,1 Prozent) waren auf Chronisch Obstruktive Lungenerkrankungen und Bronchiektasien (ICD-10 <J40-J44, J47>) zurückzuführen. Insgesamt sind in Wien 2004 291 Frauen und 273 Männer daran verstorben. Das sind 3,3 Prozent der Sterbefälle von Frauen und 3,8 Prozent der Sterbefälle von Männern.²⁸⁸

Sieht man vom Jahr 2004 ab, so ist bei den Frauen im letzten Jahrzehnt die Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane gestiegen. Ausschlaggebend dafür war die Zunahme der Sterblichkeit aufgrund chronischer Krankheiten der unteren Atemwege, zu denen auch die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD) zählt. Dagegen war bei den Männern zumindest bis 2001 ein Rückgang der Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane (vor allem zurückzuführen auf sinkende Mortalitätsraten bei den chronischen Krankheiten der unteren Atemwege) zu verzeichnen, seither ist jedoch auch bei ihnen (sieht man vom Jahr 2004 ab) die Tendenz wieder steigend.

²⁸⁸ STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 152 f.; sowie Angaben der STATISTIK AUSTRIA und eigene Berechnungen.

Grafik 4.22: Mortalität aufgrund Krankheiten der Atmungsorgane (ICD-10 <J00-J99>) und Chronische Krankheiten aufgrund der unteren Atemwege (ICD-10 <J40-J47>) in Wien nach Geschlecht



* Altersstandardisiert nach der Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik; Daten zur Verfügung gestellt von der Statistik Austria.

4.7.2 Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD, chronic obstructive pulmonary disease) ist eine zunehmend bedeutsame, auch Frauen vermehrt betreffende Krankheit. Es handelt sich dabei um eine in der Regel chronisch verlaufende Behinderung des Atemflusses durch Atemwegsverengung, die auch bei entsprechender Behandlung meist nicht mehr reversibel ist. Die Krankheit beginnt mit dem „Raucherhusten“ und kann zu einer tödlichen Lungenüberblähung (Emphysem) führen. Unterschieden werden vier Stadien, wobei die Stadien III und IV als fortgeschrittene bzw. Spätphasen der Krankheit gelten.²⁸⁹ Der Verlauf der Erkrankung ist individuell sehr verschieden. Die molekularen und zellulären Erkrankungsmechanismen des chronisch fortschreitenden entzündlichen Prozesses der COPD sind bisher noch nicht ausreichend geklärt.

Laut *Global Burden of Disease Study*²⁹⁰ betrug die Prävalenz von COPD im Jahr 1990 weltweit 7,3 Erkrankungen je 1.000 Frauen und 9,3 je 1.000 Männer und nahm (mit 2,4 Prozent aller Todesfälle) die sechste Stelle unter den Todesursachen ein. Gegenwärtig ist COPD weltweit bereits die vierthäufigste Todesursache. Laut

Schätzung der WHO wird die COPD im Jahr 2020 bereits dritthäufigste Todesursache und fünfhäufigste Ursache für Behinderungen (gemessen anhand von DALYs) sein.²⁹¹ Während z. B. in den USA die Sterblichkeit aufgrund von koronaren Herzkrankheiten zwischen 1965 und 1998 um 59 Prozent und aufgrund von Schlaganfällen um 64 Prozent gesunken ist, ist die Sterblichkeit aufgrund von COPD um 163 Prozent gestiegen.

Eine im Rahmen einer internationalen Studie durchgeführte Erhebung an der Landesclinik in Salzburg²⁹² zeigt, dass auch in Österreich die COPD zusammen mit Asthma bronchiale zu den häufigsten chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane zählt. Zwischen Oktober 2004 und März 2005 wurden rund 2.200 SalzburgerInnen untersucht und Daten von etwa 1.400 über 40-jährigen Personen ausgewertet. Laut dieser Studie ist davon auszugehen, dass in Österreich 1 bis 3 Prozent der Frauen und 4 bis 6 Prozent der Männer an COPD erkrankt sind. Besonders hoch ist die Prävalenz bei Menschen über 40 Jahren. 26,1 Prozent der über 40-Jährigen zeigen bei der Lungenfunktionsprüfung Anzeichen einer Chronisch Obstruktiven Lungenerkrankung (COPD; Stadium I bis Stadium IV). 10,7 weisen Stadium II oder ein darüber hinausgehendes Stadium auf

²⁸⁹ GOLD (2003); KROEGEL (2004).

²⁹⁰ MURRAY, LOPEZ (1997); GOLD (2003).

²⁹¹ WHO (2000); MURRAY, LOPEZ (1997). Disability Adjusted Life Years = Summe der verlorenen Lebensjahre durch frühzeitigen Tod und der Jahre, die mit Behinderung gelebt werden (wobei auch der Schweregrad der Behinderung berücksichtigt wird).

²⁹² <http://www.salzburg.gov.at/lrmh-copd.htm>; Leitung: Univ.-Doz. Dr. Michael STUDNICKA.

und sind behandlungs- und rehabilitationsbedürftig. Auffallend ist die starke Verbreitung der Krankheit bei Frauen (bedingt vor allem durch häufigeres Rauchen). Unter den 40- bis 49-Jährigen haben Frauen sogar eine höhere Prävalenz (33,9 Prozent) als Männer (27,5 Prozent). Es wird geschätzt, dass drei Viertel der Erkrankungen ab dem Stadium II weder diagnostiziert noch behandelt werden. Zur Epidemiologie des Rauchens und der Raucherentwöhnung siehe auch den Wiener Gesundheitsbericht 2004.²⁹³

Risikofaktoren, Prävention, Therapie, Rehabilitation

Hauptursache für die COPD ist das Rauchen, 80 bis 90 Prozent der Erkrankungen sind darauf zurückzuführen. Es wird geschätzt, dass jede/r dritte bis fünfte RaucherIn eine COPD entwickelt. Die Progression der Atemwegsobstruktion steigt mit der Zahl der gerauchten Zigaretten.²⁹⁴ Weitere Risikofaktoren sind berufsbedingte Staubbelastung, Luftverschmutzung, häufige Atemwegsinfektionen in der Kindheit und genetische Veranlagung.

Die *Diagnose* einer COPD und die Einschätzung ihres Schweregrads erfolgt durch eine spirometrische Untersuchung. Ein systematisches, bevölkerungsbasiertes Spirometrie Screening nach COPD wird jedoch auf der

Basis des Standes des internationalen medizinischen Wissens für Österreich nicht empfohlen.²⁹⁵

Zur *Therapie* stehen, abgesehen vom Rauch-Stopp, Anticholinerga, β_2 -Sympathomimetika, im Stadium III auch inhalative Glukokortikoide zur Verfügung. Zur Entwicklung neuer *Therapien* werden Ursachen, Ablauf und Hintergründe der Erkrankung näher untersucht, wobei sich hier Erfolg versprechende Behandlungsmethoden abzeichnen.²⁹⁶ Die *Rehabilitation* setzt auf körperliches und Atemmuskeltraining sowie richtige Ernährung.

Eine der Zielsetzungen des Projekts Med Together zum Schnittstellenmanagement war die Verbesserung der Akutversorgung der PatientInnen an den Universitätskliniken Salzburg. In Kooperation mit dem Roten Kreuz wurde ein Notfallprogramm geschaffen und eine Notfallkarte im Scheckformat eingeführt, die alle relevanten Informationen für die Rettungssanitäter (Lungenfunktion des Betroffenen, benötigte Sauerstoffmenge, etc.) enthält. Ein weiteres Projektziel war die Einführung einer interdisziplinären Rehabilitation mit Physiotherapie, Psychotherapie und anderen medizinischen Bereichen. Durch die ambulante Rehabilitation verbessert sich nicht nur die Prognose, auch Spitalsaufenthalte lassen sich dadurch stark reduzieren.²⁹⁷

²⁹³ STADT WIEN (2005), S. 332–350.

²⁹⁴ CALVERLEY (2000); VAN SCHAYCK et al. (2003).

²⁹⁵ VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), S. 192.

²⁹⁶ Ein Team um Univ.-Prof. Dr. Rolf ZIESCHE (Abteilung für Pulmologie am Wiener Allgemeinen Krankenhaus) beschäftigt sich mit den molekularen Mechanismen der COPD.

²⁹⁷ <http://www.salzburg.gv.at/lrmh-copd.htm>

4.8 Gynäkologische Erkrankungen

Siehe auch: Inkontinenz (Kapitel 5.8.9).

Zusammenfassung

Gynäkologische Erkrankungen führen zwar selten zum Tod, können aber trotz meist guter Heilungschancen Frauen körperlich, seelisch und sozial stark beeinträchtigen, wobei je nach Lebensphase unterschiedliche gynäkologische Erkrankungen im Vordergrund stehen. Eine bedeutsame gynäkologische Erkrankung, die im reproduktiven Alter auftritt und meist mit starken Beschwerden und chronischen Schmerzen verbunden ist, ist die **Endometriose**. Diese Krankheit wird oft lange Zeit nicht erkannt und ist nicht selten Ursache ungewollter Kinderlosigkeit.

Ein wichtiges Thema im Rahmen der Gynäkologie sind die **gynäkologischen Operationen**. Ca. ein Drittel aller stationären Aufenthalte von Frauen mit operativen Leistungen ist auf Operationen im Zusammenhang mit Diagnosen im Bereich weiblicher Genitalorgane, Geburtshilfe zurückzuführen. Obwohl in Wien die Zahl der **Gebärmutterentfernungen** (Hysterektomien) stark rückläufig ist, sind jährlich ca. 10.000 Frauen davon betroffen. Gebärmutterentfernungen, aber auch andere gynäkologische Operationen sind für Frauen oft mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. Einrichtungen wie Frauengesundheitszentren und GynäkologInnen, die mit den Folgen für die betroffenen Frauen befasst sind, kritisieren vor allem die unzureichende Aufklärung der Patientinnen und die Nichtbeachtung vorhandener Alternativen.

Summary: Gynaecological diseases

*Gynaecological diseases are rarely lethal, but despite the usually good chances of recovery they can place a heavy physical, mental and social strain on women. In different stages of life different gynaecological diseases are predominant. A significant gynaecological disease, which occurs in reproductive age and usually leads to strong symptoms and chronic pain, is **endometriosis**. This disease can remain undetected for a long time and is frequently the reason for unwanted childlessness.*

*An important issue in the area of gynaecology are **gynaecological surgeries**. Approximately one in three of all in-patient stays of women with surgery are due to surgeries in connection with diagnoses in the area of the female genitalia and obstetrics. Although the number of **hysterectomies** is strongly declining in Vienna, some 10,000 women undergo it every year. Hysterectomies and other gynaecological operations often lead to severe psychological stress for women. Institutions such as women's health centres and gynaecologists who address the consequences for women criticise insufficient information for the patients and the fact that existing alternatives are often ignored.*

4.8.1 Epidemiologie

Der vorliegende Abschnitt gibt einen Überblick über gutartige gynäkologische Erkrankungen. Es gibt zwar vereinzelt Studien, die sich (meist aus medizinischer Sicht) mit verschiedenen gynäkologischen Erkrankungen oder Erkrankungssyndromen (z. B. Endometriose, Prämenstruelles Syndrom [PMS], Scheidenentzündungen – Pelvic Inflammatory Disease [PID]) beschäfti-

gen, allerdings mangelt es an epidemiologischen Grundlagen über diese Krankheitsgruppe. Auch über Indikationen operativer Eingriffe, wie etwa jener von Gebärmutterentfernungen und deren Folgen gibt es wenig verlässliche Informationen.

Aussagekraft und Qualität der vorliegenden Daten variieren. Aus der amtlichen Statistik stehen Angaben zu den stationären Behandlungsfällen, zu den stationären

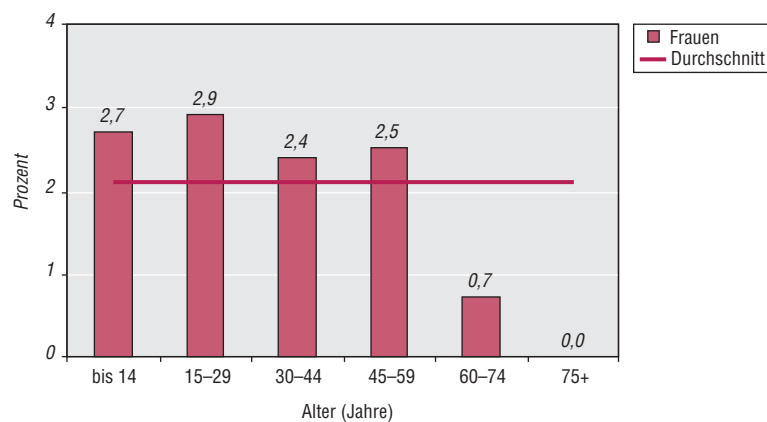
operativen Eingriffen, zu den Krankenständen bzw. Krankenstandstagen aufgrund gynäkologischer Erkrankungen zur Verfügung. Bei der Spitalsentlassungsstatistik handelt es sich um Versorgungsdaten (d. h. um stationär behandelte gynäkologische Krankheiten). Die Angaben sind fallbezogen und beinhalten auch Mehrfachaufenthalte. Die Daten zu den Krankenstandsfällen und -tagen beziehen sich (ebenfalls fallbezogen) lediglich auf erwerbstätige Frauen. Über mitversicherte Familienangehörige, Hausfrauen, arbeitslose Frauen und Pensionistinnen liegen, ebenso wie zu gesundheitlichen Störungen, die zu keiner ärztlichen Behandlung führen, bzw. die ambulant behandelt werden, aber keine Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausbehandlung nach sich ziehen, keine Angaben vor. Weder die Statistik der Arbeitsunfähigkeit noch die Spitalsentlassungsstatistik lassen Aussagen über die Häufigkeit von Wiederholungsfällen zu. Abgesehen von den amtlichen Statistiken gibt es vereinzelt Daten aus Gesundheitssurveys zu gynäkologischen Erkrankungen und

Beschwerden. Während in der amtlichen Statistik die Diagnosen ärztlichen Zuschreibungen unterliegen, liegen den Surveys Eigenangaben der Befragten zugrunde.

Gutartige gynäkologische Erkrankungen führen zwar selten zum Tod, können aber trotz meist guter Heilungschancen Frauen körperlich, seelisch und sozial stark beeinträchtigen. Charakteristisch für diese Krankheitsgruppe ist der Einfluss auf die weibliche Intimsphäre bzw. der Zusammenhang mit Partnerschaft und Sexualität. Eine besondere, frauentypische Belastung ergibt sich dadurch, dass Frauen trotz Krankenschreibung oder Krankenhauseinweisung weiterhin familiäre Verpflichtungen haben.

Im Mikrozensus 1999 gaben 2,1 Prozent der in Privathaushalten lebenden Frauen in Wien (und 2,0 Prozent im gesamten Bundesgebiet) gynäkologische Erkrankungen im Jahr vor der Befragung an.

Grafik 4.23: Gynäkologische Erkrankungen in Wien 1999



Eigenangaben; in Privathaushalten lebende Bevölkerung.

Quelle: Mikrozensus 1999; zitiert nach STADT WIEN (2002), S. 104.

Krankenstände und stationäre Behandlung

Einen Einblick in die Bedeutung der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane geben Angaben zu den Krankenständen und den stationären Aufenthalten aufgrund gynäkologischer Diagnosen. Nach der ICD-10 sind gynäkologische Krankheiten und Krankheiten der Harnorgane gemeinsam in der Krankheitsklasse N „Krankheiten der Urogenitalsystems“ (ICD-10, N00-N99) erfasst. Zusätzlich berücksichtigt wird hier die

Krankheitsklasse O „Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und Wochenbett“, ohne Einbeziehung der normalen Entbindungen. Die genannten Krankheitsgruppen spielen im weiblichen Arbeitsunfähigkeitsgeschehen eine bemerkenswerte Rolle. Im Jahr 2004 waren 6,6 Prozent der bei der Wiener Gebietskrankenkasse gemeldeten Krankenstandsfälle und 6,2 Prozent der Krankenstandstage darauf zurückzuführen. 11.304 Krankenstandsfälle (2,6 Prozent aller Krankenstandsfälle) und 162.343 Krankenstandstage (3,1

Prozent aller Krankenstandstage) waren alleine durch Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane be-

dingt, die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Fall betrug 14,4 Tage.

Tabelle 4.14: Krankenstandsfälle und Krankenstandstage in Wien (WGKK) 2004 nach ausgewählten Krankheitsgruppen

Krankheitsgruppe	Krankenstandsfälle		Krankenstandstage		Tage pro Fall
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	
alle Diagnosen	427.585	100	5.294.513	100	13,7
Krankheiten der Harnorgane	7.989	1,9	73.674	1,4	9,2
Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	11.304	2,6	162.343	3,1	14,4
Fehlgeburt, Interruptio	1.916	0,5	20.217	0,4	10,6
Komplikationen der Gravidität, Entbindung, Wochenbett	7.195	1,7	70.036	1,3	9,7
gesamt	28.404	6,6	326.270	6,2	11,5

WGKK=Wiener Gebietskrankenkasse.

* Die Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtheit der Krankenstandsfälle bzw. -tage.

Quelle: WGKK (2005), S. XXXIV f.; eigene Berechnungen.

Im Jahr 2003 wurden in den Wiener Krankenanstalten 21.573 stationäre Aufenthalte von Frauen aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems verzeichnet, das sind 6,8 Prozent der stationären Aufenthalte von Frauen. Aufgrund der Spitalsentlassungsstatistik wird unter anderem deutlich, dass sich Bedeutung und Erscheinungsformen gynäkologischer Diagnosen im Lebenslauf verändern. So sind z. B. entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane in der Altersgruppe der

15- bis 44-Jährigen am häufigsten, dagegen gutartige Brusterkrankungen sowie Menstruations-, klimakterische und andere Störungen in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen, wobei letztere Diagnosegruppe auch in der Altersgruppe der 14- bis 44-Jährigen relativ häufig ist: Während bei den jüngeren Frauen Menstruationsbeschwerden im Vordergrund stehen, sind es bei den älteren Frauen die klimakterischen Störungen.

Tabelle 4.15: Stationäre Aufenthalte von Frauen aufgrund ausgewählter Erkrankungen in den Wiener Krankenanstalten 2003

ausgewählte Erkrankungen ICD-10	stationäre Patientinnen		Alter (Jahre)				durchschn. Aufenthaltsdauer (Tage)
			0-14	15-44	45-64	65+	
	absolut	je 100.000	je 100.000				
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	21.573	2.582,5	914,6	2.412,6	3.214,9	3.297,7	6,9
darunter:							
Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] (N60-N64)	1.115	133,5	3,5	156,8	212,3	66,6	3,8
Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (N70-N77)	1.382	165,4	19,3	302,4	119,0	32,0	5,1
Menstruations-, klimakterische und andere Störungen in diesem Zusammenhang (N91-N95)	4,0	82	8	482	932	234	3,3
			8	7	1	4	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 226; eigene Berechnungen.

Das spezifische Risiko junger Frauen (unter 25 Jahren) aufgrund entzündlicher und nicht entzündlicher Affektionen der Eierstöcke stationär behandelt zu werden, bestätigt sich auch aufgrund einer Untersuchung in Deutschland.²⁹⁸ Bei den 25- bis 34-Jährigen erweitert sich das Diagnosespektrum um Fruchtbarkeits- und Zyklusstörungen, für Frauen im mittleren Alter (mit Maximalwerten bei den 35- bis 54-Jährigen) stehen Menstruationsstörungen im Vordergrund, eine Lebensdekade weiter die klimakterischen und postklimakterischen Diagnosen. Für die 65- bis 74-jährigen Frauen dagegen stellt der Gebärmuttervorfall ein besonderes gesundheitliches Problem dar.

4.8.2 Gynäkologische Beschwerden

Gynäkologische Beschwerden spielen im Leben vieler Frauen eine bedeutende Rolle, wobei je nach Lebensphase unterschiedliche Beschwerden präsent sind. Nicht selten leiden Frauen über einen längeren Zeitraum an (mehreren) gynäkologischen Beschwerden. So gaben z. B. in einer deutschen Studie²⁹⁹ 90 Prozent der Frauen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren mindestens eine Beschwerde an, 73 Prozent zwei, 56 Prozent drei und 39 Prozent hatten Erfahrung mit vier und mehr Beschwerden, 3 Prozent verfügten über Erfahrungen mit allen acht vorgegebenen Beschwerdearten. Berücksichtigt wurden Entzündungen an den Eileitern und Eierstöcken, Scheidenentzündungen, Unterbauchschmerzen, Störungen in der Dauer, im Abstand und der Stärke der Regel, Zwischenblutungen und Brustschmerzen. Nur 10 Prozent der Frauen gaben an, noch nie unter einer der vorgegebenen Beschwerden gelitten zu haben. Selbst junge Frauen berichteten zum Teil von mehreren gynäkologischen Beschwerden, jedoch nimmt die Zahl der Beschwerden mit dem Alter zu.

Am häufigsten waren Zyklusstörungen, Entzündungen

und Unterbauchschmerzen. Mehr als die Hälfte (58 Prozent) der befragten Frauen gab zumindest eine Erfahrung mit Unterbauchschmerzen, 52 Prozent mit Zwischenblutungen und 42 Prozent mit einer Scheidenentzündung an. Bei etwa ebenso vielen Frauen trat mindestens einmal eine Störung im Abstand der Regelblutung auf und 35 Prozent hatten in ihrem bisherigen Leben mindestens eine Eileiterentzündung.

Die meisten Beschwerden manifestierten sich episodisch. Während Entzündungen der Eileiter und Eierstöcke und Scheidenentzündungen kaum mehr als ein bis zwei Mal auftreten, kommt es bei den Unterbauchschmerzen eher zu einem chronischen Verlauf. Insgesamt nimmt der Anteil an *chronischen Beschwerden* mit dem Alter zu, besonders gilt dies für Zwischenblutungen sowie Störungen in der Stärke und Dauer der Regelblutung. Unterbauchschmerzen und Störungen im Abstand der Regelblutung können bereits bei jungen Frauen chronisch verlaufen.

4.8.3 Menstruationsstörungen

Frauen erleben rund 400 Menstruationen (Regelblutungen, Monatsblutungen) zwischen Menarche (erster Regelblutung) und Menopause (letzter Regelblutung). Jeweils rund ein Drittel der Frauen berichtet über zu starke oder schmerzhafte Blutungen. Der Krankheitswert von Menstruationsstörungen hängt stark vom subjektiven Erleben der Frau, aber auch von der medizinischen Interpretation ab, welche zwischen den beiden Polen Banalisierung und Medikalisierung liegt, wobei es in weiterer Folge zu Unter- oder Übertherapie sowie zu einem verzögerten Behandlungsbeginn kommen kann. Menstruationsstörungen beeinträchtigen das Wohlbefinden und oft auch die Sexualität der betroffenen Frauen.³⁰⁰

²⁹⁸ BMFSFJ (2001), S. 139 ff.

²⁹⁹ BEGENAU, RAUCHFUß (1992); zitiert nach BMFSFJ (2001), S. 145 ff.

³⁰⁰ TSCHUDIN, BITZER (2005).

Tabelle 4.16: Zyklusstörungen (Störungen des Blutungsmusters bzw. der Blutungsrhythmik)

Bezeichnung	Charakteristik	Dauer (Tage)	Stärke (Binden/Tag)
Störungen des Blutungsmusters			
normale Menstruation	normal	3–5	2–5
Hypermenorrhö	zu stark	3–5	>5; Koagel
Hypomenorrhö	zu schwach	3–5	<2
Menorrhagie	zu stark und zu lang	>6	>5
Brachymenorrhö	zu kurz	<3	2–5
Metrorrhagie	Zwischenblutung	>6	2–5
Menometorrhagie	zu stark + Zwischenblutung	Je >6	>5; Koagel
Spotting (prä-, postmenstruell)	schwache Zwischenblutung	einige	<2
Mittelblutung	am Eisprung-Termin	1–2	<2
Störungen der Blutungsrhythmik			
Eumenorrhö	normal	Intervall (Tage) 25–31	–
Polymenorrhö	zu kurzes Intervall	<21	–
Oligomenorrhö	zu langes Intervall	>31	–
Amenorrhö	fallweises Ausbleiben der Regel	> 3 Monate	–
unregelmäßige Blutungen	wechselnd		–

Quelle: TSCHUDIN, BITZER (2005), S. 407.

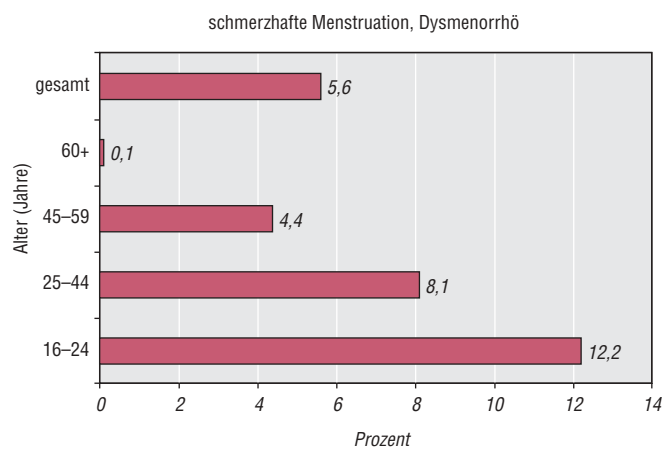
Als **Dysmenorrhö** bezeichnet man Menstruationsblutungen, deren Auftreten mit starken, krampfartigen Bauchschmerzen und teilweise mit Übelkeit und Kreislaufstörungen verbunden ist, wobei die Symptome am 1. und 2. Zyklustag am stärksten sind. Unter *primärer* Dysmenorrhö versteht man die seit der Menarche bestehende, die *sekundäre* bezeichnet eine später im Lebenslauf auftretende Dysmenorrhö. Die Ursachen der Schmerzentstehung stehen mit einer verstärkten Bildung des Hormons Prostaglandin in Zusammenhang, es werden jedoch auch psychische Faktoren in Betracht gezogen, wie z. B. Partnerschaftskonflikte, unerfüllter

Kinderwunsch oder Probleme mit dem Erwachsen- und Frauwerden.

Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 gaben in Wien von den in Privathaushalten lebenden Frauen ab 16 Jahren 5,6 Prozent an, gegenwärtig unter „schmerzhafter Menstruation, Dysmenorrhö“ zu leiden.³⁰¹

Am meisten betroffen sind junge Frauen. Von den 16- bis 24-jährigen Frauen gaben 12,2 Prozent „Schmerzhafte Menstruation, Dysmenorrhö“ an.

³⁰¹ STADT WIEN (2001), S. 207 f.

Grafik 4.24: Schmerzhaftes Menstruation, Dysmenorrhö in Wien 2001 nach Alter

Eigenangaben; in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 16 Jahren.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 207 f.

4.8.4 Endometriose

Eine besonders schmerzhaft und die Lebensqualität von Frauen beeinträchtigende Erkrankung ist die Endometriose. Darunter versteht man das überschießende Wachstum der Gebärmutter-schleimhaut (endometriales Drüsengewebe). Und zwar bilden sich kleine Nester oder Zysten an der Gebärmutterwand, an den Eierstöcken, im Eileiter, an der Harnblase, aber auch außerhalb des Genitalbereiches an Darm, Nabel und in seltenen Fällen sogar an Lunge, Leber und Haut. Dieses Gewebe, das der Schleimhaut (Endometrium) in der Gebärmutterhöhle funktionell und morphologisch ähnlich ist, ist ebenso den hormonell ausgelösten zyklischen Veränderungen unterworfen. Die Endometriose gehört, weil sie nicht selten mit chronischen Schmerzen verbunden ist, zum Formenkreis des so genannten Chronic-Pelvic-Pain-Syndroms (CPP).

Die Endometriose tritt nur im geschlechtsreifen Alter auf. Schätzungen zufolge sind rund 10 Prozent der Mädchen und Frauen zwischen dem 15. und 50. Lebensjahr davon betroffen. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. So zeigt z. B. eine Untersuchung in Deutschland,³⁰² dass das Risiko wegen einer Endometriose stationär behandelt zu werden, bei den 25- bis 35-jährigen Frauen am größten war. Die Krankheit findet sich gehäuft bei Frauen, bei denen die

Regelblutung bereits in jungen Jahren eingesetzt hat (frühe Menarche) und bei denen der Monatszyklus kurz ist (unter 28 Tage zwischen den Blutungen), die noch nie geboren haben (Nullipara) und die überge-wichtig sind. Die Symptome bestehen in extremen Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen der jeweiligen betroffenen Organe, Kreuz- und Becken-bodenschmerzen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und beim Urinieren. Endometriose ist in rund einem Drittel der Fälle Ursache ungewollter Kinderlosigkeit.

Eine definitive Diagnose der Endometriose ist nur durch einen operativen Eingriff (Bauchspiegelung, Laparoskopie), die Entfernung der Endometriose-Herde nur durch eine Bauchspiegelung möglich. Nicht selten dauert es vom Auftreten der ersten Endometriose-Symptome bis zur korrekten Diagnosestellung oft mehrere Jahre. Frauen mit Endometriose-Problemen gehen erst etwa drei Jahre nach Auftreten der Symptome deshalb erstmals zum Arzt. Etwa 60 Prozent der Frauen, bei denen Endometriose festgestellt worden ist, wurde zuvor mitgeteilt, sie hätten keine ernsthafte Erkrankung. Mehr als die Hälfte der betroffenen Frauen suchen ihren Arzt fünfmal oder häufiger auf, bevor sie bei einem Spezialisten landen.

Die Österreichische Endometriose-Vereinigung³⁰³ hat im Jahr 2006 den zweiten Endometriose-Tag in Wien

³⁰² BMFSFJ (2001), S. 139 ff.

³⁰³ <http://www.endometriose-wien.at/asp/default.asp>

durchgeführt, der eine Informationsplattform für (betroffene) Frauen ist.

4.8.5 Gynäkologische Operationen

Für Wien (und Österreich) fehlen umfassende Angaben zu den gynäkologischen Operationen. Für den stationären Bereich liegen zwar Angaben zu den medizinischen Leistungen vor, diese geben jedoch weder Auskunft über die zugrunde liegenden Indikationen (wie etwa den wichtigen Bereich des Operierens bei gynäkologischen Tumoren) oder über die für die Gynäkologie typischen Kombinationseingriffe. Zu beachten ist außerdem der Klassifizierungsspielraum innerhalb des medizinischen Leistungskatalogs. Über das Ausmaß ambulanten Operierens und die hier vorherrschenden Trends gibt es überhaupt keine Daten.

Insgesamt wurden in Österreichischen Krankenanstalten im Jahr 2003 203.577 stationäre Aufenthalte mit operativen Leistungen (aus diagnostischen und therapeutischen Gründen) im Bereich weiblicher Genitalorgane, Geburtshilfe (Kapitel IX des medizinischen Leistungskataloges) verzeichnet. Das ist ca. ein Drittel (31,2 Prozent) aller stationären Aufenthalte von Frauen mit operativen Leistungen.

Eine Qualitätssicherungsstudie³⁰⁴ in Deutschland, in die 44 Kliniken einbezogen waren, verweist selbst bei den gutartigen gynäkologischen Erkrankungen auf hohe Operationsraten. Mit Ausnahme der Brustoperationen war der Anteil der Krebsdiagnosen bei allen Eingriffen relativ gering. Mehr als 40 Prozent der operativen Eingriffe bei gutartigen und nicht gutartigen gynäkologischen Diagnosen waren Kombinationseingriffe. Vor allem bei den Operationen am Gebärmutterhals und -körper wurde meist mit unterschiedlichen Eingriffstechniken vorgegangen, dagegen dominierte bei den Brustoperationen der Einzeleingriff. Komplikationen traten in 8,0 Prozent aller Fälle auf. Besonders häufig waren mit 4,0 Prozent die Infektionen und mit 2,4 Prozent die Serome/Hämatome. Nahezu die Hälfte der Infektionen waren Harnwegsinfektionen. Am höchsten war die Rate der Komplikationen bei den Brustoperationen (13 Prozent), vor allem bedingt durch die Bildung von Hämatomen. Über Komplikationen nach Klinik-

aufenthalten liegen, ebenso wie zu den psychischen und sozialen Folgen gynäkologischer Operationen, keine systematischen Angaben vor.

Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)

Für viele betroffene Frauen stellt die Gebärmutterentfernung ein kritisches Lebensereignis dar. Die Frauengesundheitszentren und GynäkologInnen, die mit der Rehabilitation betroffener Frauen befasst sind und daher die Folgen der Gebärmutterentfernung kennen, kritisieren vor allem die unzureichende Aufklärung der Patientinnen und die Nichtbeachtung vorhandener Alternativen. Aus ähnlichen Gründen werden mittlerweile auch andere Operationen, wie etwa die Operationen am Gebärmutterhals (Konisation) oder die Entfernung der Eierstöcke im Zusammenhang mit einer Zyste kritisch gesehen.³⁰⁵

Der Uterus ist als zentrales, rein weibliches Fortpflanzungsorgan Symbol für Fruchtbarkeit und Weiblichkeit, dessen operative Entfernung für viele Frauen ein starkes Verlusterlebnis bedeutet. Aus rein medizinischer Sicht (die wissenschaftlichen Befunde dazu sind jedoch nicht eindeutig) hat die Hysterektomie auf körperliche und psychische Symptome und die Sexualität positive Auswirkungen. Die psychische Verarbeitung einer Hysterektomie hängt stark von der jeweiligen Indikation ab, z. B. ist bei der Diagnose Krebs doppelte Bewältigungs- und Trauerarbeit zu leisten. Besonders wichtig ist der Entscheidungsfindungsprozess, der im Idealfall im Sinne eines „shared decision making“ in gemeinsamer Beratung zwischen ÄrztIn und PatientIn verlaufen sollte. In einer umfassenden präoperativen Beratung muss vor allem auch auf die Alternativen zur Hysterektomie hingewiesen werden. So kann z. B. bei Myomen eine uteruserhaltende Myomentfernung oder eine Embolisation (Verschluss der versorgenden Arterien) der uterinen Gefäße durchgeführt werden. Bei Menorrhagien (zu starken und zu langen Blutungen) sind konservative hormonelle Verfahren, die Einlage einer Hormon-Spirale (Levonorgestrel) oder ablativ Verfahren (hysteroskopische Endometriumsresektion, Thermokoagulation [Hitzesondenbehandlung], etc.) mögliche Alternativen.³⁰⁶

³⁰⁴ GERAEDTS et al. (1998).

³⁰⁵ GERAEDTS et al. (1998).

³⁰⁶ ADLER, BITZER (2005).

Für Österreich gibt es keine speziellen Richtlinien für Gebärmutterentfernungen. Absolute Indikatoren sind das Vorliegen eines bösartigen Tumors, relative Indikatoren verschiedene klinische Befunde und Beschwerden. Es obliegt dem Arzt bzw. der Ärztin gemeinsam mit der Patientin je nach Art der Befunde und dem

Ausmaß der Beschwerden die nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen am besten geeignete Methode (einschließlich Gebärmutterentfernung) festzulegen.³⁰⁷ Anwendung findet die Hysterektomie bei folgenden Indikationen:³⁰⁸

Tabelle 4.17: Indikationen zur Hysterektomie

Gutartige Erkrankungen des Uterus	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieresistente, dysfunktionelle Blutungen mit und ohne Myome nach erfolgloser konservativer Therapie • Symptomatische, uterine Myome (evtl. nach erfolgloser konservativer Therapie), vor allem bei schnellem Wachstum • Adenomyosis uteri im Zusammenhang mit einer therapieresistenten Endometriose • Chronische Unterbauchschmerzen im Kontext einer multidisziplinären Abklärung vor allem bei therapieresistenter Dysmenorrhö • Schwere entzündlich-infektiöse Erkrankungen des inneren Genitale mit Tuboovarialabszess und Peritonitis • Symptomatischer Descensus uteri • Therapieresistente postpartale oder postoperative Blutungen: Notfallhysterektomie, z. B. bei Geburtskomplikationen
Präinvasive Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Zervikal intraepitheliale Neoplasien (CIN) • Carcinoma in situ und abgeschlossene Familienplanung • Adenocarcinoma in situ der Zervix • Endometriumshyperplasie und -atypie
Invasive Erkrankungen	Die Hysterektomie ist Teil der chirurgischen Behandlung bzw. des Staging bei Zervixkarzinom, Korpuskarzinom, Tubenkarzinom und Ovarialkarzinom.

Quelle: ADLER, BITZER (2005), S. 430.

Neben der rein medizinischen Indikation der Hysterektomie gibt es weitere Faktoren: Ergebnisse einer amerikanischen Studie zeigen, dass die Hysterektomierate vom Alter abhängig ist und für die 45- bis 49-Jährigen bei 15 Fälle pro 100.000 liegt. Für 35-jährige Frauen beträgt die Wahrscheinlichkeit einer Hysterektomie in den nächsten zehn Jahren 12,9 Prozent, für 45-jährige Frauen 11,7 Prozent.³⁰⁹

In Wien wurden die Hysterektomien in letzter Zeit erheblich verringert. Allein zwischen 1997 und 2000 ging hier die Zahl der Gebärmutterentfernungen (mit/ohne Adnexentfernung) um mehr als ein Viertel (27,4 Prozent) zurück. Allerdings gibt es hier große Unterschiede zwischen den Bundesländern.

³⁰⁷ Parlamentarische Anfrage 2002; 3704/J XXI.GP, eingelangt am: 27.03.2002.

³⁰⁸ ADLER, BITZER (2005), S. 430.

³⁰⁹ MERILL (2001); zitiert nach ADLER, BITZER (2005).

Tabelle 4.18: Gebärmutterentfernungen bei stationär behandelten Patientinnen 1997 bis 2000 nach Bundesland

Bundesland	Gebärmutterentfernungen gesamt (mit/ohne Adnexentfernung)					Gebärmutterentfernungen mit Adnexentfernung				
	1997	1998	1999	2000	Diff. * %	1997	1998	1999	2000	Diff. * %
Burgenland	432	444	400	444	2,8	168	195	187	176	4,8
Kärnten	1.073	1.137	940	824	-23,2	373	358	339	283	-24,1
Niederösterreich	2.627	2.586	2.230	2.377	-9,5	1.236	1.327	1.291	1.333	7,8
Oberösterreich	2.356	2.428	2.361	2.213	-6,1	1.084	1.083	1.090	993	-8,4
Salzburg	1.039	1.106	974	840	-19,2	315	335	374	271	-14,0
Steiermark	1.893	2.027	1.801	1.726	-8,8	789	938	835	899	13,9
Tirol	1.251	1.183	1.059	1.061	-15,2	484	478	475	487	0,6
Vorarlberg	533	430	429	308	-42,2	197	141	134	94	-52,3
Wien	3.421	3.196	2.954	2.483	-27,4	1.926	1.883	1.833	1.538	-20,1
Österreich	14.625	14.537	13.148	12.276	-16,1	6.572	6.738	6.558	6.074	-7,6

* Rückgang der Zahl der Hysterektomien seit 1997 in Prozent.

Quelle: Parlamentarische Anfrage 2002; 3704/J XXI.GP, eingelangt am: 27.03.2002.

Bei anstehenden gynäkologischen Operationen ist die umfassende Information der Frauen über operative Eingriffe, ihre Folgen und gegebenenfalls über alternative Behandlungsmethoden vorrangig. Ebenso wichtig ist die psychosoziale Unterstützung vor und nach einem operativen Eingriff, bei Organverlust oder auch bei chronischen Verläufen gynäkologischer Erkrankungen. Auf welche Betreuungsangebote Frauen positiv reagieren, ist sehr verschieden. Ebenfalls wichtige Anliegen bei gynäkologischen Operationen sind Nachbetreuung und Rehabilitation, auch hier ist individuell vorzugehen. Bei einer Gebärmutterentfernung brauchen manche Frauen eine Kur, andere eine Paar- und Sexualberatung, während andere wiederum ganz ohne Hilfe auskommen.

Angesichts der Bedeutung der gynäkologischen Krankheiten für die Gesundheit von Frauen ergibt sich hier erheblicher Forschungsbedarf. Bisher fehlen Angaben zur gynäkologischen Vulnerabilität und deren Ursachen, zur Frage, wie viele Frauen unbehandelt bleiben und welche Störungen Frauen veranlassen, den/die GynäkologIn aufzusuchen bzw. welche sozialen Konstellationen dieses Verhalten beeinflussen. Wichtig wäre es, Risikogruppen sowie lebensphasenspezifische Auswirkungen ausfindig zu machen und festzustellen, welche

psychosozialen Faktoren in den verschiedenen Lebensphasen für das Entstehen gynäkologischer Probleme bedeutsam sind.

Auch ist bisher weder bekannt, aufgrund welcher Indikationen wie vielen Frauen jährlich die Gebärmutter entfernt wird und mit welcher Radikalität. Zudem fehlt systematisches Wissen über die körperlichen, seelischen und sozialen Folgen von Operationen sowie über die Ressourcen, die Frauen helfen, Organverluste zu verarbeiten. Forschungsbedarf besteht auch bezüglich der Therapiestandards und der Qualität von Therapien. Bisher gibt es kaum gesicherte Ergebnisse über Komplikationen bei den Operationen (während und nach dem Krankenhausaufenthalt) und darüber, welche weiterführenden Behandlungen erforderlich sind und welche Einschränkungen für Frauen damit verbunden sind. Basiswissen über gynäkologische Erkrankungen, die damit verbundenen Entwicklungen im Bereich der gynäkologischen Operationen (einschließlich der Entfernung von Organen) sowie die Indikationen und altersspezifischen Risiken für Operationen stellt eine wichtige Voraussetzung für eine adäquate medizinische und psychosoziale Betreuung von Frauen dar und sollte integraler Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung sein.³¹⁰

³¹⁰ Vgl. dazu auch BMFSFJ (2001), S. 149 ff.

4.9 Krankheiten des Bewegungsapparates

Siehe auch: Osteoporose (Kapitel 5.8.8).

Zusammenfassung

Frauen haben häufiger als Männer Krankheiten des Bewegungsapparats, vor allem ältere Frauen sind in hohem Maße betroffen: Von den 60-Jährigen und Älteren leiden in Wien laut Eigenangaben 27 Prozent der Frauen und 17 Prozent der Männer an Krankheiten des Bewegungsapparats. Vor allem **Osteoporose, Arthritis und Arthrose** sind bei Frauen häufig. Besonders weit verbreitet bei Frauen sind **Rückenschmerzen**: Während Rückenprobleme bei Frauen eher eine Folge der alltäglichen Belastungen sind, spielen bei Männern Verletzungen eine größere Rolle. Frauen arbeiten häufiger in Berufen, die den Rücken belasten (Krankenschwestern, Altenpflegerinnen, Verkäuferinnen, Computerarbeitsplätze). Auch die Menstruation ist nicht selten mit Rückenschmerzen verbunden. Eine starke Belastung für die Wirbelsäule sind Schwangerschaften und Kinder. Ebenso können Probleme im psychosozialen Bereich zu Verspannungen führen und Rückenschmerzen verursachen. Häufige oder dauerhafte Schmerzen drücken die Stimmung und wirken sich negativ auf das psychische Befinden aus.

Summary: Disorders of the locomotive system

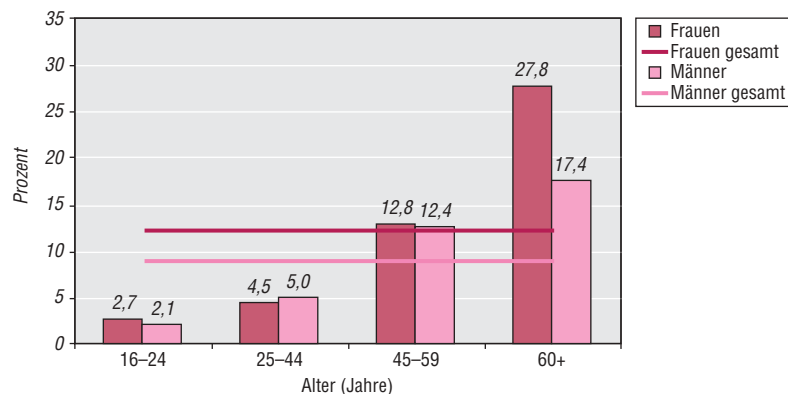
*Locomotive system disorders are more frequent in women than in men, and they are particularly common in elderly women: Of all people in Vienna aged 60 or above, 27 percent of women and 17 percent of men report locomotive system disorders. In particular **osteoporosis, arthritis and arthrosis** are frequent in women. **Backaches** are also very widespread among women. While back problems in women are mainly due to daily work, in men they are more frequently due to accidents. Women more frequently have occupations that place a strain on the back (nurses, elderly care nurses, shop assistants, computer workplaces). Menstruation often also leads to backaches. Pregnancy and children place a strong strain on the spine. Psychosocial problems can also lead to muscle tension and thus to back pains. Frequent or permanent pain has a negative impact on the overall mood and mental well-being.*

4.9.1 Epidemiologie

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes haben zwar selten tödliche Folgen, sind aber häufig mit chronischen Schmerzen und Behinderungen verbunden. Die geringe Mortalität ist möglicherweise mit ein Grund, warum Erkrankungen des Bewegungsapparats bisher nur wenig untersucht sind. So fehlt z. B. bisher ein Verständnis für die Risikofaktoren muskuloskeletaler Erkrankungen, was eine wichtige Voraussetzung für die Förderung der muskuloskeletalen Gesundheit wäre.

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 stehen Krankheiten des Bewegungsapparats bei Frauen und Männern an erster Stelle und sind sogar häufiger als Krankheiten des Kreislaufsystems und der Atmungsorgane.³¹¹ Und zwar gaben in Wien 12,3 Prozent der Frauen und 9,1 Prozent der Männer Krankheiten des Bewegungsapparats an. Diese Krankheiten nehmen, insbesondere bei Frauen, mit zunehmendem Alter stark zu. 27,8 Prozent der 60-jährigen und älteren Frauen, aber nur 17,4 Prozent der Männer leiden an Krankheiten des Bewegungsapparats.

³¹¹ STADT WIEN (2001), S. 197 f.

Grafik 4.25: Krankheiten des Bewegungsapparates in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

Eigenangaben; Bevölkerung in Privathaushalten ab 16 Jahren.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 197 f.

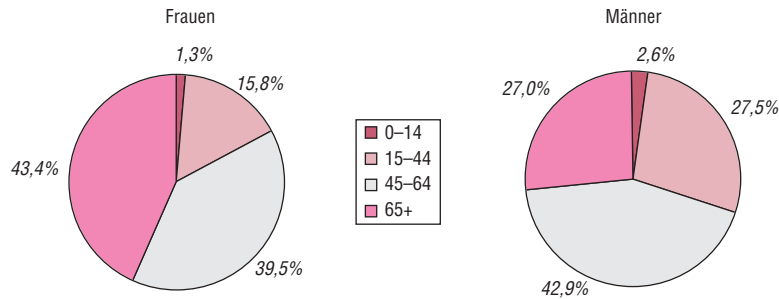
Erkrankungen wie Osteoporose, Arthritis, Arthrose, aber auch Knochenbrüche, chronische Muskel- und Rückenschmerzen sind weit verbreitet. Abgesehen von den Schmerzen, welche die Krankheiten des Bewegungsapparats verursachen, sind sie in hohem Maße für Arztkonsultationen, Krankenstände, Invalidität und stationäre Aufenthalte verantwortlich und ziehen erheblichen Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf nach sich.

Krankheiten des Bewegungsapparats nehmen nach den Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane hinsichtlich der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit die zweite Stelle ein. Die Wiener Gebietskrankenkasse, bei welcher der überwiegende Teil der WienerInnen versichert ist, verzeichnete im Jahr 2004 58.337 **Krankenstandsfälle** von Frauen und 60.618 von Männern aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, das sind 13,6 Prozent der Krankenstandsfälle von Frauen und 15,8 Prozent jener von Männern. Die Krankheitslast aufgrund dieser Krankheitsgruppe wird noch deutlicher, wenn man die dadurch bedingten **Krankenstandstage** ins Kalkül zieht.

Nahezu jeder vierte Krankenstandstag (23,6 Prozent der Krankenstandstage der Frauen und 22,9 Prozent jener der Männer) entfiel im Jahr 2004 auf Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Insgesamt waren 1,250.568 Krankenstandstage bei den Frauen und 1,198.218 bei den Männern darauf zurückzuführen. Die hohe Zahl an Krankenstandstagen ist vor allem in Zusammenhang mit der überdurchschnittlich langen Dauer dieser Krankenstände (nämlich 21,4 Tage bei den Frauen und 19,8 bei den Männern) zu sehen.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes verursachten in den Wiener Krankenanstalten im Jahr 2003 37.171 Spitalsbehandlungsfälle von Frauen und 20.048 von Männern. Zwei Drittel (65,0 Prozent) dieser Spitalsbehandlungsfälle betrafen Frauen. Auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war bei den Frauen mit 8,5 Tagen höher als bei den Männern (7,4 Tage). 43,4 Prozent der aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes stationär behandelten Frauen waren 65 Jahre oder älter, im Vergleich zu nur 27,0 Prozent der Männer.

Grafik 4.26: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10 <M00-M99>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 227.

Auch bei den stationären Aufenthalten zugrunde liegenden Diagnosen bestehen innerhalb dieser Krankheitsgruppe erhebliche Geschlechtsunterschiede. So waren z. B. bei 30,6 Prozent der stationären Aufenthalte von Frauen, aber lediglich bei 23,0 Prozent jener der Männer Arthropathien, Arthrosen und sonstige Gelenkschädigungen (ICD-10 <M00-M22, M24-M25) Hauptdiagnose.

Mit Ausnahme der Binnenschädigung des Kniegelenks sind bei Frauen stationäre Behandlungsfälle aufgrund aller der hier angegebenen Diagnosen häufiger als bei Männern. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Arthropathien, Arthrosen und sonstigen Gelenkschädigungen sind bei Frauen mehr als doppelt so häufig als bei Männern.

Tabelle 4.19: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (ICD-10 <M00-M99>) in Wiener Krankenanstalten 2003 nach Alter und Geschlecht

Hauptdiagnose ICD-10	Frauen						Männer					
	gesamt		Alter (Jahre)				gesamt		Alter (Jahre)			
			0-14	15-44	45-64	65+			0-14	15-44	45-64	65+
	absolut	je 100.000					absolut	je 100.000				
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	37.171	4.449,8	427,9	1.692,5	6.748,8	10.321,6	20.048	2.655,7	436,3	1.588,8	4.297,7	6.177,0
Binnenschädigung des Kniegelenkes (M23)	3.043	364,3	13,2	199,1	752,8	447,0	3.184	421,8	8,3	377,0	723,9	475,9
Arthropathien, Arthrosen u. sonstige Gelenkschädigungen (M00-M22, M24-M25)	11.382	1.362,5	157,0	361,6	2.050,7	3.512,3	4.614	611,2	160,2	240,0	936,5	1.958,2
Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30-M36)	1.335	159,8	42,1	114,5	233,9	243,4	324	42,9	16,7	25,0	69,5	89,0
Deformitäten der Wirbelsäule u. des Rückens, Spondylopathien (M40-M49)	2.119	253,7	31,6	68,2	283,1	787,8	1.251	165,7	16,7	89,5	208,1	575,1
Intervertebrale Diskopathien (M50-M51)	3.127	374,3	0,0	229,9	632,9	609,1	2.595	343,8	1,7	240,0	579,8	684,7
Rückenschmerzen (M54)	4.823	577,4	8,8	221,2	724,8	1.580,0	2.178	288,5	6,7	166,3	441,7	809,1
Krankheiten der Weichteilgewebe (M60-M79)	3.786	453,2	87,7	256,9	898,1	537,3	3.361	445,2	106,8	257,0	849,4	732,6
andere KH des Muskel-Skelett-Systems u. des Bindegewebes (M53, M80-M99)	7.556	904,5	87,7	241,1	1.172,4	2.604,7	2.541	336,6	119,3	194,0	488,8	852,4

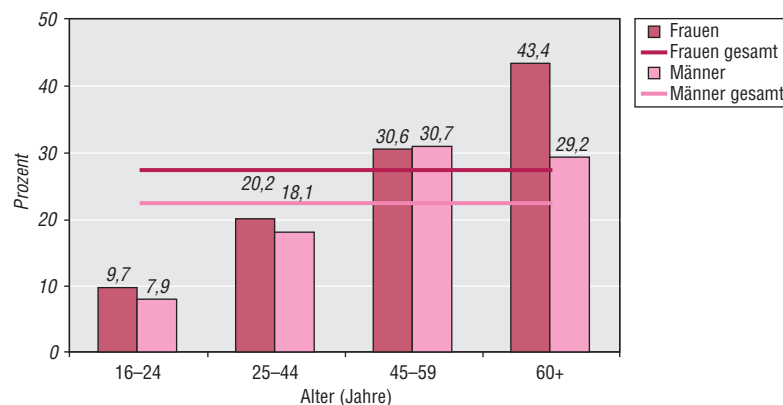
Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 227; eigene Berechnungen.

4.9.2 Schmerzen am Bewegungsapparat

Über **Rückenschmerzen** klagen zwar beide Geschlechter sehr häufig, Frauen sind jedoch stärker betroffen: Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey berichteten 27,6 Prozent der Frauen und 22,3 Prozent der Männer über Rückenschmerzen zum Zeitpunkt der Befragung.

Während sich im jüngeren Alter nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden, sind im höheren Alter Frauen deutlich häufiger betroffen. Von den 60-Jährigen und Älteren gab(en) nahezu jede zweite Frau (43,4 Prozent), aber lediglich jeder dritte Mann (29,2 Prozent) Rückenschmerzen an.

Grafik 4.27: Rückenschmerzen in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Eigenangaben; Bevölkerung in Privathaushalten ab 16 Jahren (gefragt wurde nach den derzeitigen Krankheiten).

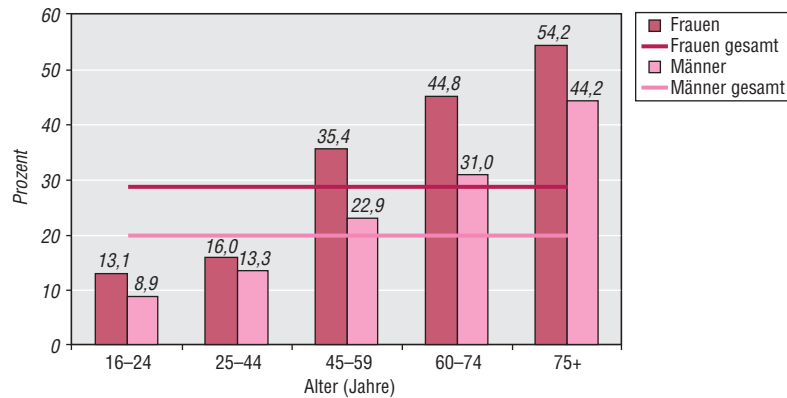
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 209 f.

Während bei Männern Rückenprobleme öfter auf Verletzungen zurückzuführen sind, stellen sie bei Frauen häufig Folgen der alltäglichen Belastung dar: Einkaufstaschen schleppen, Gartenarbeit und Staubsaugen sind häufigste Auslöser für weibliche Rückenschmerzen. Frauen arbeiten außerdem oft in Berufen, die besonders den Rücken belasten (Krankenschwestern, Altenpflegerinnen, Verkäuferinnen, Computerarbeit). Auch die Menstruation ist nicht selten mit Rückenschmerzen verbunden. Eine starke Belastung für die Wirbelsäule sind auch Schwangerschaften und Kinder. Schuhe mit hohen Absätzen belasten die Lendenwirbelsäule ebenfalls und verstärken das Hohlkreuz. Probleme im psychosozialen Bereich können Verspannungen und da-

mit auch Rückenschmerzen verursachen. Andererseits drücken häufige oder dauerhafte Schmerzen die Stimmung und wirken sich negativ auf das psychische Befinden aus.

Nicht nur Rückenschmerzen, auch Schmerzen an Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften oder Gelenken sind insbesondere bei Frauen häufig. 28,9 Prozent der Frauen und 19,8 Prozent der Männer berichteten im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 über diesbezügliche Schmerzen in den letzten zwei Wochen vor der Befragung. Auch hier zeigt sich, insbesondere bei Frauen, ein deutliches Ansteigen der Prävalenz mit zunehmendem Alter.

Grafik 4.28: Schmerzen an Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften oder Gelenken in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Eigenangaben; Bevölkerung in Privathaushalten ab 16 Jahren (gefragt wurde nach den Beschwerden in den letzten zwei Wochen vor der Befragung).

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 209 f.

4.10 HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Infektionen (STIs)

Zusammenfassung

Seit den ersten Fällen von **HIV/AIDS** Anfang der 1980er Jahre hat der Frauenanteil bei den Betroffenen zugenommen und liegt derzeit bei rund 30 Prozent. HIV/AIDS ist somit zunehmend von den Randgruppen in die allgemeine Bevölkerung übergegangen. Die aktuelle Herausforderung liegt darin, das Bewusstsein zu fördern, dass trotz der relativ geringen Betroffenheit Wiens und Österreichs AIDS eine Pandemie ist. Vor allem sollte berücksichtigt werden, dass in den östlichen Nachbarländern hohe Infektionsraten anzutreffen sind. Im Vergleich zu HIV/AIDS sind alle anderen **sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs)** als eine „stille Epidemie“ zu bezeichnen, d. h. es ist wenig öffentliches Bewusstsein dafür vorhanden. Vor allem **Chlamydien** sind weit verbreitet und können z. B. zu Unfruchtbarkeit führen. Ein weiteres Beispiel ist das **Humane Papilloma-Virus (HPV)**, mit dem rund 70 Prozent der sexuell aktiven Frauen und Männer infiziert sind und das mit der Entstehung von Zervixkrebs in Zusammenhang steht.

Summary: HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases (STDs)

Since the first cases of **HIV/AIDS** in the early 1980s the share of affected women has grown and is now around 30 percent. HIV/AIDS is no longer limited to minorities but affects the general population. The current challenge is to build awareness for the fact that despite the relatively low prevalence in Vienna and Austria, AIDS is a pandemic. It should particularly be taken into account that in the neighbouring countries to the East the infection rates are high. Compared to HIV/AIDS, all other **sexually transmitted diseases (STDs)** can be considered a “silent epidemic” in that there is very little public awareness for them. **Chlamydia** in particular is fairly widespread and can e.g. lead to infertility. Another example is the **human papilloma virus (HPV)**, with which around 70 percent of all sexually active women and men are infected and which is connected to the emergence of cervical cancer.

Nicht nur HIV/AIDS,³¹² sondern auch andere Geschlechtskrankheiten (sexuell übertragbare Infektionen, STIs/Sexually Transmitted Infections, STDs/Sexually Transmitted Diseases) stellen aufgrund ihrer weiten Verbreitung und der chronischen Gesundheitsschäden, die sie verursachen können, ernst zu nehmende Gesundheitsprobleme dar. Sehr häufig sind z. B. Infertilität als Folge von Chlamydien oder neurologische Schäden im Zusammenhang mit Syphilis. Aus vielen europäischen Ländern, z. B. Großbritannien, Frankreich und Schweden, wurde seit Mitte der 1990er Jahre eine Zunahme an sexuell übertragbaren Erkrankungen berichtet,³¹³ auch in Österreich ist ein Anstieg der Neuerkrankungen an Syphilis und Gonorrhö zu verzeichnen.

Meldepflichtig³¹⁴ sind in Österreich die AIDS-Neuerkrankungen und die Sterbefälle aufgrund von AIDS (AIDS-Gesetz 1993, BGBl. Nr. 726/1993), weiters die Neuerkrankungen an Tripper (Gonorrhö), Syphilis (Lues), Weichem Schanker (Ulcus molle) und Chlamydien (Lymphogranuloma inguinale) laut Geschlechtskrankheitengesetz 1945 (StGBL. Nr. 152/1945) sowie die infektiöse Hepatitis (A, B, C, D, F) entsprechend dem Epidemiegesetz 1950 (BGBl. Nr. 186/1950) und der Verordnung betreffend anzeigepflichtige Krankheiten (BGBl. II Nr. 456/2001).

4.10.1 HIV/AIDS

Siehe auch: *HIV/AIDS-Prävention der Aids Hilfe Wien* (Kapitel 9.3.2).

Seit dem Beginn der HIV/AIDS-Epidemie in den 1980er Jahren ist der Anteil der Frauen an allen von HIV/AIDS Betroffenen in Österreich und in anderen westlichen Ländern kontinuierlich von 10 bis 15 Prozent auf rund 30 Prozent gestiegen, hat sich also verdoppelt. Nachdem anfangs fast ausschließlich als Hochrisikogruppen homosexuelle Männer und intravenös Drogenabhängige im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit

standen, wurde zunehmend die Betroffenheit der allgemeinen Bevölkerung deutlich. Weltweit lebten Ende 2005 rund **40,3 Millionen Menschen mit einer HIV-Infektion**³¹⁵ (38,0 Millionen Erwachsene und 2,3 Millionen Kinder unter 15 Jahren), davon waren 17,5 Millionen Frauen. Allein im Jahr 2004 wurden international 4,9 Millionen Menschen neu mit dem HI-Virus infiziert. Die WHO hat im Weltgesundheitsbericht des Jahres 2004³¹⁶ „Changing History“ den dringenden Handlungsbedarf zur Bekämpfung der internationalen HIV/AIDS-Pandemie unterstrichen. Die Welt-AIDS-Kampagne 2005, die jährlich vom Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) lanciert wird und ihren Höhepunkt am Welt-AIDS-Tag hat (alljährlich am 1. Dezember), stand unter dem Motto „Stop AIDS. Keep the Promise“. Ziel der Kampagne 2005 war, die internationale Öffentlichkeit an ihre Verantwortung für die Bekämpfung der AIDS-Pandemie zu erinnern, wie sie u. a. in der „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“³¹⁷ aus dem Jahr 2001, einer Vereinbarung internationaler Staatsoberhäupter und RegierungsvertreterInnen, zugesichert wurde. Das Motto „Stop AIDS. Make the Promise“ hat aber als zweite Botschaft und Zielsetzung einen Appell an das Engagement und die persönliche Verantwortung jedes/jeder Einzelnen im Umgang mit HIV/AIDS.

Die Hauptübertragungswege des HI-Virus sind in Österreich derzeit die heterosexuelle Übertragung (rund 40 Prozent aller Betroffenen), die homosexuelle Übertragung (rund 30 Prozent) und intravenöser Drogenkonsum (rund 20 Prozent); HIV-Übertragung durch Blutkonserven kommt seit längerem nicht mehr vor, Übertragungen von Mutter zu Kind sind selten. In Österreich haben sich im Jahr 2005 **453 Menschen mit dem HI-Virus neu infiziert**, die Zahl der Neuinfektionen ist seit 1998 kontinuierlich leicht gestiegen (1997 wurden lediglich 297 Neuinfektionen diagnostiziert). Kumulativ wurden zwischen 1985 und 2004 9.855 durch HIV-Tests gesicherte Infektionen erfasst,³¹⁸ diese Zahl enthält auch die inzwischen Verstorbenen. Un-

³¹² HIV = Human Immunodeficiency Virus (dt. Virus der Immunschwäche-Krankheit); AIDS = Acquired Immunodeficiency Syndrome (dt. erworbenes Immunschwäche-Syndrom).

³¹³ NICOLL, HAMERS (2002).

³¹⁴ http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/0/4/4/CH0019/CMS1038915287272/meldepflichtige_krankheiten.pdf

³¹⁵ UNAIDS (2005).

³¹⁶ WHO (2004).

³¹⁷ <http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>

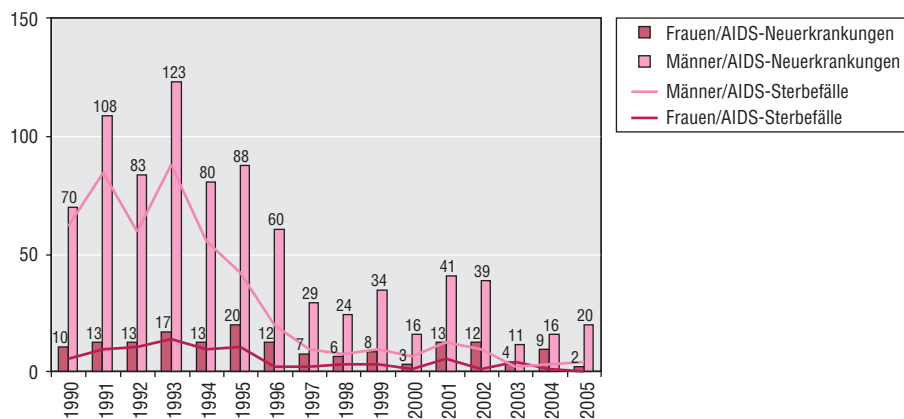
³¹⁸ <http://www.univie.ac.at/virologie/seiten/index.htm> Virus-Epidemiologische Informationen 2005–04

ter Berücksichtigung der Sterbefälle derzeit in Österreich voraussichtlich 5.000 bis 7.000 mit dem HI-Virus Infizierte; 3.000 dieser Personen sind in ständiger Betreuung, wobei freier Zugang zu medizinischen Therapien besteht.³¹⁹ Weiters wird angenommen, dass rund die Hälfte der Betroffenen in Wien lebt.

Die **AIDS-Statistik** des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) erfasst seit 1983 die gemeldeten AIDS-Erkrankungen und -Sterbefälle. Ende 2005 lagen 2.470 AIDS-Meldungen vor, darunter 520 Frauen (davon sind 265 verstorben) und 1.950 Männer betreffende Meldungen (davon sind 1.158 verstorben). 21,1 Prozent der Meldungen von AIDS-Erkrankungen und 18,6 Prozent der gemeldeten AIDS-Sterbefälle betreffen demnach Frauen. In Wien stellt sich das Geschlechtsverhältnis etwas anders dar. Von den 1.192 in

Wien gemeldeten AIDS-Fällen sind 185 Frauen und 1.007 Männer (davon wurden 99 Frauen und 614 Männer als verstorben gemeldet), das heißt 15,5 Prozent der Meldungen über Erkrankungen und 13,9 Prozent der Meldungen über AIDS-Sterbefälle sind Frauen. Die Zahl der AIDS-Erkrankungen und -Sterbefälle ist in den industrialisierten Ländern mit dem Einsatz der antiretroviralen Therapien deutlich gesunken. In Österreich wurden im Jahr 2005 52 Erkrankungen gemeldet (7 Frauen, 45 Männer); die Zahlen des Jahres 1993 waren ein Vielfaches davon (236 Personen: 38 Frauen, 198 Männer). Zwischen 1992 und 1995, dem Höhepunkt der AIDS-Epidemie in Österreich, sind jährlich rund 160 Menschen an AIDS gestorben, im Jahr 2004 hat sich diese Zahl auf 13 Personen reduziert (eine Frau, 12 Männer). In Wien sind im Jahr 2005 2 Frauen und 20 Männer neu erkrankt, davon sind 4 Männer verstorben.

Grafik 4.29: AIDS-Erkrankungen und AIDS-Sterbefälle in Wien 1990 bis 2004 nach Geschlecht



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik des BMGF, Abteilung III/A/1 (01.02.2006; Tabelle 8); <http://www.bgmf.gv.at> (>Gesundheitswesen >Statistiken).

³¹⁹ Persönliche Mitteilung von Dr. Jean-Paul KLEIN, BMGF III/A/1 (14.4.2005).

Tabelle 4.20: Gemeldete HIV-Neuinfektionen, AIDS-Erkrankungen und AIDS-Sterbefälle in Wien und Österreich 1983 bis 2004

Jahr	AIDS-Fälle*								HIV-Neuinfektionen**
	Wien				Österreich				
	Frauen		Männer		Frauen		Männer		
	E	T	E	T	E	T	E	T	
1983	0	0	6	6	1	1	10	9	–
1984	0	0	3	3	1	1	8	7	–
1985	0	0	5	5	3	2	25	24	820
1986	2	2	11	10	4	4	24	21	753
1987	3	2	29	25	18	16	69	61	693
1988	5	4	51	43	15	13	94	81	441
1989	13	12	60	52	25	20	120	103	431
1990	10	5	70	61	30	23	134	106	432
1991	13	9	108	84	32	23	169	133	426
1992	13	10	83	59	39	31	154	113	515
1993	17	14	123	88	38	30	198	145	561
1994	13	9	80	55	35	23	135	90	437
1995	20	10	88	42	54	22	155	72	407
1996	12	2	60	20	24	5	116	36	377
1997	7	2	29	9	29	10	73	28	297
1998	6	3	24	7	20	4	79	26	313
1999	8	3	34	9	28	7	73	21	339
2000	3	1	16	6	30	14	54	18	428
2001	13	5	41	12	19	7	72	23	398
2002	12	1	39	9	25	2	68	14	442
2003	4	4	11	2	18	5	32	9	422
2004	9	1	16	3	24	2	43	6	470
2005	2	0	20	4	7	1	45	12	453
gesamt	185	99	1.007	614	520	265	1.950	1.158	9.855***

Legende: E = Erkrankungsfälle; T = Todesfälle;

Quellen: * Österreichische AIDS-Statistik des BMGF, Abteilung III/A/1 (01.02.2006; Tabelle 8); <http://www.bgmf.gv.at> (>Gesundheitswesen >Statistiken);

** Institut für Virologie der Universität Wien, Virus-Epidemiologische Informationen 2005-04; Online-Version: <http://www.univie.ac.at/virologie/seiten/index.htm>; *** davon 6.132 in Wien.

Tabelle 4.21: Kumulative Fälle gemeldeter AIDS-Erkrankungen und -Sterbefälle in Wien und Österreich 2005 nach Geschlecht

AIDS-Fälle	Wien						Österreich					
	Frauen	Prozent	Männer	Prozent	gesamt	Prozent	Frauen	Prozent	Männer	Prozent	gesamt	Prozent
Erkrankungen	185	65,1	1.007	62,1	1.192	62,6	520	66,2	1.950	62,7	2.470	63,4
Prozent	15,5		84,5				21,1		78,9			
Sterbefälle	99	34,9	614	37,9	713	37,4	265	33,8	1158	37,3	1.423	34,6
Prozent	13,9		86,1				18,6		81,4			
gesamt	284	100,0	1.621	100,0	1.905	100,0	785	100,0	3.108	100,0	3.893	100,0
Prozent	14,9		85,1				20,2		79,8			

Quelle: Österreichische AIDS-Statistik des BMGF, Abteilung III/A/1 (01.02.2006); <http://www.bgmf.gv.at> (>Gesundheitswesen >Statistiken).

Dokumentation der Behandlung von HIV/AIDS-PatientInnen

Epidemiologische Daten von HIV-Infizierten und AIDS-PatientInnen, die sich an den Wiener und österreichischen AIDS-Zentren in Behandlung befinden, werden in Zukunft aufgrund der sinkenden AIDS-Morbidität und -Mortalität und damit der amtlich gemeldeten AIDS-Fälle eine wichtige Datenquelle für das Monitoring der HIV-Infektion sein. RepräsentantInnen der fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (Otto Wagner-Spital Wien, AKH Wien, AKH Linz, Unikliniken Innsbruck und LKH Graz) haben Ende 2001 den privaten Verein „**Österreichische HIV-Kohortenstudie**“ gegründet. Ein langfristiges Ziel dieser Studie ist eine umfassende, anonyme Dokumentation aller Krankengeschichten von HIV-infizierten Personen in Österreich. In erster Linie werden in dieser Datenbank für den Verlauf und die Therapie der HIV-Infektion relevante klinische Daten erfasst, sie enthält aber auch

grundlegende epidemiologische Informationen, wie z. B. Veränderungen bei den Übertragungswegen, der Geschlechterproportion oder den Herkunftsländern der Betroffenen. Insgesamt befanden sich Ende 2004 Daten von rund 4.200 HIV-infizierten oder an AIDS erkrankten Personen in der Datenbank,³²⁰ darin sind aber auch die bereits verstorbenen Personen enthalten. Vollständig und aktuell analysierbar (d. h. mit einer nicht länger als sechs Monate zurückliegende Kontrolle des Immunstatus) waren die Daten von 2.078 Personen. Im Otto Wagner-Spital in Wien sind Ende 2004 665 aktiv in Behandlung befindliche HIV-Positive in der Datenbank erfasst, im AKH Wien 568, in Innsbruck 411, in Linz 273 und in Graz 161. Der Frauenanteil lag Ende 2004 bei den aktiven KohortenteilnehmerInnen im Durchschnitt bei 30,6 Prozent und in Wien mit 25,9 Prozent deutlich unter dem Durchschnitt. Am höchsten ist der Frauenanteil in Oberösterreich (38,9 Prozent) bzw. in Tirol (36,4 Prozent).

Tabelle 4.22: Frauenanteil bei HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten im Rahmen der Österreichischen HIV-Kohorte 2004 nach Geschlecht und Wohn-Bundesländern

Bundesland	Frauen	Männer	gesamt	Bundesland	Frauenanteil
	absolut			Prozent	
Burgenland	18	34	52	2,5	34,6
Kärnten	4	3	7	0,3	57,1*
Niederösterreich	58	118	176	8,5	33,0
Oberösterreich	102	160	262	12,6	38,9
Salzburg	11	31	42	2,0	26,2
Steiermark	53	104	157	7,6	33,8
Tirol	100	175	275	13,2	36,4
Vorarlberg	28	55	83	4,0	33,7
Wien	261	747	1.008	48,5	25,9
fehlend	1	15	16	0,8	6,3
gesamt	636	1.442	2.078	100,0	30,6

* Dieser Prozentsatz ist aufgrund der geringen Fallzahlen nur eingeschränkt interpretierbar.

Quelle: STURM, ZANGERLE (2005), S. 12.

Häufigster Übertragungsweg bei den Ende 2004 aktiven TeilnehmerInnen der Österreichischen HIV-Kohortenstudie ist der **heterosexuelle Geschlechtsverkehr**, wobei Wien mit einem Anteil von 37,0 Prozent unter dem österreichischen Durchschnitt von 41,2 Prozent liegt. In Wien ist hingegen die HIV-Übertragung **durch homo-**

sexuelle Kontakte deutlich häufiger als in den meisten anderen Bundesländern bzw. in Österreich gesamt (35,9 Prozent in Wien vs. 29,3 Prozent in Österreich gesamt). Hinsichtlich des Anteils der HIV-Übertragung durch **intra-**
venösen Drogenkonsum liegt Wien mit 19,9 Prozent nahe dem österreichischen Durchschnitt (20,7 Pro-

³²⁰ STURM, ZANGERLE (2005).

zent). Die Frequenz der Übertragung durch Blutprodukte ist vergleichsweise gering (2,4 in Wien bzw. 0,4 Prozent in Österreich), ebenso wie jene der Mutter-zu-

Kind-Übertragung (vertikale Transmission), die für 1,3 Prozent der HIV-Übertragungen in Österreich bzw. von 0,0 Prozent in Wien verantwortlich war.

Tabelle 4.23: TeilnehmerInnen der Österreichischen HIV-Kohortenstudie 2004 nach Übertragungswegen des HI-Virus und Bundesländern

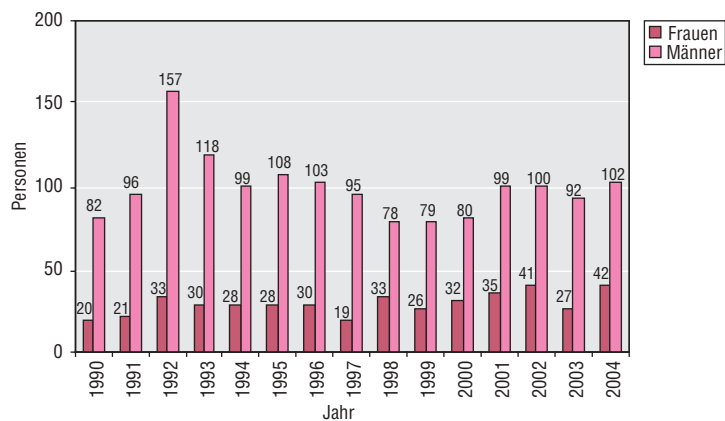
Bundesland	heterosexuelle Kontakte		homosexuelle Kontakte		intravenöser Drogenkonsum		Blutprodukte		Mutter-zu-Kind-Übertragung		unbekannt, keine Angaben		gesamt
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	
Burgenland	29	55,8	10	19,2	6	11,5	2	3,8	1	1,9	4	7,7	52
Kärnten	5	71,4	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	7
Niederösterreich	87	49,4	49	27,8	20	11,4	7	4,0	0	0,0	13	7,4	176
Oberösterreich	128	48,9	46	17,6	64	24,4	6	2,3	2	0,8	16	6,1	262
Salzburg	19	45,2	15	35,7	4	9,5	0	0,0	0	0,0	4	9,5	42
Steiermark	89	56,7	34	21,7	18	11,5	11	7,0	1	0,6	4	2,5	157
Tirol	99	36,0	66	24,0	86	31,3	6	2,2	3	1,1	15	5,5	275
Vorarlberg	23	27,7	20	24,1	30	36,1	3	3,6	2	2,4	5	6,0	83
Wien	373	37,0	362	35,9	201	19,9	13	1,3	0	0,0	59	5,9	1.008
fehlend	5	31,3	6	37,5	2	12,5	1	6,3	0	0,0	2	12,5	16
gesamt	857	41,2	609	29,3	431	20,7	49	2,4	9	0,4	123	5,9	2.078

Quelle: STURM, ZANGERLE (2005), S. 14.

Die Neuzugänge an PatientInnen mit HIV/AIDS am AIDS-Zentrum des Otto Wagner-Spitals in Wien waren zwischen 1992 und 1998 rückläufig, sind aber ab 1999 wieder gestiegen. Dies kann zum einen als ein Anzeichen dafür gesehen werden, dass sich AIDS zunehmend zu einer chronischen Krankheit entwickelt, d. h. dass weniger Menschen an AIDS sterben und daher die Zahl der Personen, die medizinische Behandlung benö-

tigen, steigt. Zum anderen ist seit 1998 aber auch ein erneuter Anstieg der HIV-Neuinfektionen zu verzeichnen. Der Frauenanteil bei den Neuzugängen ist seit 1998 von rund 20 Prozent auf 25 bis 30 Prozent gewachsen. Im Otto Wagner-Spital waren Ende 2004 665 aktiv behandelte PatientInnen erfasst, das sind zwei Drittel der in Wien zu diesem Zeitpunkt erfassten 1.008 behandelten PatientInnen mit HIV/AIDS.

Grafik 4.30: Erstkontakte von PatientInnen aufgrund von HIV/AIDS am AIDS-Zentrum des Otto Wagner-Spitals in Wien 1990 bis 2004 nach Geschlecht



Quelle: VETTER, CICHON (2005).

HIV-Testung

In Österreich werden jährlich über 1,2 Millionen Personen auf HIV getestet (15 Prozent der gesamten Bevölkerung bzw. 30 Prozent der Bevölkerung im reproduktiven Alter von 15 bis 49 Jahren), das ist weltweit eine der höchsten Häufigkeiten. Eine halbe Million Tests werden im Rahmen des Blutspendens durchgeführt.³²¹ Die hohe Zahl an HIV-Testungen deutet zwar auf ein gewisses Problembewusstsein hin, eine zielgruppenspezifische Anwendung wäre dennoch überlegenswert.

4.10.2 Ausgewählte sexuell übertragbare Infektionen (STIs)

Im Gegensatz zur HIV/AIDS-Epidemie, die ein hohes Maß an öffentlicher Aufmerksamkeit erhält, kann man das Auftreten aller anderen sexuell übertragbaren Infektionen als „stille Epidemie“ bezeichnen: Trotz weiter Verbreitung und chronischer Gesundheitsschäden, wie z. B. Infertilität infolge von Chlamydien oder neurologische Schäden nach Syphilis, gibt es nur wenige gezielte Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung. An-

gaben über die Neuerkrankungen nach sexuell übertragbaren Infektionen liegen in Wien und Österreich lediglich für Gonorrhö und Syphilis vor, nicht aber für andere häufige sexuell übertragbare Infektionen (STIs), wie zum Beispiel für Infektionen mit Chlamydien. Tests bei Schwangeren im Rahmen des Mutter-Kind-Passes umfassen Syphilis und einen Hepatitis B-Antigen-Test.

Sexuell übertragbare Infektionen werden bei Geschlechtsverkehr oder Petting durch den Austausch von Körperflüssigkeiten (Sperma, Speichel, Blut) übertragen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nimmt eine Einteilung nach den Krankheitssymptomen bzw. der Erstmanifestation der Erkrankung vor³²² (Geschwür oder Erosion, Ausfluss, Infektion von Lymphknoten, der Lymphbahnen und Hauterscheinungen). Dieser Ansatz hat sich in der ärztlichen Praxis bewährt und vereinfacht die Unterscheidung ähnlicher Krankheitsbilder. Übersichtlicher jedoch ist eine Einteilung nach Erregern (Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten). Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die häufigsten Krankheitsverursacher und Erkrankungen:

Tabelle 4.24: Sexuell übertragbare Erkrankungen nach Erregertypus, -name und Erkrankung

Erreger	Erregername	Erkrankung
Bakterien	Treponema pallidum	Syphilis (Lues, harter Schanker)*
	Neisseria gonorrhoeae (Gonokokken)	Gonorrhö (Tripper)*
	Haemophilus ducreyi	Ulcus molle (weicher Schanker)*
	Chlamydia trachomatis (Serotypen D-K)	Lymphogranuloma inguinale, Chlamydien*
	Gardnerella vaginalis	Unspezifische Kolpitis, Vaginitis (Scheidenentzündung)
Viren	Klebsiella granulomatis	Granuloma inguinale (donovanosis)
	Humanes Immundefizienz Virus (HIV)	AIDS
	Hepatitis A-, B-, C-Virus	Hepatitis A, B, C (Leberentzündung)
	Herpesvirus hominis Typ 2	Herpes genitalis
	Humanes Papilloma Virus (HPV)	Feigwarzen, Zervixkarzinom
	Condylomata acuminata	Genitalwarzen
	Poxvirus mollusci	Dellwarzen
Protozoen	Zytomegalievirus	Einschlusskörperchenkrankheit
	Entamoeba histolytica	Amöbenruhr
	Giardia lamblia	Lamblienruhr
Pilze	Trichomonas vaginalis	Trichomoniasis
	Candida albicans	Candidose
Parasiten	Phthirus pubis (Schamlaus)	Filzläuse
	Scabies	Krätze

* In Österreich meldepflichtig.

Quelle: WHO (2005), S. 15.

³²¹ <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0019&doc=CMS1038915149049>

³²² WHO (2005); S. 15.

Chlamydien

Chlamydien (*Chlamydia trachomatis*, Serotypen D bis L) zählen weltweit zu den häufigsten Erregern sexuell übertragbarer Erkrankungen. In den Industriestaaten sind Chlamydien die häufigsten bakteriellen Erreger von Urogenitalinfektionen. Für Wien und Österreich gibt es keine repräsentativen Zahlen zum Ausmaß der Neuinfektionen. Bezieht man sich auf Schätzungen aus Deutschland, wo pro Jahr mit etwa 300.000 genitalen Chlamydieninfektionen gerechnet wird, wären es in Österreich rund 30.000 Neuinfektionen jährlich und somit in Wien mindestens 6.000 Neuinfektionen pro Jahr. Bei seroepidemiologischen Untersuchungen wurden zwischen 2 und 5 Prozent der Frauen im sexuell aktiven Alter als infiziert ermittelt.³²³ Bei Frauen verläuft die akute Infektion in etwa 90 Prozent der Fälle ohne Symptome und wird deshalb häufig nicht erkannt. Ohne Behandlung kann eine Chlamydien-Infektion zu **chronischen Beckenschmerzen** (pelvic inflammatory disease) führen, im Besondern zu einer chronischen Infektion der Eileiter, die Verwachsungen, Funktionsverlust und letztendlich einen **Verschluss des Eileiters** zur Folge haben können. Die **tubale Infertilität** (tubal factor infertility, TFI) ist eine der häufigsten Ursachen der Unfruchtbarkeit der Frau. Besonders negative Folgen können genitale Chlamydieninfektionen in der **Schwangerschaft** haben. Trotz zum Teil widersprüchlicher Forschungsergebnisse gilt der Zusammenhang zwischen einer Chlamydieninfektion der Schwangeren mit vorzeitigem Blasensprung, Chorioamnionitis (Entzündung der inneren und mittleren Eihaut, die das ungeborene Kind umgeben), Frühgeburt, niedrigem Geburtsgewicht und erhöhter Säuglingssterblichkeit als gesichert. Bei der Geburt kommt es infolge der Infektion der Gebärmutter zur Übertragung auf das Kind; bei 18 bis 50 Prozent der infizierten Kinder tritt eine Einschlusskörperchenkonjunktivitis (Bindehautentzündung) und bei 11 bis 18 Prozent eine atypische Lungenentzündung auf. Ebenfalls beobachtet wurden Mittelohrentzündungen und Infektionen des Nasen-Rachenraums. Im Wochenbett kann es zu einer Entzündung der Gebärmutter Schleimhaut kommen. Bei Männern sind Chlamydieninfektionen die häufigste Ursache der nicht-gonorrhöischen Urethritis (NGU, Entzündung der Harnröhre), die starke Schmerzen verursacht und daher meist behandelt wird.

Humane Papilloma-Viren (HPV), Zervixkarzinom und HPV-Impfung

Siehe auch: Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom; Kapitel 4.4.2).

Dass ein Zusammenhang zwischen der Entstehung des Zervixkarzinoms (Gebärmutterhalskrebs) und dem Sexualverhalten besteht, geht auf Beobachtungen zurück, die bereits im 19. Jahrhundert gemacht wurden, nämlich, dass bei Nonnen keine Zervixkarzinome auftraten. Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass bei über 97 Prozent aller Zervixkarzinome Humane Papilloma-Viren (HPV) beteiligt sind. Die HPV-Infektion ist einer der ursächlichen Faktoren für das Zervixkarzinom. Rund 70 Prozent sexuell aktiver Frauen und Männer infizieren sich mindestens ein Mal in ihrem Leben mit HPV. Hauptübertragungsweg ist der Geschlechtsverkehr, eine Virusübertragung auf nicht sexuellem Weg ist möglich. Mehr als 100 Typen humaner Papilloma-Viren sind bekannt, von denen einige gutartige Tumoren wie z. B. Feigwarzen (Kondylome) verursachen, andere aber bösartige Neubildungen (Malignome). In den meisten Fällen ist die HPV-Infektion nach einem Jahr nicht mehr nachweisbar. In rund 20 Prozent der Fälle mit anhaltender Infektion kann es jedoch zu geringgradigen Schleimhautveränderungen (CIN-1-Läsion) kommen, von diesen entwickeln sich rund 10 Prozent zu mäßiggradigen Schleimhautveränderungen (CIN-2-Läsionen), von denen ohne Behandlung in weiterer Folge 22 Prozent CIN-3-Läsionen, das sind Krebsvorstufen, entwickeln. Kofaktoren einer Tumorentstehung sind die Langzeiteinnahme von oralen Kontrazeptiva, die Zahl der Geburten, genetische Veränderungen, erworbene Immunschwäche, Genitalinfektionen und Rauchen. Obwohl Zervixveränderungen mittels **PAP-Test** bereits in frühen Stadien erkannt werden können, verfügt dieser Test nur über eine Treffsicherheit (Sensitivität) von 70 Prozent richtig erkannter CIN-2/3-Läsionen. Zudem beträgt die Teilnahme am HPV-Screening in Österreich nur rund 50 Prozent. In jüngster Zeit haben daher Forschungsergebnisse zur **Impfung gegen HPV** Hoffnung auf die Möglichkeit geweckt, die Infektion mit HP-Viren gänzlich zu vermeiden.³²⁴ Die Impfstoffe befinden sich noch in klinischer Testung, die Wirksamkeitsüberprüfungen konnten einen Zusammenhang zwischen der Impfung und dem Schutz

³²³ <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/015-041.htm>

³²⁴ JATROS Sonderpublikation 2005, Hämatologie und Onkologie, Humanes Papillomavirus Update.

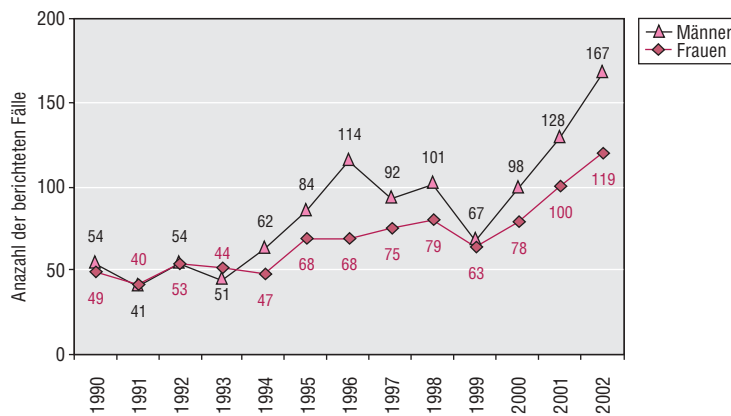
vor Erkrankung nachweisen und haben keine unerwarteten Nebenwirkungen ergeben. Der getestete Impfstoff richtet sich gegen die HPV-Typen 16 und 18, die mit 70 Prozent aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs in Verbindung gebracht werden sowie gegen die Typen 6 und 11, die als Verursacher von 90 Prozent aller Genitalwarzen gelten. Die Dauer der Schutzwirkung der präventiven HPV-Impfung ist derzeit jedoch noch unbekannt, Langzeituntersuchungen laufen. Zielgruppe der HPV-Impfung sind alle Mädchen vor Eintritt in das sexuell aktive Alter sowie weibliche Jugendliche und Frauen vor und während der sexuell aktiven Phase. Über die Wirksamkeit der HPV-Impfung bei Frauen, die infiziert sind oder bereits eine Infektion durchgemacht haben, lässt sich derzeit keine Aussage treffen. Trotz ungeklärter Fragen wird die HPV-Impfung von zahlreichen ExpertInnen als Meilenstein in der Prävention von Krebserkrankungen beurteilt. Eine weitere Diskussion ist jedoch zu erwarten, sobald der Impfstoff erhältlich ist: Ein Antrag auf Zulassung des Impfstoffes (Gar-

dasil®) für den europäischen Markt wurde im Dezember 2005 bei der Europäischen Zulassungsbehörde (EMA) eingereicht.³²⁵

Syphilis, Gonorrhö

Seit Ende der 1990er Jahre ist in Wien und Österreich, aber auch in anderen europäischen Ländern, ein Wieder-Anstieg von Syphilis und Gonorrhö zu verzeichnen. Die Anzahl der Syphilis-Meldungen ist in Österreich von 124 Fällen im Jahr 1993 (dem niedrigsten Wert seit 1985) auf 420 Fälle im Jahr 2002 gestiegen, also beinahe auf das Dreifache; die Anzahl der Gonorrhö-Meldungen ist von 379 Fällen im Jahr 1998 auf 985 im Jahr 2002 gestiegen, hat sich also mehr als verdoppelt. In Wien wurden im Jahr 2002 286 Fälle an Syphilis und 846 Fälle von Gonorrhö gemeldet, der Frauenanteil betrug bei den Syphilis-Meldungen 42 Prozent, bei den Gonorrhö-Meldungen 30 Prozent.

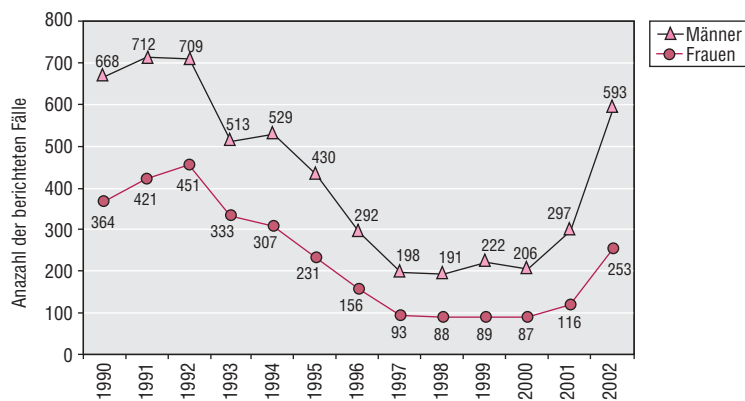
Grafik 4.31: Berichtete Fälle von Neuerkrankungen an Syphilis in Wien 1985 bis 2002 nach Geschlecht



Quelle: STADT WIEN (2004), Gesundheitsbericht 2004; zur Verfügung gestellt von Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika STARY, Pilzambulatorium, Wien.

³²⁵ <http://www.spmsd.at> (Sanofi Pasteur MSD)

Grafik 4.32: Berichtete Fälle von Neuerkrankungen an Gonorrhö in Wien 1985 bis 2002 nach Geschlecht



Quelle: STADT WIEN (2004), Gesundheitsbericht 2004; zur Verfügung gestellt von Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika STARY, Pilzambulatorium, Wien.

Tabelle 4.25: Inzidenz von Syphilis und Gonorrhö in Wien und in Österreich 1990 bis 2002 nach Geschlecht

Jahr	Österreich		Wien						
			Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt	Frauenanteil Prozent
	absolut	pro 100.000	absolut			pro 100.000			
Syphilis									
1990	198	2,6	49	54	103	6,0	7,6	6,7	48
1991	161	2,1	41	40	81	5,0	5,6	5,3	51
1992	177	2,3	53	54	107	6,4	7,6	7,0	50
1993	124	1,6	51	44	95	6,2	6,2	6,2	54
1994	134	1,7	47	62	109	5,7	8,7	7,1	43
1995	180	2,3	68	84	152	8,2	11,8	9,9	45
1996	207	2,7	68	114	182	8,2	16,0	11,8	37
1997	201	2,6	75	92	167	8,9	12,1	10,4	45
1998	202	2,6	79	101	180	9,4	13,3	11,2	44
1999	184	2,4	63	67	130	7,5	8,9	8,1	48
2000	237	2,9	78	98	176	9,2	12,7	10,9	44
2001	316	3,9	100	128	228	11,8	16,5	14,0	44
2002	420	5,2	119	167	286	14,0	21,5	17,6	42
Gonorrhö									
1990	1.582	20,9	364	668	1.032	44,1	93,5	67,0	35
1991	1.698	21,8	421	712	1.133	51,0	99,7	73,6	37
1992	1.661	21,3	451	709	1.160	54,7	99,2	75,3	39
1993	1.157	14,8	333	513	846	40,4	71,8	54,9	39
1994	1.085	13,9	307	529	836	37,2	74,0	54,3	37
1995	896	11,5	231	430	661	28,0	60,2	42,9	35
1996	595	7,6	156	292	448	18,9	40,9	29,1	35
1997	440	5,6	93	198	291	11,0	26,1	18,1	32
1998	369	4,7	88	191	279	10,4	25,1	17,4	32
1999	434	5,6	89	222	311	10,6	29,1	19,3	29
2000	414	5,1	87	206	293	10,3	26,8	18,1	30
2001	531	6,5	116	297	413	14,5	37,4	25,4	30
2002	985	12,1	253	593	846	29,8	76,5	52,0	30

Quelle: STADT WIEN (2004), Gesundheitsbericht 2004; zur Verfügung gestellt von Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika STARY, Pilzambulatorium, Wien.

**V.
GESUNDHEIT IN UNTER-
SCHIEDLICHEN LEBENS-
PHASEN**

***HEALTH IN DIFFERENT
PHASES OF LIFE***

INHALT

5	GESUNDHEIT IN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSPHASEN	219
5.1	GESUNDHEITSBEZOGENER LEBENSSTIL VON MÄDCHEN UND JUNGEN FRAUEN	219
5.2	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT VON MÄDCHEN UND JUNGEN FRAUEN	233
5.3	GESUNDHEITSBEZOGENER LEBENSSTIL VON FRAUEN IN DER REPRODUKTIVEN PHASE	238
5.4	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT	255
5.5	GESUNDHEIT RUND UM DIE GEBURT	268
5.6	WECHSELJAHRE UND SEXUELLE GESUNDHEIT IM ALTER	281
5.7	FRAUEN IN DER ERWERBSPHASE: ARBEIT UND GESUNDHEIT	285
5.8	GESUNDHEITZUSTAND UND GESUNDHEITSRISIKEN ÄLTERER FRAUEN	315
5.9	GESUNDHEITSGEFÄHRDUNG VON FRAUEN DURCH UMWELTRISIKEN	358
5.10	FRAUEN MIT BEHINDERUNG	368

5 GESUNDHEIT IN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSPHASEN

5.1 Gesundheitsbezogener Lebensstil von Mädchen und jungen Frauen

Zusammenfassung

Übergewicht und Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Rund ein Viertel der 10- bis 15-jährigen Wiener SchülerInnen ist übergewichtig oder adipös. Während weniger Mädchen als Burschen übergewichtig bzw. adipös sind, kommt extremes Untergewicht bei Mädchen häufiger vor als bei Burschen. Gestörtes Essverhalten als potenzielle Vorstufe von Essstörungen ist bei Mädchen deutlich häufiger als bei Burschen: Jedes zweite Mädchen in Wien im Alter zwischen 14 und 17 Jahren hat schon einmal eine Diät gemacht, aber nur jeder siebente von den Burschen. Zur Häufigkeit des Auftretens von **Essstörungen** liegen keine exakten Angaben vor. Die Zahl der stationären Spitalsaufenthalte aufgrund einer Essstörung ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Der überwiegende Teil der betroffenen Frauen wird jedoch ambulant betreut. Die Prävention von Essstörungen ist einer der Schwerpunkte des Wiener Programms für Frauengesundheit, wobei zahlreiche Maßnahmen im Bereich der Bewusstseinsbildung und öffentlichen Aufklärung gesetzt wurden und u. a. seit 1998 eine Hotline für Essstörungen betrieben wird (0800–201120). Die Prävention von Übergewicht und Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen wird auch in Zukunft eine vordringliche Aufgabe bleiben, zum einen wegen ihres häufigen Auftretens, andererseits aufgrund der Tatsache, dass präventive Maßnahmen möglichst früh in der Kindheit anzusetzen sind.

Sportausübung, Gender Mainstreaming im Sport

Frauen betreiben seltener Sport als Männer: 43 Prozent der Frauen, aber nur 27 Prozent der Männer gaben bei einer Befragung im Rahmen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 an, keinen Sport zu betreiben. Frauen bevorzugen auch andere Sportarten als Männer: Sie betreiben häufiger Turnen, Aerobic und Tanz, Männer eher Ballsportarten.

Summary: Health related lifestyles of girls and young women

Overweight and eating disorders in children and adolescents

*Approximately one quarter of Viennese school children in the age group 10 to 15 are overweight or obese. While overweight and obesity are less frequent in girls than in boys, extreme underweight is more common in girls than in boys. Disordered eating habits as a potential precursor of eating disorders are significantly more frequent in girls than in boys: Approximately half of all Viennese girls between 14 and 17 years have already been on a diet at least once, while this holds true only for one in seven boys. There are no exact data on the incidence of **eating disorders**. The number of in-patients treated for eating disorders has increased over the last years, however, the majority of patients receive out-patient treatment. The prevention of eating disorders is one of the main objectives of the Vienna Women's Health Programme. Numerous measures have been undertaken for awareness building and public information, and an eating disorder hotline was established in 1998 (toll free number 0800-201120). The prevention of overweight and eating disorders in children and adolescents will remain an important task both due to their high prevalence and due to the fact that preventive measures should start as early as possible in childhood.*

Physical activity, gender mainstreaming in sports

Women are physically less active than men: In the Vienna Health and Social Survey, 43 percent of women but only 27 percent of men said they did not do any sports. Women also prefer different sports than men – gymnastics, aerobic and dancing are more frequent among women, while men prefer ball sports.

Die Rolle von Frauen im Vereins- und Profisport wurde in den vergangenen Jahren international vermehrt thematisiert, da wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen auch im Sport Frauen in Führungspositionen von Vereinen und Verbänden nur marginal vertreten sind.

Suchtverhalten bei Jugendlichen: Rauchen, Alkohol, Cannabis, Ecstasy

In Wien **rauchen** von den SchülerInnen im Alter von 15 Jahren 21 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Burschen täglich. Wie auch schon vorangegangene Befragungen ergaben, rauchen Mädchen diesen Alters etwas häufiger täglich als Burschen. Es zeigte sich weiters eine deutliche Steigerung im Vergleich zum Jahr 1994, wo von den befragten 15-jährigen SchülerInnen lediglich 16 Prozent der Mädchen und 14 Prozent der Burschen täglich rauchten. Auch der **Alkoholkonsum** ist bereits bei Jugendlichen weit verbreitet: Jedes zehnte 15-jährige Mädchen in Wien hat mindestens vier Mal einen **Alkoholausbruch** gehabt, bei den Burschen ist es jeder fünfte. Die Erfahrung mit **Cannabis** ist häufig: Bei den unter 30-Jährigen berichteten 36 Prozent der Frauen und 42 Prozent der Männer über diesbezügliche Erfahrungen. Konsum von **Ecstasy bzw. Amphetaminen** kommt vor allem bei unter 40-jährigen vor, jeweils 2 Prozent der Frauen und Männer in Wien gaben an, solche Substanzen im Jahr 2003 konsumiert zu haben.

The role of women in sports clubs and professional sports has been addressed more frequently internationally in the last years, since like in many other areas of society, women are only marginally present in leading positions of sports clubs and associations.

Substance use in adolescents: smoking, alcohol, cannabis, ecstasy

*Of all 15-year old school children in Vienna, 21 percent of girls and 20 percent of boys **smoke** daily. As in previous surveys, the recent data show that daily smoking is somewhat more frequent in girls of this age than in boys. There was a marked increase from 1994, when only 16 percent of 15-year old school girls and 14 percent of boys smoked daily. **Alcohol consumption** is also already widespread among adolescents: One in ten 15-year old girls have been drunk at least four times, for boys the figure is one in five. Experience with **cannabis** is frequent: 36 percent of females and 42 percent of males younger than 30 reported having tried cannabis. The use of **ecstasy and amphetamines** is limited mainly to people younger than 40: 2 percent of both women and men in Vienna reported having consumed these substances in 2003.*

5.1.1 Ernährung, Körpergewicht und Adipositas

Übergewicht, das einen bestimmten Grenzwert überschreitet, wird als Adipositas bezeichnet und als Erkrankung eingestuft.³²⁶ Die WHO hat bereits Mitte der 1990er Jahre die Adipositas als „globale Epidemie“ bezeichnet.³²⁷ Adipositas kann sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen eine Reihe von Folgeerkrankungen (Komorbiditäten) mit sich bringen, vor allem Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen,

orthopädische Beschwerden und psychische Beeinträchtigungen.

Datenlage zum Ernährungsverhalten

Die Ursachen von Adipositas liegen hauptsächlich in ungünstigen Ernährungs- und Bewegungsmustern von Kindern und Jugendlichen: Dicke Kinder treiben kaum Sport, verbringen viel Zeit vor Fernseher und Computer und essen häufig Fastfood. Als Präventionsmaßnahmen werden daher zahlreiche Programme mit

³²⁶ ICD-10-Code E 66.0; ICD-10 = International Classification of Diseases der WHO, Version 10, die seit 1994 verwendet wird; <http://www.dimdi.de>; Bestimmung der Grenzwerte siehe weiter unten.

³²⁷ WHO (2000).

mehr Bewegung, weniger fettreichem Essen und gemeinsamen regelmäßigen Mahlzeiten im Familienkreis propagiert. Der Zusammenhang von Adipositas mit Bildung und sozialer Schicht ist gut dokumentiert: Adipositas tritt – unabhängig vom Geschlecht – häufiger in Bevölkerungsschichten mit geringerer Bildung und geringerer beruflicher Qualifikation auf.³²⁸

Umfassende Analysen des **Ernährungsverhaltens** liegen für Wien oder andere Bundesländer nicht vor. Im **Österreichischen Ernährungsbericht 2003**³²⁹ wird der **Ernährungszustand** unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen (drei- bis sechsjährige Vorschulkinder, Schulkinder, Lehrlinge, Erwachsene, SeniorInnen, Schwangere, Stillende, BreitensportlerInnen) mittels laborchemischer Parameter beschrieben und mit vorgegebenen Richtwerten verglichen. Demnach ist vor allem bei Burschen und Männern zwischen 15 und 18 Jahren und bei Frauen und Männern von 50 bis 65 Jahren die Energiezufuhr zu hoch. Generell nehmen Öster-

reicherInnen zu viel Protein, gesättigte Fettsäuren (die vor allem in tierischen Fetten enthalten sind) und Alkohol zu sich. Dagegen ist die Aufnahme von ungesättigten Fettsäuren, Ballaststoffen, den Vitaminen B1, B2, C und E sowie den Vitaminen B12 und D bei älteren Personen zu gering. Bei Frauen im gebärfähigen Alter ist eine zu niedrige Zufuhr von Eisen zu beobachten.

Altersgerechte Definition des Body Mass Index (BMI)

Das altersadäquate Gewicht für die jeweilige Größe kann anhand des Body Mass Index (BMI) errechnet werden (Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch die Größe in Metern zum Quadrat). Der BMI eines Kindes bzw. Jugendlichen sollte zwischen dem 10. und 90. Perzentil für die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe liegen. Unterhalb des 10. Perzentils besteht Untergewicht, oberhalb des 90. Perzentils Übergewicht. BMI-Werte oberhalb des 97. Perzentils bezeichnen Adipositas.³³⁰

Tabelle 5.1: Body Mass Index (BMI) für Mädchen und Burschen im Alter von 10 bis 18 Jahren (Normwerte)

Alter (Jahre)	Body Mass Index (Normwerte)							
	Mädchen				Burschen			
	Perzentile							
	10	50	90	97	10	50	90	97
10	14,48	16,94	20,80	23,54	14,60	16,89	20,60	23,35
11	14,88	17,50	21,61	24,51	14,97	17,41	21,43	24,45
12	15,43	18,19	22,48	25,47	15,41	17,99	22,25	25,44
13	16,07	18,94	23,33	26,33	15,92	18,62	23,01	26,28
14	16,71	19,64	24,05	27,01	16,48	19,26	23,72	26,97
15	17,26	20,22	24,59	27,45	17,05	19,89	24,36	27,53
16	17,69	20,64	24,91	27,65	17,60	20,48	24,92	27,99
17	18,04	20,96	25,11	27,72	18,13	21,04	25,44	28,40
18	18,36	21,25	25,28	27,76	18,63	21,57	25,91	28,78

Quelle: KROMEYER-HAUSCHILD et al. (2001), gekürzt.

Epidemiologie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Zur epidemiologischen Verbreitung von Adipositas im Kindes- und Jugendalter lagen bislang keine repräsen-

tativen Daten vor. Im Jahr 2003 wurden erstmals für 10- bis 15-jährige Kinder und Jugendliche in Wien Prävalenzzahlen zur Adipositas publiziert.³³¹ Zwischen Juni 2002 und März 2003 wurden Daten von 1.537 Kindern und Jugendlichen erfasst (davon 752 Mädchen

³²⁸ Z. B. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 135–136. Siehe auch Kapitel 5.3.1 weiter unten.

³²⁹ IFEW – INSTITUT FÜR ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTEN (2003).

³³⁰ KROMEYER-HAUSCHILD et al. (2001).

³³¹ WIDHALM, DIETRICH (2003); WIDHALM (2004).

und 785 Burschen). Die Angaben zu Körpergewicht, Größe, BMI, Alter und Geschlecht der SchülerInnen stammen entweder von den SchularztInnen oder wurden direkt in den Schulen erhoben. Die Berechnung der Perzentile des BMI (unter dem 3. Perzentil, über dem 90., 97. oder 99. Perzentil) erfolgte analog zu jenen von KROMEYER-HAUSCHILD,³³² welche die alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen des BMI berücksichtigen. Im Durchschnitt sind 25 Prozent der 10- bis 15-jährigen SchülerInnen in Wien übergewichtig bzw. adipös. Je nach Altersgruppe sind zwischen 3 und

10 Prozent der Mädchen und zwischen fünf und 16 Prozent der Burschen adipös, übergewichtig sind zwischen 12 und 29 Prozent der Mädchen und zwischen 15 und 35 Prozent der Burschen. Extremes Untergewicht (unter dem 3. Perzentil) ist bei Mädchen häufiger als bei Burschen (2 bis 6 Prozent vs. 1 bis 3 Prozent). Mehr AHS-SchülerInnen sind extrem untergewichtig (BMI unter dem 3. Perzentil) und mehr HauptschülerInnen übergewichtig oder adipös (BMI über dem 90., 97. und 99. Perzentil).

Tabelle 5.2: Adipositas bei 10- bis 15-Jährigen in Wien 2003 nach Geschlecht

Alter (Jahre)	Wiener Wohnbevölkerung		Body Mass Index – Perzentile									
			<3	3–90	>90	>97	>99,5	<3	3–90	>90	>97	>99,5
	Mädchen	Burschen	Mädchen					Burschen				
	absolut		Prozent									
10	7.891	8.337	1,9	77,7	14,8	3,7	1,9	2,3	63,5	20,5	11,4	2,3
11	7.782	8.290	5,6	65,3	20,2	7,0	1,9	2,0	59,2	23,0	14,3	1,5
12	7.900	8.350	3,2	75,3	18,3	3,2	0,0	1,2	70,9	21,2	6,7	0,0
13	7.902	8.300	3,4	69,4	17,0	8,5	1,7	1,4	68,6	19,3	9,3	1,4
14	7.810	8.262	4,0	83,1	8,9	4,0	0,0	0,7	76,5	14,5	7,6	0,7
15	7.736	8.196	6,3	72,4	15,0	6,3	0,0	1,1	84,1	10,5	3,2	1,1

Quelle: WIDHALM, DIETRICH (2003).

5.1.2 Essstörungen

Siehe auch: WIKE-Esstörungs-Informationskampagne des Wiener Programms für Frauengesundheit (Kapitel 10); Behandlung und Prävention von Essstörungen durch das Frauengesundheitszentrum FEM (Kapitel 8).

Die unter dem Begriff Essstörungen zusammengefassten Erkrankungen Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) betreffen zum überwiegenden Teil Frauen (90 bis 95 Prozent der Betroffenen sind Frauen), Adipositas (Esssucht) tritt bei Männern häufiger als bei Frauen auf. Während eine Zunahme der Adipositas dokumentiert ist, lässt sich nicht eindeutig belegen, ob auch die Magersucht (Anorexia nervosa) und die Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa) in den vergangenen Jahrzehnten häufiger geworden sind oder ob dieser Eindruck durch die vermehrte öffentliche Aufmerksamkeit geweckt wird. Häufig kritisierte

Tatsache ist, dass die Modebranche und viele „Frauenmagazine“ das anorektische Körperbild zum Schönheitsideal stilisieren und dieses zur – meist unerreichbaren – Messlatte für das Selbstbild von Mädchen und Frauen wird. Dieses Frauenbild wird von feministischer Seite seit langem hinterfragt, zum Beispiel von der britischen Feministin Susie ORBACH, die in den 1970er Jahren durch ihre Anti-Diät-Bücher international bekannt wurde.³³³ Sie warnt vor einer Pathologisierung des weiblichen Essverhaltens und sieht Essstörungen als ein soziales Phänomen, welches sozialer Lösungen bedarf. In der Behandlung und Betreuung von essgestörten Mädchen und Frauen haben sich besonders im vergangenen Jahrzehnt große Fortschritte vollzogen. Viele an Anorexie erkrankte Mädchen wurden noch bis vor kurzem aus Mangel an spezifischen Betreuungsangeboten stationär in der Psychiatrie betreut, bulimische Frauen hatten gar keine Anlaufstelle. Seither sind in Wien, aber auch in den Bundesländern zahl-

³³² KROMEYER-HAUSCHILD et al. (2001).

³³³ ORBACH (1978, 1986, 2002).

reiche Beratungs- und Informationsstellen, präventive und therapeutische Angebote entstanden.

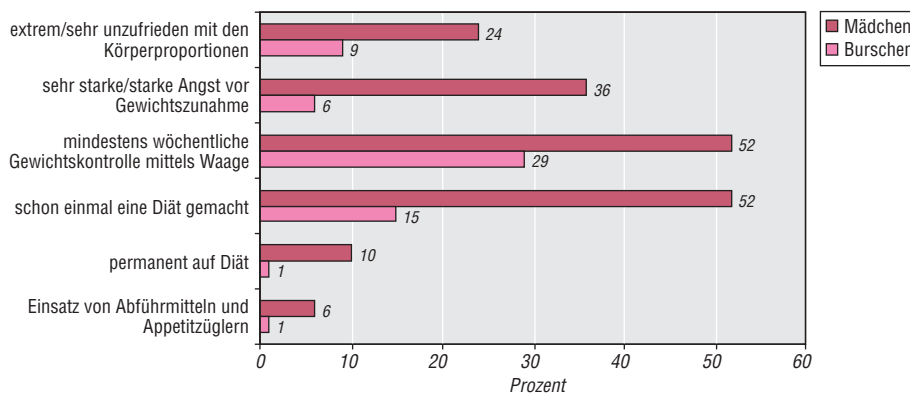
Gestörtes Essverhalten als Vorstufe von Essstörungen

Bereits sehr junge Mädchen beschäftigen sich intensiv mit Figur, Gewicht und Diäten. Eine Studie in Wiener Schulen³³⁴ hat im Jahr 2001 das Ausmaß von Störungen im Essverhalten im Vorfeld von Essstörungen bei 1.609 Schüler/innen (1.024 Mädchen, 585 Burschen) im Alter von 14 bis 17 Jahren erfasst. Es zeigte sich, dass Mädchen ein Essverhalten aufwiesen, das mit einem höheren Risiko, an einer Essstörung zu erkranken assoziiert ist als das von Burschen. 36 Prozent der 14- bis 17-jährigen Mädchen, aber nur 6 Prozent der Burschen empfinden sich als übergewichtig, 24 Prozent der Mädchen und 9 Prozent der Burschen sind mit ihren Körperproportionen extrem oder sehr unzufrieden. Jedes zweite Mädchen in Wien im Alter zwischen 14 und 17 Jahren hat schon einmal eine Diät gemacht, aber nur etwa jeder siebente Bursche. 10 Prozent der Mädchen und ein Prozent der Burschen geben an, permanent auf Diät zu

sein. Extremes Essverhalten wie Essanfälle oder die Verwendung von Entwässerungs- und Abführmitteln sind häufig: 31 Prozent der Mädchen berichteten von Essanfällen, wobei bei 19 Prozent Kontrollverlust hinzukam; 13 Prozent der Mädchen haben bereits absichtlich erbrochen, um Gewicht zu reduzieren und 6 Prozent haben Abführmittel zum Abnehmen verwendet.

Im Rahmen dieser Studie wurde auch ein Fragebogen verwendet, der in der Psychodiagnostik der Essstörungen eingesetzt wird, das Eating Disorder Inventory (EDI). Die Ergebnisse dieses psychodiagnostischen Messinventars erlauben zwar keine genauen Angaben zur Häufigkeit von Essstörungen, vorsichtigen Schätzungen zufolge jedoch erfüllen 6,9 Prozent der Mädchen und 0,3 Prozent der Burschen in der untersuchten Gruppe Kriterien einer Essstörung bzw. können einer Risikogruppe zugerechnet werden, wobei der Anorexie und deren Vorstufen nur ein kleiner Teil zukommt. Hochgerechnet auf alle SchülerInnen in Wien im Alter von 14 bis 17 Jahren würde dies einer Gesamtzahl von 2.078 Mädchen und 92 Burschen entsprechen, die von Essstörungen bedroht sind.

Grafik 5.1: Essverhalten von SchülerInnen in Wien 2001 nach Geschlecht



Quelle: DE ZWAAN et al. (2001); Mehrfachnennungen möglich.

Diagnosekriterien der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Kriterien der Anorexia nervosa

A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (Körperge-

wicht von weniger als 85 Prozent des normalen Körpergewichts)
 B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden – trotz bestehenden Untergewichts.

C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körper-

³³⁴ DE ZWAAN et al. (2001).

gewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.

D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhö, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen.

Subtypen der Anorexia nervosa

Binge-Eating/Purging-Typus³³⁵ (betrifft rund 50 Prozent der Patientinnen): Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Essanfälle und zeigt Purging-Verhalten (das heißt selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen).

Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen Essanfälle oder zeigt kein Purging-Verhalten (das heißt selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen).

Kriterien der Bulimia nervosa

A. Wiederholte Episoden von „Essattacken“, die gekennzeichnet sind durch: (1) den Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum, die erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden; (2) das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren.

B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.

C. Die Essattacken und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.

D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.

E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Sub-Typen der Bulimia nervosa

Purging-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbre-

chen oder zeigt Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen.

Nicht-Purging-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Abführmittel, Entwässerungsmittel, Darmeinläufe missbraucht.

Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen

In Wien und Österreich fehlen epidemiologische Studien zur Häufigkeit von Essstörungen, man kann daher zur Schätzung von Prävalenz und Inzidenz nur auf ausländische Studien zurückgreifen. Ob mit der Zunahme der öffentlichen Aufmerksamkeit für das Thema Essstörungen auch tatsächlich eine Zunahme der Häufigkeit der Erkrankungen einhergeht, lässt sich anhand der vorhandenen epidemiologischen Studien nicht eindeutig belegen. Sowohl die Anorexia nervosa als auch die Bulimia nervosa betreffen überwiegend Mädchen und Frauen (90 bis 95 Prozent). Beide Erkrankungen haben einen Häufigkeitsspitzen im Alter von durchschnittlich 17 Jahren, die Anorexie tritt bereits mit 14 Jahren häufig auf. Nimmt man eine Prävalenz von einem Prozent für die Anorexia nervosa bei 15- bis 24-jährigen Mädchen an, wären in Wien rund 800 Mädchen und junge Frauen betroffen, zuzüglich der Fälle bei erwachsenen Frauen wären es weit über 1.000 Mädchen und Frauen. Die Prävalenz der Bulimia nervosa ist den vorhandenen Studien zufolge höher als jene der Anorexia nervosa und liegt je nach Altersgruppe bei 0,5 bis 3 Prozent. Die Prävalenz der Adipositas beträgt ein Vielfaches jener von Anorexia oder Bulimia nervosa. Es wird geschätzt, dass jedes zehnte Mädchen und jeder sechste Bursche in Wien adipös ist. Anorexie ist in höheren sozialen Schichten häufiger als in niederen – ganz im Gegensatz zur Adipositas, wo das Verhältnis von Unterschicht zu Oberschicht sechs zu eins beträgt.³³⁶ Im Jahr 2003 gab es in Wien rund 670 stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund einer Diagnose im Zusammenhang mit Essstörungen. Die Sterblichkeit ist bei der Anorexia nervosa höher als bei Bulimie und Adipositas. Nach zehn Jahren sterben bei Anorexia ner-

³³⁵ Engl. binge = wörtlich „Gelage“; engl. purging = wörtlich „abführen, entleeren“.

³³⁶ DE ZWAAN, SCHÜSSLER (2000).

vosa zehn Prozent, bei Bulimia nervosa zwei bis sieben Prozent der Betroffenen. Die Anorexia nervosa zählt zu den Erkrankungen der Pubertät mit der höchsten Mortalität.

Tabelle 5.3: Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Adipositas
Prävalenz	Mädchen: 0,5–1,0%; erwachsene Frauen: 0,1%; Männer: 0,05%	Frauen: 0,5 –3,0%; Männer: 0,2%	Mädchen: 3–10%; Burschen: 5–16%; Frauen: 9–25%; Männer: 10–16%
Frauenanteil	90–95%	ca. 90%	häufiger bei Frauen
Erstmanifestation	meist in der Adoleszenz; selten vor der Pubertät oder nach dem 40. Lebensjahr; zwei Altersgipfel: 14 und 18 Jahre	meist in der Adoleszenz, selten vor der Pubertät oder nach dem 40. Lebensjahr; Altersgipfel: 18 Jahre	Altersgipfel: 40.–65. Lebensjahr
Prognose	hohe Mortalität: 5–20%; bei etwa 60–70% günstiger Verlauf	niedrige Mortalität; bei etwa 70–80% günstiger Verlauf	niedrige Mortalität; bei etwa 70–80% günstiger Verlauf
Sterblichkeit	10-Jahres-Letalität: 5,6%; Mortalitätsrate nach 6–12 Jahren 9,6%; nach 20–40 Jahren 3,7%	Mortalitätsrate nach 5–11 Jahren 1,5 –7,4%	aufgrund zahlreicher möglicher Begleit- und Folgeerkrankungen schwer einzuschätzen
Komorbidity	zwanghafte, perfektionistische Persönlichkeitszüge	Lebenszeitprävalenz von Depressionen 75%; Alkohol- und Drogenmissbrauch	
soziale Faktoren	kaum Stadt-Land-Unterschiede; häufiger in höheren sozialen Schichten	häufiger in Großstädten und urbanisierten Gebieten; eher in der Mittelschicht	Verhältnis von Unter- zu Oberschicht = 6:1

Quelle: FRANKE, 2001; S. 358; DE ZWAAN, SCHÜSSLER, 2000.

Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Essstörungen

Die in Wien und Österreich im Bereich der Essstörungen vorhandenen epidemiologischen Daten sind auf die Zahlen zu den stationären Spitalsaufenthalten beschränkt, entsprechende Informationen aus dem niedergelassenen Versorgungsbereich fehlen. In Österreich bieten rund dreißig Spitalsanrichtungen die Behandlung von Essstörungen an. In Wien werden Essstörungen in der psychosomatischen Station und in der

kinder- und jugendpsychiatrischen Station des Allgemeinen Krankenhauses, im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern und im Wilhelminenspital stationär (und ambulant) behandelt. Bei den stationären Spitalsaufenthalten ist eine deutliche Zunahme der Aufenthalte aufgrund von Essstörungen seit Ende der 1980er Jahre zu verzeichnen: Im Jahr 1989 gab es in Österreich 269 Aufenthalte (89 Prozent der Aufenthalte betrafen Frauen), im Jahr 2000 waren es 1.471 Spitalsaufenthalte, also mehr als das Fünffache der Zahl von 1989 (95 Prozent Frauen).

Tabelle 5.4: Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Anorexie/Bulimie in Österreich 1989 bis 2000 nach Geschlecht

Geschlecht	Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Anorexie/Bulimie (absolut)											
	Jahr											
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Männer	30	23	28	27	23	32	27	29	52	91	68	78
Frauen	239	274	290	350	309	357	482	587	982	1.138	1.384	1.393
gesamt	269	297	318	377	332	389	509	616	1.034	1.229	1.452	1.471

Hinweis: von 1989 bis 2000 wurde die ICD-9 Klassifikation verwendet, daher sind in der Zeitreihe nur die Hauptdiagnosen Anorexie und Bulimie dargestellt.

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zur Verfügung gestellt durch STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

Die Diagnosen Anorexia nervosa oder atypische Anorexia nervosa haben in den Jahren 2001 bis 2003 deutlich häufiger zu Spitalsaufenthalten geführt als die Bulimia nervosa, für letztere sind in Wien in diesem Zeitraum die stationären Aufnahmen von Frauen stark gestiegen, nämlich von 88 auf 240, während für Anorexia nervosa

(einschließlich der atypischen Form) ein Anstieg von 222 auf 298 Aufenthalte zu beobachten war. Im Jahr 2003 sind in Österreich ein Viertel aller stationären Spitalsaufenthalte aufgrund von Essstörungen in Wiener Spitälern erfolgt.

Tabelle 5.5: Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Essstörungen in Wien und Österreich 2001 bis 2003 nach Geschlecht

ICD-10		Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Essstörungen (absolut)						
		2001		2002		2003		
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	
F50.0	Anorexia nervosa	Wien	147	19	196	21	248	16
		Österreich	870	51	894	54	1.038	46
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	Wien	75	0	38	6	46	0
		Österreich	184	5	109	13	118	5
F50.2	Bulimia nervosa	Wien	81	2	185	3	238	1
		Österreich	454	6	681	151	789	60
F50.3	Atypische Bulimia nervosa	Wien	7	0	3	1	2	1
		Österreich	38	0	37	3	36	2
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen	Wien	1	0	2	1	10	0
		Österreich	4	8	6	3	24	8
F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen	Wien	14	10	5	14	8	18
		Österreich	45	24	34	22	36	26
F50.8	sonstige Essstörungen	Wien	4	1	35	5	10	1
		Österreich	46	19	100	23	90	23
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	Wien	14	3	9	35	66	5
		Österreich	114	46	207	38	332	41
gesamt		Wien	343	35	486	60	628	42
		Österreich	1.755	159	2.068	307	2.463	211

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zur Verfügung gestellt durch STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

5.1.3 Bewegung, Sport und Gender Mainstreaming

Häufigkeit von Bewegung und Sport

Mädchen und junge Frauen in Wien machen laut eigenen Angaben gleich viel körperliche Bewegung wie gleichaltrige Männer. Jeweils rund acht Prozent der 16- bis 24-jährigen Wienerinnen und Wiener geben an, sich nicht körperlich zu bewegen. Mädchen und junge

Frauen berichten aber, sich deutlich weniger sportlich zu betätigen als Männer: Keinerlei Sport betreiben 43 Prozent der jungen Frauen, aber nur 27 Prozent der gleichaltrigen Männer. WienerInnen mit Migrationshintergrund geben deutlich weniger Aktivitäten im Bereich von Bewegung und Sport an als InländerInnen: 26 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer mit Migrationshintergrund machen keine körperliche Bewegung, 65 Prozent der Frauen und 32 Prozent der Männer betreiben keinen Sport.

Tabelle 5.6: Körperliche Bewegung und sportliche Betätigung bei 16- bis 24-Jährigen in Wien 2001 nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft

	InländerInnen			MigrantInnen		
	gesamt	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer
	Prozent					
körperliche Bewegung						
keine	8	8	8	23	26	21
wenig bis etwas	18	18	17	19	18	18
viel	74	74	75	59	57	61
sportliche Betätigung						
keine	34	43	27	49	65	32
wenig bis etwas	27	25	29	21	14	28
viel	39	32	44	30	21	40

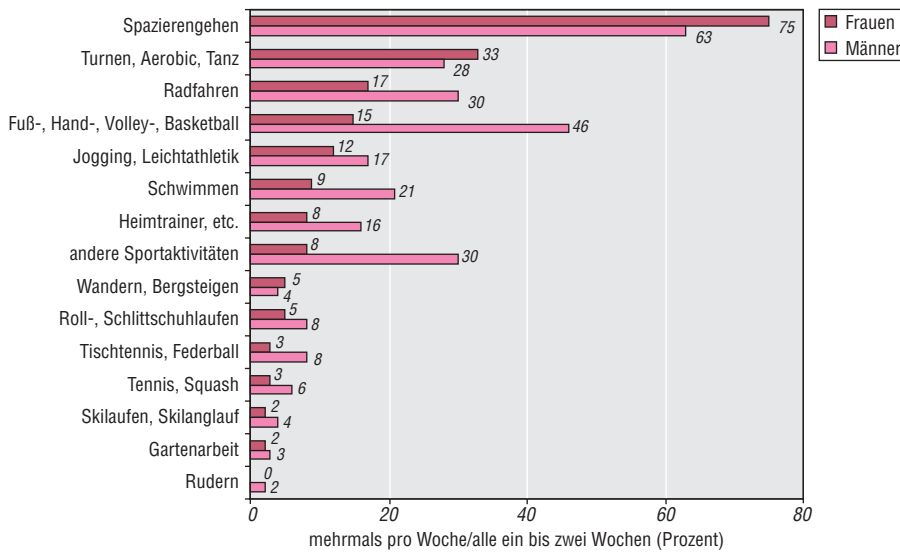
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, zitiert nach Wiener Jugendgesundheitsbericht, STADT WIEN (2002); S. 190 ff. (Tabelle V-19 und V-22 zusammengefasst).

Ausübung unterschiedlicher Bewegungs- und Sportarten

Junge Frauen in Wien betreiben laut eigener Aussagen nicht nur weniger Sport als gleichaltrige Männer, sie üben auch andere Bewegungs- und Sportarten aus. Nach Spaziergehen, das von Frauen und Männern

am häufigsten genannt wurde (75 Prozent der Frauen, 63 Prozent der Männer), folgen bei Frauen Turnen, Aerobic und Tanz an zweiter Stelle (33 Prozent), bei Männern hingegen Ballsportarten (Fußball, Handball, Volleyball, Basketball; 46 Prozent der Männer vs. 15 Prozent der Frauen).

Grafik 5.2: Ausübung unterschiedlicher Sportarten bei 16- bis 24-jährigen in Wien 2001 nach Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, zitiert nach Wiener Jugendgesundheitsbericht, STADT WIEN (2002), S. 189.

Gender Mainstreaming im Sport

Die Rolle von Frauen im Sport wurde im letzten Jahrzehnt im Rahmen des Gender Mainstreaming sowohl in Österreich als auch international vermehrt thematisiert. Frauen betreiben nicht nur weniger Freizeitsport, sie sind auch in Sportvereinen deutlich unterrepräsentiert. Wie in den meisten gesellschaftlichen Bereichen sind Frauen auch im Sport in den Führungsebenen von Vereinen und Verbänden nur marginal vertreten. Besonders im Hochleistungssport gibt es nach wie vor häufig Ungleichbehandlung von Frauen und Männern beim Zugang zu den verschiedenen Sportdisziplinen, bei wirtschaftlichen und sozialen Rechten, der Behandlung in den Medien und bei der Betreuung.

Auf politischer Ebene fanden erstmals zu Beginn der 1990er Jahre Aktivitäten zur Bekämpfung der Diskriminierung von Frauen im Sport statt. Ein internationales Netzwerk von Repräsentantinnen aus 41 Ländern, die „European Women and Sport Group“,³³⁷ wurde 1993 konstituiert. Eine gemeinsame Erklärung dieses Netzwerks zur gezielten Frauenförderung im Sport, die Erklärung von Brighton, wurde 1994 von fast 200

Sport- und Regierungsorganisationen verabschiedet. Die European Women and Sport Group hat zwischen 1994 und 2004 sechs internationale Konferenzen zum Thema Frauen und Sport abgehalten, die jeweils in einer Deklaration bzw. konkreten Empfehlungen für weitere Aktionen resultierten (1994: Großbritannien, Brighton Declaration; 1998: Namibia, Windhoek Call for Action; 2000: Finnland, Helsinki Spirit 2000 Recommendations; 2002: Deutschland, Berlin-Memorandum; 2003: Griechenland, Thessaloniki Declaration; 2004: Frankreich, Paris Call for Action).

Die „7th European Women and Sport Conference“ hat im März 2006 in der Wiener Hofburg stattgefunden. Die Konferenz wurde von der Österreichischen Bundes-Sportorganisation (BSO)³³⁸ veranstaltet, die in ganz Österreich rund 3,255.000 Mitglieder in 13.530 Vereinen umfasst (Wien: 404.560 Mitglieder in 1.120 Vereinen).³³⁹ Während rund 40 Prozent der Vereinsmitglieder weiblich sind, sind in den leitenden Gremien der BSO Frauen stark unterrepräsentiert. Seit dem Jahr 2002 gibt es jedoch eine ständige Kommission „Frauen im Sport“.

³³⁷ <http://www.ews-online.org>

³³⁸ <http://www.bso.or.at>

³³⁹ <http://www.bso.or.at/download/1236/Stats%202004.pdf> (Stand 1.1.2005).

Das Europäische Parlament hat eine umfassende Darstellung der Thematik Frauen und Sport für den europäischen Raum erstellt und konkrete Handlungsoptionen vorgeschlagen:³⁴⁰

- Sport ist ein Freiraum für Mädchen und Frauen aller Altersgruppen, ein Weg zum Erfolg und zur Emanzipation sowie bisweilen ein Mittel des Widerstands gegen soziale und kulturelle Zwänge. Die Teilnahme von Frauen und Mädchen, insbesondere von Migrantinnen, am Sport ist jedoch unterdurchschnittlich.
- Frauen betreiben (trotz Aufhebung der gesetzlichen Verbote für den Zugang von Frauen zu sportlicher Betätigung) immer noch weniger Sport als Männer, verteilen sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Sportarten und sind in den Leitungs- und Entscheidungsgremien des Sports nach wie vor unterrepräsentiert.
- Frauen sind unter den LizenzsportlerInnen und bei offiziellen Wettkämpfen unterrepräsentiert. Auch in den Strukturen des institutionalisierten Sports (Klubs, Vereine) sind Frauen nur in geringem Umfang engagiert und betreiben hauptsächlich informelle Fitness- und Freizeitsportarten.

Im Sport stellt sich die sexuelle Identität dar, Sport ist nach wie vor ein stark geschlechtsspezifisch ausgerichteteter und in Klischees verhafteter Bereich, in dem das vorherrschende Frauen- und Männerbild immer wieder reproduziert wird, aber auch überwunden werden kann.

Folgende **Handlungsbereiche des Gender Mainstreaming im Sport** wurden vom Europäischen Parlament

genannt: Strukturierung der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen der Frauenförderung im Sport; Entwicklung des Schul- und Freizeitsports; Gewährleistung gleicher Rechte im Hochleistungssport; Gewährleistung der Gesundheit von Athletinnen; verstärkte Beteiligung von Frauen in der Beschlussfassung.

5.1.4 Rauchen bei Jugendlichen

Siehe auch: Rauchen und Passivrauchen (Kapitel 5.3.4).

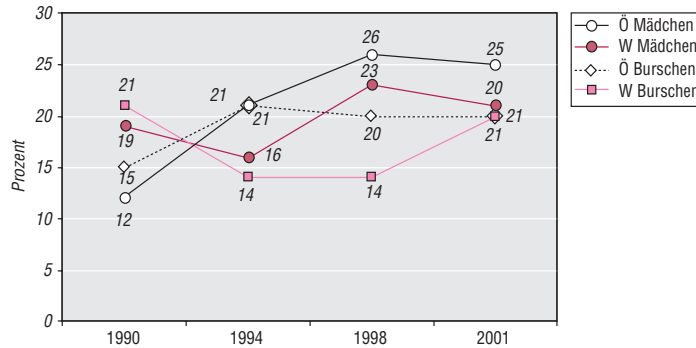
Zum Rauchverhalten bei Jugendlichen in Wien liegen unterschiedliche Erhebungen vor, die sich jedoch aufgrund verschiedener Befragungszeitpunkte, Unterschiede in der Fragenformulierung bzw. in den Antwortkategorien sowie hinsichtlich des Alters der untersuchten Populationen nicht unmittelbar vergleichen lassen. Laut Ergebnissen des im Jahr 2001 zum vierten Mal durchgeführten WHO-HBSC-Surveys³⁴¹ rauchen in Wien von den SchülerInnen im Alter von 15 Jahren 21 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Burschen täglich, im österreichischen Durchschnitt sind es 25 Prozent der gleichaltrigen Mädchen und ebenfalls 20 Prozent der Burschen. Das bedeutet, dass sowohl in Wien als auch in Österreich Mädchen häufiger täglich rauchen als Burschen. Für Wien zeigte sich weiters eine deutliche Steigerung im Vergleich zum Jahr 1994, wo von den befragten 15-jährigen SchülerInnen lediglich 16 Prozent der Mädchen und 14 Prozent der Burschen täglich rauchten. Weitere Ergebnisse sind im Wiener Frauengesundheitsbericht 2004 dargestellt.³⁴²

³⁴⁰ EUROPÄISCHES PARLAMENT (2003), S. 8 ff.

³⁴¹ DÜR, MRAVLAK (2002); HBSC = Health Behaviour in School-aged Children (EU-weite Studie der WHO).

³⁴² STADT WIEN (2005).

Grafik 5.3: 15-jährige SchülerInnen, die täglich rauchen, in Wien und Österreich 1990, 1994, 1998, 2001 nach Geschlecht



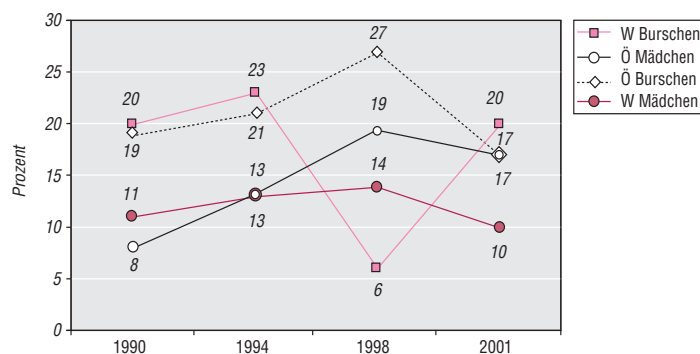
Quelle: WHO-HBSC-Survey 1990, 1994, 1998, 2001; zitiert nach DÜR, MRAVLAG (2002)

5.1.5 Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die unterschiedlichen Befragungsergebnisse zum Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Wien lassen keine eindeutigen Aussagen über das genaue Ausmaß und die Entwicklung im vergangenen Jahrzehnt zu.³⁴³ Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 wurde die durchschnittliche täglich konsumierte Alkoholmenge von 16- bis 24-Jährigen erhoben. Der Wert für Männer war mit 12,8 Gramm Alkohol um rund das Vierfache höher als jener für Frauen (4,0 Gramm Alkohol).³⁴⁴

Laut den Ergebnissen des seit 1990 bislang vier Mal durchgeführten WHO-HBSC-Surveys³⁴⁵ ist in Österreich der Anteil an 15-jährigen Mädchen, die bereits vier Mal oder öfter einen Alkoholrausch gehabt haben von acht Prozent im Jahr 1990 auf 17 Prozent im Jahr 2001 gestiegen. In Wien liegt jedoch der Anteil der Mädchen mit häufigerer Alkoholrausch-Erfahrung deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt und ist – ausgehend von 11 Prozent im Jahr 1990 – nach einem leichten Anstieg in den Jahren 1994 und 1998 im Jahr 2001 wieder auf 10 Prozent gesunken. Burschen in Wien hatten im Jahr 2001 häufiger bereits mehrfache Alkoholrausch-Erfahrung (20 Prozent) als der österreichische Durchschnitt (17 Prozent).

Grafik 5.4: 15-jährige SchülerInnen mit Alkoholrausch-Erfahrung (vier Mal oder öfters) in Wien und Österreich 1990, 1994, 1998, 2001 nach Geschlecht



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1990, 1994, 1998, 2001; zitiert nach EISENBACH-STANGL et al. (2004), S. 39.

³⁴³ Anmerkung: Im Mikrozensus September 1999 (Fragen zur Gesundheit) wurde der Alkoholkonsum für unter 20-Jährige nicht erhoben.

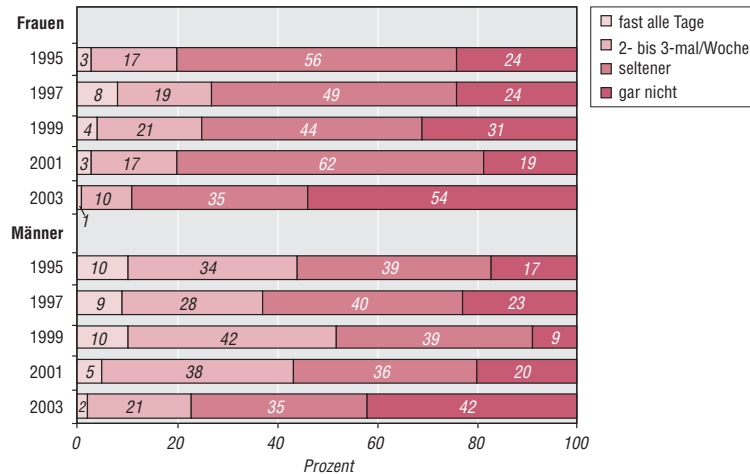
³⁴⁴ Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, zitiert nach STADT WIEN (2003), Lebensstile in Wien, S. 72.

³⁴⁵ DÜR, MRAVLAG (2002); HBSC = Health Behaviour in School-aged Children (EU-weite Studie der WHO).

Laut IFES-Suchtmittel-Monitoring ist der Anteil 15- bis 29-jähriger Frauen, die täglich oder mehrmals pro Woche Alkohol trinken, von 20 Prozent im Jahr 1995 auf 27 Prozent im Jahr 1997 gestiegen, ist seither aber wieder rückläufig und lag im Jahr 2003 bei 11 Prozent. Bei den

gleichaltrigen Männern in Wien ist seit dem Jahr 1999 ein Rückgang des Anteils jener, die täglich Alkohol oder mehrmals pro Woche Alkohol konsumieren, zu beobachten (von 44 Prozent im Jahr 1995 auf 23 Prozent im Jahr 2003).³⁴⁶

Grafik 5.5: Alkoholkonsum 15- bis 29-Jähriger in Wien 1995 bis 2003 nach Geschlecht



Quelle: Suchtmittel-Monitoring 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 im Auftrag des Fonds Soziales Wien; zitiert nach IFES (2004).

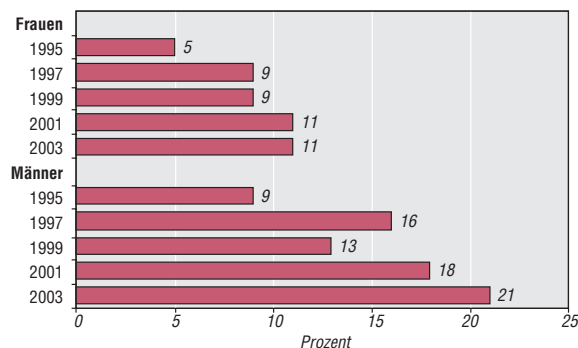
5.1.6 Drogenkonsum

Konsum von Cannabis (Haschisch, Marihuana)

Laut IFES-Suchtmittel-Monitoring 2003³⁴⁷ haben nach eigenen Angaben deutlich weniger Frauen als

Männer im Alter von 15 bis 40 Jahren schon einmal Cannabis (Haschisch, Marihuana) konsumiert (11 Prozent der Frauen vs. 21 Prozent der Männer). Insgesamt gaben im Jahr 2003 16 Prozent, im Jahr 2001 14 Prozent der 15- bis 40-jährigen WienerInnen Konsumerfahrungen an.

Grafik 5.6: Erfahrungen mit Cannabis bei Personen im Alter von 15 bis 40 Jahren in Wien 1995, 1997, 1999, 2002, 2003 nach Geschlecht



Quelle: Suchtmittel-Monitoring 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 im Auftrag des Fonds Soziales Wien; zitiert nach IFES (2004).

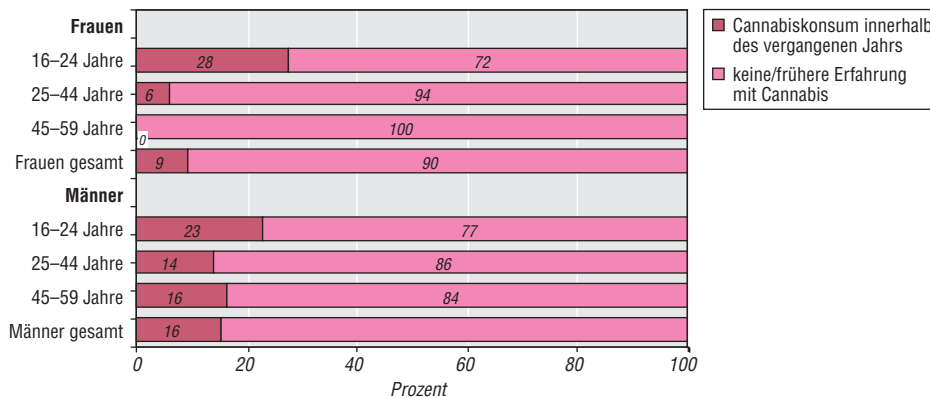
³⁴⁶ IFES (2004).

³⁴⁷ IFES (2004), S. 12 ff.

Der Konsum von Hanfprodukten ist stark altersabhängig: Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 haben von den 16- bis 24-Jährigen 28 Prozent der Frauen und 23 Prozent der Männer innerhalb des vorangegangenen Jahres Cannabis konsumiert, bei den 45- bis 59-Jährigen hat keine Frau, aber 16 Prozent der Männer Cannabiskonsum angegeben. Die Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 weisen ei-

nen etwas weniger häufigen Cannabis-Konsum aus als das IFES-Suchtmittel-Monitoring 2003: Demnach haben 9 Prozent der Frauen und 16 Prozent der Männer (alle Altersgruppen zusammengefasst) Erfahrungen mit dieser Substanz (vs. 11 Prozent der Frauen bzw. 21 Prozent der Männer laut IFES-Suchtmittel-Monitoring 2003).

Grafik 5.7: Erfahrungen mit Cannabis bei 16- bis 59-Jährigen in Wien 2001 nach Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 148.

Konsum von Ecstasy, Amphetaminen und Kokain

Jeweils zwei Prozent der Frauen und Männer in Wien haben laut IFES-Suchtmittel-Monitoring 2003³⁴⁸ Ecstasy bzw. Amphetamine konsumiert. Dieser Anteil blieb im Zeitverlauf, d. h. von 1995 bis 2003, konstant. Der Konsum ist auf die unter 40-Jährigen fokussiert, von denen rund vier bis fünf Prozent diese Drogen zu sich

nehmen. Ein leichter Anstieg war 2003 beim Konsum von Kokain festzustellen: Von rund einem Prozent der WienerInnen, die in den vorangegangenen Befragungen laut eigenen Angaben bereits einmal Kokain genommen haben, stieg der Wert auf drei Prozent, wobei die Konsumquoten bei Männern der berufstätigen höheren Bildungsschicht der mittleren Altersgruppe überdurchschnittlich hoch war (ca. fünf bis sieben Prozent).

³⁴⁸ IFES (2004).

5.2 Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen

Zusammenfassung

Den **ersten Geschlechtsverkehr** hat rund die Hälfte der Mädchen mit 15 Jahren, Burschen etwas später. Beim „ersten Mal“ verhütet nur eines von sechs Mädchen nicht, das heißt, ein großer Teil der Jugendlichen verhütet und wendet dabei am häufigsten Kondome an, gefolgt von der Pille; zwischen 4 und 6 Prozent der Mädchen bzw. 5 und 7 Prozent der Burschen verlassen sich jedoch auf den Coitus interruptus. Bei den so genannten „**Teenagerschwangerschaften**“ bzw. „**Teenagermüttern**“ liegt Wien und Österreich im Mittelfeld der internationalen Rangreihung, welche von den USA und Russland angeführt wird. Wien liegt bei einer über die vergangenen Jahre annähernd gleich bleibenden Tendenz mit 22,2 Lebendgeburten pro 1.000 15- bis 19-jähriger Frauen über dem österreichischen Schnitt von 13,7. Trotz einer relativ guten Verhütungsmoral Wiener Jugendlicher ist der Bereich der **Sexualpädagogik** in Wien, aber auch in Österreich, noch nicht zufrieden stellend etabliert und weitere Aufklärungsarbeit erforderlich.

Summary: Sexual and reproductive health of girls and young women

*Approximately half of all girls have their **first intercourse** at age 15, while it is a bit later for boys. Only one in six girls do not use contraception during their “first time”. This means that a large percentage of adolescents use contraception, most frequently condoms, followed by the pill. However, between 4 and 6 percent of girls and 5 to 7 percent of boys rely on coitus interruptus. Regarding **teenage pregnancies and teenage mothers**, Vienna and Austria are near the international average, while the US and Russia have the highest figures. With 22.2 live births per 1,000 women aged 15 to 19, a rate that has been stable over the last years, Vienna is above the Austrian average of 13.7. Despite the relatively good attitude of Viennese adolescents towards contraception, **sexual education** in Vienna and Austria as a whole is not yet satisfactorily established, and further education is necessary.*

5.2.1 Erste Regelblutung (Menarche)

In keinem anderen Lebensalter unterscheiden sich Gleichaltrige so stark in ihrer gesamten Entwicklung wie im Jugendalter.³⁴⁹ Über individuelle Entwicklungstendenzen der körperlichen, psychosozialen und sexuellen Reifung hinaus sind auch langfristige Prozesse zu erkennen: In den westlichen Industrieländern hat im vergangenen Jahrhundert eine „säkulare Akzeleration“ stattgefunden, das heißt eine beschleunigte Entwicklung gegenüber vorangegangenen Generationen. Ein Beispiel hierfür ist das Absinken des Alters bei der ersten Menstruation (Menarche) von rund 17 Jahren Mitte des 19. Jahrhunderts auf derzeit rund 11 bis 14 Jahre. Das bedeutet, dass das Alter der ersten Regelblutung pro Jahrzehnt um etwa vier bis fünf Monate gesunken

ist. Die Unterschiede im Reifealter zwischen verschiedenen Populationen werden vor allem auf Umweltbedingungen, Ernährungsmuster und auf sanitäre und medizinische Gegebenheiten zurückgeführt: Z. B. liegt in Europa und den USA das Menarchealter zwischen 11,5 und 13,5 Jahren, in Afrika aber zwischen 14 und 17 Jahren.³⁵⁰

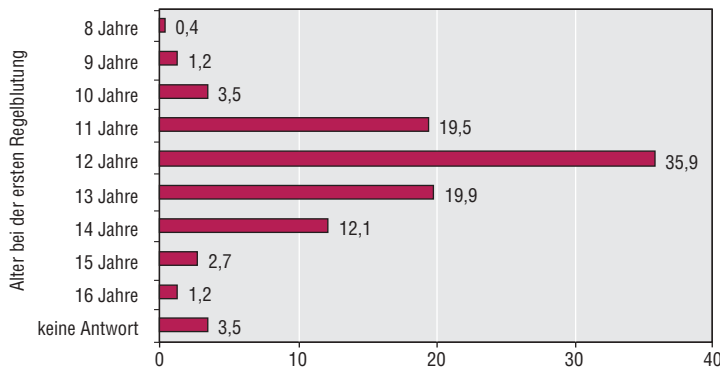
Eine österreichische Studie aus dem Jahr 2001³⁵¹ zeigt, dass mehr als ein Drittel der befragten Mädchen die Menarche im Alter von 12 Jahren erleben, jeweils rund 20 Prozent mit 11 bzw. 13 Jahren. Rund fünf Prozent der Mädchen bekommen mit zehn Jahren oder vorher ihre erste Regel, 16 Prozent mit 14 Jahren oder später.

³⁴⁹ OERTER, MONTADA (2002).

³⁵⁰ TANNER (1962), S. 165.

³⁵¹ WEIDINGER et al. (2001).

Grafik 5.8: Alter bei der ersten Regelblutung bei Frauen in Österreich 2001



N = 256 Mädchen, Median des Alters der ersten Regelblutung = 12 Jahre.

Quelle: WEIDINGER et al. (2001).

Auch im individuellen Erleben der ersten Regelblutung gibt es große Unterschiede. Laut einer aktuellen Studie³⁵² erlebt nur ein geringer Teil der Frauen – rund 15 Prozent – die erste Menstruation als ein positives Ereignis, etwas mehr als die Hälfte der Frauen beurteilt

sie als neutral und rund 30 Prozent als negativ. In Wien wird die Menstruation von den jungen Frauen häufiger als neutral oder positiv und seltener als negativ erlebt als in den restlichen Bundesländern.

Tabelle 5.7: Subjektives Erleben der ersten Menstruation bei Frauen in Wien und Österreich 2005

War Ihre erste Menstruation ...	Wien		Österreich	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
ein positives Erlebnis	20	15,6	72	13,7
ein neutrales Erlebnis	73	57,0	280	53,2
ein negatives Erlebnis	29	22,7	155	29,5
positiv und negativ	3	2,3	8	1,5
weiß nicht, keine Antwort	3	2,4	11	2,1
gesamt	128	100,0	526	100,0

Quelle: BALDASZTI et al. (2005), S. 142.

5.2.2 Alter und Verhütung beim ersten Geschlechtsverkehr

Zum Thema erster Geschlechtsverkehr liegen in Österreich mehrere sozialwissenschaftliche Studien vor: Der Vergleich von Daten aus den Jahren 1991, 2001 und 2005 läßt keinen einheitlichen Trend erkennen, wobei

allerdings auch methodische Gründe eine Rolle spielen können. 1991 gaben 50 Prozent der Mädchen und 43 Prozent der Burschen an, vor dem 16. Lebensjahr zum ersten Mal Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, im Jahr 2001 waren es 61 Prozent der Mädchen und 56 Prozent der Burschen, im Jahr 2005 waren es 45 Prozent der Mädchen und 34 Prozent der Burschen.

³⁵² BALDASZTI et al. (2005); S. 142.

Tabelle 5.8: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in Österreich 1991, 2001, 2005 nach Geschlecht

Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (Jahre)	1991*		2001**		2005***	
	Mädchen	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen	Burschen
	Prozent					
unter 13	–	–	4	2	–	–
13	4	3	7	10	18	4
14	15	13	25	18	18	4
15	31	27	25	26	9	26
16	33	36	24	23	46	22
17	15	14	8	13	9	41
18	2	6	4	4	0	0
über 18	–	–	2	2	–	–
keine Angabe	–	–	1	2	–	–

Quellen: * 15- bis 20-Jährige in Österreich 1991; 199 Mädchen und 145 Burschen, Erhebung mittels Fragebogen; NÖSTLINGER, WIMMER-PUCHINGER (1994). **14- bis 18-Jährige in Österreich 2001; 307 Mädchen und 163 Burschen; Erhebung mittels Fragebogen; WEIDINGER et al. (2001). ***15- bis 19-Jährige in Österreich 2005; 33 Mädchen und 38 Burschen; Erhebung im Rahmen einer Telefonbefragung der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren; BALDASZTI et al. (2005).

Ein großer Teil der Jugendlichen hat beim ersten Geschlechtsverkehr verhütet: Von den 1991 Befragten hatten laut eigenen Angaben 20 Prozent der Mädchen und 22 Prozent der Burschen nicht verhütet, im Jahr 2001 waren es nur 7 Prozent der Mädchen und 11 Prozent der Burschen und im Jahr 2005 jedoch wiederum 17 Prozent der Mädchen und 18 Prozent der Bur-

schen. Dieser uneinheitliche Trend kann jedoch methodische Gründe haben. Häufigstes Verhütungsmittel beim ersten Mal ist sowohl für Mädchen als auch für Burschen das Kondom, gefolgt von der Pille. Die unsichere Methode des Coitus interruptus wird von zwischen vier und sieben Prozent der Jugendlichen angewendet.

Tabelle 5.9: Verhütungsmethode beim ersten Geschlechtsverkehr in Österreich 1991, 2001, 2005 nach Geschlecht

Verhütungsmethode beim ersten Geschlechtsverkehr	1991*		2001**		2005***	
	Mädchen	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen	Burschen
	Prozent					
Kondom	65	65	77	75	50	59
Pille	46	41	17	20	28	15
Coitus interruptus	6	6	4	5	4	7
chemische Verhütungsmittel	2	3	–	–	2	0
Periode beobachten („sichere Tage“)	1	2	–	–	2	1
andere Verhütung	–	–	–	–	1	0
weiß nicht, kann mich nicht erinnern	–	–	–	–	3	3
keine Verhütung	30	22	7	11	17	18

Quellen: *15- bis 20-Jährige in Österreich 1991; 199 Mädchen und 145 Burschen, Erhebung mittels Fragebogen; NÖSTLINGER, WIMMER-PUCHINGER (1994). **14- bis 18-Jährige in Österreich 2001; 307 Mädchen und 163 Burschen; Erhebung mittels Fragebogen; WEIDINGER et al. (2001). ***15- bis 44-Jährige in Österreich 2005; 230 Frauen und 256 Männer; Erhebung im Rahmen einer Telefonbefragung der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren; BALDASZTI et al. (2005).

5.2.3 Teenagerschwangerschaften, Teenagermütter

Während international – vor allem in den USA und England – in den vergangenen Jahren ein Anstieg der Zahl der Teenagerschwangerschaften berichtet wird, sind in Österreich seit Anfang der 1990er Jahre die Geburtenraten bei Frauen unter zwanzig Jahren deutlich zurückgegangen. Österreich liegt damit im internationalen Vergleich im Mittelfeld. Über mögliche zeitliche Veränderungen in der Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen bei unter 20-Jährigen können in Österreich keine zuverlässigen Angaben gemacht werden, da es keine systematische Dokumentation oder statistische Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen gibt. Der Rückgang der Teenagerschwangerschaften ist zum Teil durch den allgemeinen Trend der Verschiebung des Zeitpunktes der Geburt des ersten Kindes zu einem biographisch späteren Zeitpunkt zu erklären. In Österreich ist die Zahl der Geburten bei 15- bis 19-Jährigen zwischen 1994 und 2004 von 18,9 auf 13,7 Lebendgeburten pro 1.000 15- bis 19-jähriger Frauen gesunken. In Wien, wo die Geburtenrate bei 15- bis 19-jährigen Müttern

etwas über dem Österreich-Schnitt liegt, sank diese im Zeitraum 1994 bis 2004 von 25,2 auf 22,3 pro 1.000 15- bis 19-jähriger Frauen.

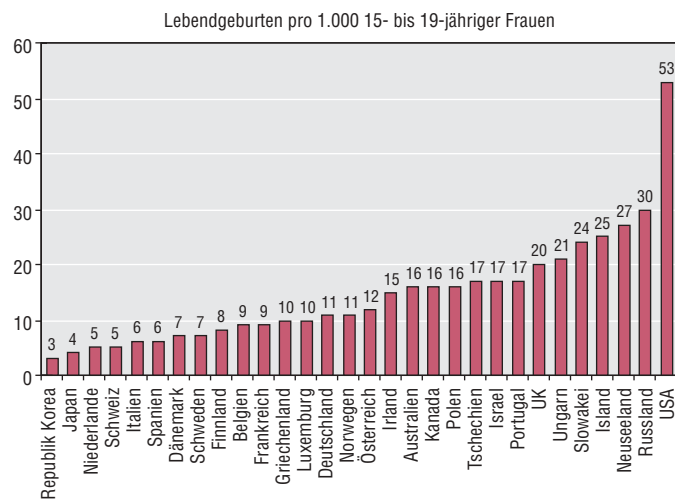
In Österreich gibt es keine aktuellen Studien zu Ursachen, Folgen und psychosozialen Aspekten von Teenagerschwangerschaften. Ein Teil der Teenagerschwangerschaften sind ungewollte Schwangerschaften als Folge einer unsicheren bzw. unregelmäßigen Verhütungspraxis, die aus Wissensdefiziten oder Mangel an Handlungskompetenz resultieren. Aber mangelndes Wissen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ist nicht der einzige Grund für Schwangerschaften bei jungen Mädchen: Beobachtungen aus der Beratungspraxis lassen den Schluss zu, dass sich junge Frauen mit höherer Bildung und beruflicher Perspektive eher zu einem Schwangerschaftsabbruch entscheiden als Mädchen mit eingeschränkten Berufs- und Zukunftsoptionen.³⁵³ Präventive Ansätze müssen daher über sexualpädagogische Maßnahmen hinaus strukturelle Bedingungen der Ausbildungs- und Berufssituation von Mädchen und jungen Frauen berücksichtigen.

Tabelle 5.10: Lebendgeburten bei 12- bis 14-jährigen und 15- bis 19-jährigen Müttern in Österreich und Wien 1994 bis 2004

Jahr	Lebendgeburten gesamt		Lebendgeburten bei Müttern unter 15 Jahren				Lebendgeburten bei 15- bis 19-jährigen Müttern					
	absolut		absolut		Prozent aller Lebendgeburten		absolut		Prozent aller Lebendgeburten		Lebendgeburten pro 1.000 15- bis 19-jähriger Frauen	
	Österreich	Wien	Österreich	Wien	Österreich	Wien	Österreich	Wien	Österreich	Wien	Österreich	Wien
1994	92.415	17.064	21	9	0,022	0,053	4.271	887	4,6	5,2	18,9	25,2
1995	88.669	16.261	18	13	0,020	0,080	3.876	853	4,4	5,2	17,4	24,0
1996	88.809	16.242	11	7	0,012	0,043	3.496	782	3,9	4,8	15,6	21,9
1997	84.045	15.505	14	6	0,017	0,039	3.353	737	4,0	4,8	14,7	20,4
1998	81.233	15.235	14	8	0,017	0,053	3.261	759	4,0	5,0	14,0	20,8
1999	78.138	15.157	11	6	0,014	0,040	3.094	727	4,0	4,8	13,1	19,7
2000	78.268	15.547	6	3	0,008	0,019	3.261	822	4,2	5,3	13,7	22,1
2001	75.458	15.167	9	2	0,012	0,013	3.245	789	4,3	5,2	13,7	21,2
2002	78.399	16.428	12	5	0,015	0,030	3.244	847	4,1	5,2	13,8	22,5
2003	76.944	16.486	16	9	0,021	0,055	3.090	797	4,0	4,8	13,2	20,5
2004	78.968	16.856	17	8	0,022	0,045	3.234	887	4,1	5,3	13,7	22,2

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005), S. 35.

³⁵³ BZgA (2005), S. 3.

Grafik 5.9: Lebendgeburten bei 15- bis 19-jährigen Müttern in industrialisierten Ländern 2003

Quelle: UNFPA (2003), *The State of World Population 2003*; zitiert nach SAVE THE CHILDREN (2004), S. 18.

Einrichtungen wie das **Haus L.E.N.A** (Beratungs- und Betreuungszentrum für Schwangerschaft, Geburt und Elternalltag) mit dem **Projekt Babydoll** am Krankenhaus Göttlicher Heiland³⁵⁴ bieten kostenlos – und auf Wunsch auch anonym – medizinische und psychologische Betreuung für schwangere Jugendliche und jugendliche Mütter an. Seit Jänner 2003 begleitet ein Team aus Hebammen, MedizinerInnen, Psychothera-

apeutInnen, PädagogInnen, und SozialarbeiterInnen Mädchen zwischen 12 und 19 Jahren während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie im ersten Jahr mit dem Baby. Die Betreuung der Mädchen umfasst auch die Unterstützung bei Problemen mit dem Partner, den Eltern, der Schule oder dem/der ArbeitgeberIn. Auch Präventionsprogramme gegen Teenager-schwangerschaften wurden entwickelt.

³⁵⁴ <http://www.babydoll.at>

5.3 Gesundheitsbezogener Lebensstil von Frauen in der reproduktiven Phase

Zusammenfassung

Ernährung, Adipositas, Bewegung

Frauen ernähren sich gesünder als Männer. Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 wurde dies bestätigt und zudem gezeigt, dass der **Konsum gesunder Nahrungsmittel** bei Frauen mit zunehmendem Alter sogar noch häufiger wird. Ebenso war die Tendenz zu erkennen, dass ungesunde Ernährung in niederen Bildungsschichten bei Frauen und Männern häufiger ist. Die Umfrageergebnisse wurden auch durch die Erhebungen zum **Body Mass Index** unterstrichen, der das Ausmaß an Über-, Unter- bzw. Normalgewichtigkeit angibt: In Wien sind etwas mehr als zwei Drittel der Frauen normalgewichtig, aber nur ein Drittel der Männer. 19,7 Prozent der Frauen und 57,4 Prozent der Männer sind übergewichtig, 8,7 Prozent der Frauen und 8,2 Prozent der Männer sind adipös. Die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas liegt bei Frauen und Männern leicht unter dem österreichischen Durchschnitt. Frauen betreiben weniger **Sport** als Männer, wobei die Geschlechterunterschiede im Alter von unter 25 und über 75 Jahren am größten sind.

Rauchen/Passivrauchen und sexuelle/reproduktive Gesundheit

In Österreich gibt es rund 2,3 Millionen RaucherInnen, davon sind rund ein Drittel, also 800.000 stark nikotinabhängig. Rund 14.000 Menschen sterben jährlich an den Folgen des Tabakkonsums, das sind 38 Personen täglich. Seit den 1970er Jahren nimmt der Anteil der Raucher bei Männern ab, der Anteil der Raucherinnen bei den Frauen nimmt aber zu, wobei Frauen noch immer weniger häufig rauchen als Männer. Generell ist in Wien die Zahl der RaucherInnen höher als in den Bundesländern. Für Wien liegen mehrere Erhebungen zum Rauchverhalten vor, die Angaben zum Anteil der regelmäßig rauchenden Frauen liegen zwischen 27,0 und 40,2 Prozent (bei den Männern zwischen 37,0 und 56,0 Prozent). Rauchen kann bei Frauen, aber auch bei Männern, die **sexuelle und reproduktive Gesundheit** massiv beeinträchtigen.

Summary: Health related lifestyles of adult women

Nutrition, obesity, physical activity

*Women have healthier eating habits than men. The Vienna Health and Social Survey 2001 showed this and also found that the **consumption of healthy food** increases with age for women. It also showed that unhealthy nutrition is more frequent among women and men with a low level of education. The findings of this survey were also confirmed by the results of a **Body Mass Index** study that showed the prevalence of overweight, underweight and normal weight. In Vienna, just above two in three women but only one in three men have normal body weight. 19.7 percent of women and 57.4 percent of men are overweight, 8.7 percent of women and 8.2 percent of men are obese. Overweight and obesity in Vienna is slightly below the Austrian average for both women and men. Women participate in **sports** less frequently than men, and this gender gap is largest in the age groups below 25 and above 75.*

Smoking/passive smoking and sexual and reproductive health

Approximately 2.3 million people in Austria smoke. Of these, approximately one in three, i.e. 800,000, have a severe nicotine addiction. Some 14,000 people die each year as a result of tobacco consumption, that is 38 people every day. Smoking has been decreasing among men since the 1970s but increasing among women. However, women still smoke less frequently than men. In general Vienna has a higher percentage of smokers than the other Austrian provinces. There are several studies on smoking in Vienna; the figures for regularly smoking women lie between 27.0 and 40.2 percent (for men: between 37.0 and 56.0 percent).

Bei Einnahme von Kombinationspräparaten zur oralen Kontrazeption (Pille) ist das Risiko für koronare Herzerkrankungen und für Schlaganfall erhöht, ebenso kommt es bei Raucherinnen häufiger zum Versagen des oralen Verhütungsmittels.

Die Fruchtbarkeit von Frauen (und Männern) kann durch Rauchen eingeschränkt sein und auch eine verminderte Reaktion auf eine Fertilitätsbehandlung wurde bei beiden Geschlechtern beobachtet. Rauchen kann den Eintritt der Menopause verzögern und zu häufigeren und schwereren menopausalen Symptomen führen. Das Risiko des invasiven Zervixkrebses ist bei Raucherinnen um das Dreifache erhöht. Im Bereich von **Schwangerschaft und Geburt** wurde Rauchen als Risikofaktor für vorzeitigen Blasensprung, Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht, Fehlgeburt, Totgeburt, Säuglingssterblichkeit und fötale Missbildungen bestätigt. Aber auch das **Passivrauchen** kann extrem negative Auswirkungen besonders auf Schwangere und Kinder haben (reduziertes Fötuswachstum, Frühgeburt, plötzlicher Kindstod, Atemwegserkrankungen und Wachstums- bzw. Entwicklungsstörungen des Kindes). Bei Männern wurde Rauchen und Passivrauchen v. a. als Risikofaktor für Impotenz und verminderte Spermienqualität bestätigt. Laut Mikrozensus 1997 sind entsprechend eigener Angaben 20,7 der weiblichen und 21,8 der männlichen ArbeitnehmerInnen PassivraucherInnen. In Österreich ist der Schutz von NichtraucherInnen am Arbeitsplatz noch immer sehr unzureichend im **Arbeitnehmerschutzgesetz** geregelt. Die seit Jänner 2005 geltende **Novelle des Tabakgesetzes** sieht zwar Rauchverbot an allen geschlossenen öffentlichen Orten vor, ausgenommen ist aber v. a. die Gastronomie. Die Gesetzesnovelle enthält weiters eine Ausweitung des Werbe- und Sponsoringverbots für Tabakprodukte. Die Novelle sieht aber keinen nachhaltigen NichtraucherInnenschutz vor.

Alkoholkonsum bei Frauen, Alkohol in der Schwangerschaft

Weil „nur“ rund ein Viertel der AlkoholikerInnen in Wien Frauen sind, wird dieses Gesundheitsproblem häufig als Männerdomäne behandelt.

*Smoking can be extremely harmful to **sexual and reproductive health** in women as well as in men. Smoking while using combination oral contraceptives (the pill) increases the risk for coronary heart disease and strokes, and oral contraceptives also fail more often for smokers. The fertility of women (and men) can be reduced through smoking and a lower reaction to fertility treatment has been observed in both sexes. Smoking can delay the start of the menopause and lead to menopausal symptoms being stronger and more frequent. The risk of invasive cervical cancer is tripled for female smokers. Concerning **pregnancy and childbirth**, smoking has been found to be a risk factor for premature rupture of the membranes, premature birth, low birth weight, miscarriage, stillbirth, infant mortality and birth defects. However, **passive smoking** can also have extremely negative effects in particular on children and pregnant women (slow growth of the foetus, premature birth, cot death, diseases of the respiratory organs, negative impact on the growth and development of the child). In men smoking and passive smoking has been identified as a risk factor for impotence and reduced sperm quality. According to the 1997 Mikrozensus survey, 20.7 percent of female and 21.8 percent of male gainfully employed persons reported being passive smokers. In Austria the protection of non-smokers at the workplace is still insufficiently regulated in the **Employee Protection Act**. The **amendment to the Tobacco Act** which has been in force since January 2005 bans smoking in all closed public places, but in particular the bar and restaurant business is an exception from this. The amendment also includes a broader ban on advertising and sponsoring for tobacco products. However, it does not contain consequent non-smoker protection.*

Alcohol consumption in women, alcohol during pregnancy

Because “only” one in four alcoholics in Vienna are women, this issue is frequently treated as a male problem.

Frauen beginnen durchschnittlich später mit dem problematischen Alkoholkonsum (gehäuft um das 40. Lebensjahr), werden schneller abhängig und sind stärkeren physiologischen Wirkungen sowie massiveren Folgeschäden ausgesetzt als Männer. Alkoholikerinnen sind in allen gesellschaftlichen bzw. Bildungsschichten anzutreffen. **Alkoholkonsum von schwangeren Frauen** kann angeborene Missbildungen des Kindes zur Folge haben. Schätzungen zufolge werden mindestens 100 Kinder in Wien jährlich mit Schäden von unterschiedlichem Stärkegrad aufgrund des Alkoholkonsums der Mutter geboren. Da es sich um potenzielle vermeidbare Fälle handelt, sind präventive Maßnahmen in diesem Bereich besonders vordringlich.

Konsum illegaler Drogen

Was den geschlechtsspezifischen Konsum illegaler Drogen betrifft, liegen in Wien und Österreich wenig umfassende Daten vor. Bekannt ist, dass Frauen deutlich seltener illegale Drogen konsumieren als Männer: Von den problematischen OpiatkonsumentInnen sind etwa 26 bis 30 Prozent Frauen. Der Frauenanteil bei den direkt und indirekt drogenbezogenen Todesfällen beträgt 15 bis 20 Prozent. Mädchen beginnen in jüngerem Alter illegale Substanzen zu konsumieren als Burschen, der Frauenanteil sinkt jedoch mit zunehmendem Alter. Frauenspezifische Ansätze der Prävention des illegalen Drogenkonsums und der Betreuung Drogenabhängiger sind vereinzelt vorhanden, decken jedoch noch nicht den Bedarf.

*Problematic alcohol consumption in women starts later on average (peaking around age 40). Women also become addicted faster, and they experience stronger physiological effects and more severe long-term damage than men. Female alcoholics occur in all social and educational strata. **Alcohol consumption of pregnant women** can lead to congenital birth defects of the child. According to estimates each year at least 100 children in Vienna are born with defects of varying degrees as a consequence of their mother's alcohol consumption. Since this is an avoidable risk, preventive measures in this area are particularly important.*

Use of illegal substances

There is little data on the gender-specific consumption of illegal drugs in Vienna and Austria. It is known that women consume illegal substances far less frequently than men: approximately 26 to 30 percent of problematic opiate consumers are women. The share of women in directly or indirectly drug related deaths is 15 to 20 percent. Girls start consuming illegal substances at an earlier age than boys, but the share of women decreases with age. Women-specific approaches in drug prevention and the treatment of addicts can be found in places, but they are not enough to cover the need.

Ausführliche Analysen des gesundheitsbezogenen Lebensstils von Frauen und Männern in Wien sind im Bericht „Lebensstile in Wien“ zu finden.³⁵⁵

5.3.1 Ernährung

Siehe auch: Abschnitt „Ernährung, Körpergewicht und Adiposits“ (Kapitel 5.1.1).

Es wird weitgehend als Tatsache angenommen, dass sich Frauen gesünder ernähren als Männer. Wissen-

schaftliche Evidenz dafür gibt es in Österreich, aber auch international, kaum. Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey³⁵⁶ wurden Nahrungsmittel-Konsumgewohnheiten von Frauen und Männern in Wien erhoben und bei der statistischen Auswertung ein Indikator für „gesunde Ernährung“ gebildet, der häufigen Konsum von Fisch, gekochtem Gemüse, Rohkost, Salat, rohem Gemüse, frischem Obst und Vollkornbrot umfasst. Der Indikator für „fett- und zuckerreiche Ernährung“ beinhaltet den häufigen Konsum von Wurstwaren, Fleisch, Mehlspeisen, Kuchen, Kekse, sonstige Süßwa-

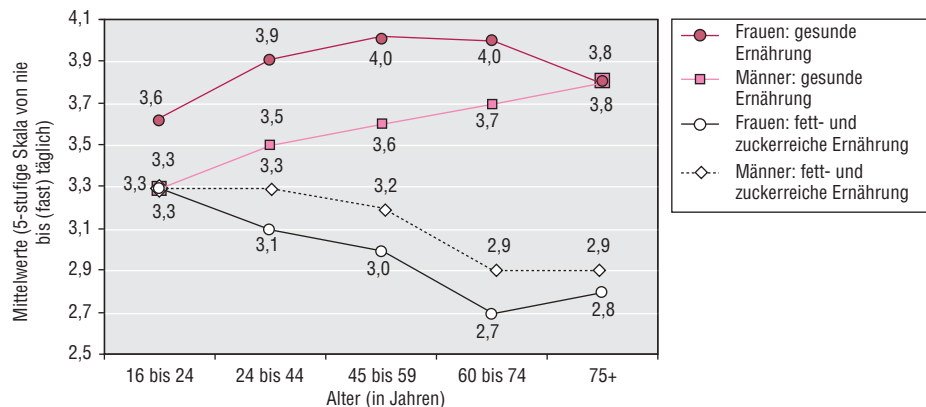
³⁵⁵ STADT WIEN (2003), Lebensstile in Wien.

³⁵⁶ Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, zitiert nach STADT WIEN (2003), Lebensstile in Wien, S. 122.

ren und Eier. Über alle Altersklassen hinweg konsumieren Frauen häufiger gesunde Nahrungsmittel als Männer (mit der Einschränkung, dass die Werte von Frauen und Männern für die Altersgruppe von 75 Jahren ähnlich sind). Korrespondierend dazu ist bei Frau-

en fett- und zuckerreiche Ernährung seltener als bei Männern, und zwar in allen Altersgruppen. Generell nimmt die Häufigkeit gesunder Ernährung bei Frauen und Männern mit dem Alter zu, der Konsum von fett- und zuckerreicher Ernährung ab.

Grafik 5.10: Gesunde Ernährung, fett- und zuckerreiche Ernährung in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

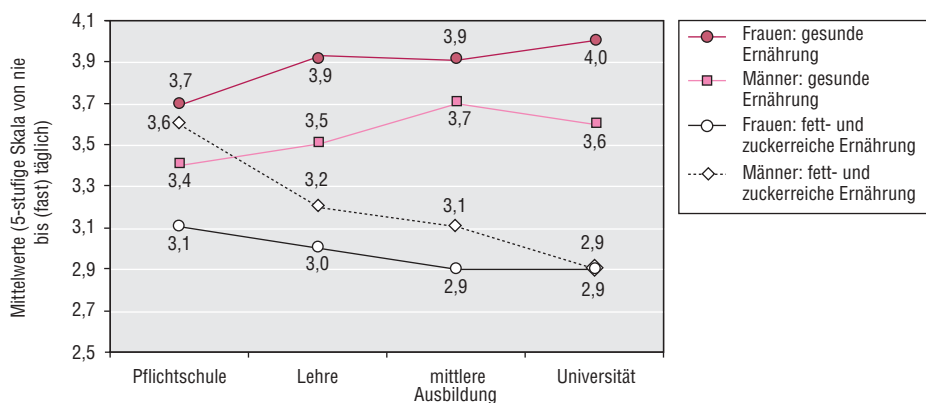


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, zitiert nach STADT WIEN (2003), S. 122.

Ein Einfluss der Schulbildung auf die Häufigkeit des Konsums gesunder oder weniger gesunder Nahrungsmittel ist deutlich zu erkennen, ist jedoch bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich die Tendenz, dass mit zunehmender Bildung ein gesunder Ernährungsstil häufiger

und eine ungesunde Ernährungsweise seltener ist. Besonders groß ist die Differenz zwischen Männern mit Pflichtschulbildung und mit Universitätsabschluss beim Konsum fett- und zuckerreicher Ernährung, wobei Universitätsabsolventen einen solchen Ernährungsstil deutlich seltener angeben.

Grafik 5.11: Gesunde Ernährung, fett- und zuckerreiche Ernährung in Wien 2001 nach Schulbildung



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, zitiert nach STADT WIEN (2003), S. 123.

5.3.2 Körpergewicht und Adipositas

Mehrere Erhebungen liefern Hinweise zur epidemiologischen Verbreitung der Adipositas bei Erwachsenen in Wien. Laut Mikrozensus September 1999³⁵⁷ sind in Wien 68,5 Prozent der Frauen, aber nur 34,2 Prozent der Männer normalgewichtig. 19,7 Prozent der Frauen sind übergewichtig und 6,7 Prozent adipös, dagegen sind bei den Männern 57,4 Prozent

übergewichtig und 8,2 Prozent adipös. Frauen sind häufiger untergewichtig (3,2 Prozent) als Männer (0,2 Prozent). Wiener Frauen und Männer unterscheiden sich in der Verteilung des Body Mass Index (BMI)³⁵⁸ nur geringfügig von jenen im gesamten Bundesgebiet, wobei jedoch eine Tendenz zu erkennen ist, dass Frauen in Wien etwas seltener übergewichtig und adipös sind als dies im österreichischen Durchschnitt der Fall ist.

Tabelle 5.11: Body Mass Index (BMI) bei Personen ab 20 Jahren in Wien und Österreich 1999 nach Geschlecht

Body Mass Index (BMI) laut WHO-Definition	Wien			Österreich		
	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
	Prozent					
Untergewicht (BMI unter 18)	3,2	0,2	1,8	3,3	0,9	2,2
Normalgewicht (BMI 18,5 bis unter 25,0)	68,5	34,2	52,5	66,3	35,7	51,7
Übergewicht (BMI 25,0 bis unter 30,0)	19,7	57,4	37,2	21,3	54,3	37,0
Adipositas (BMI über 30)*	8,7	8,2	8,5	9,1	9,1	9,1

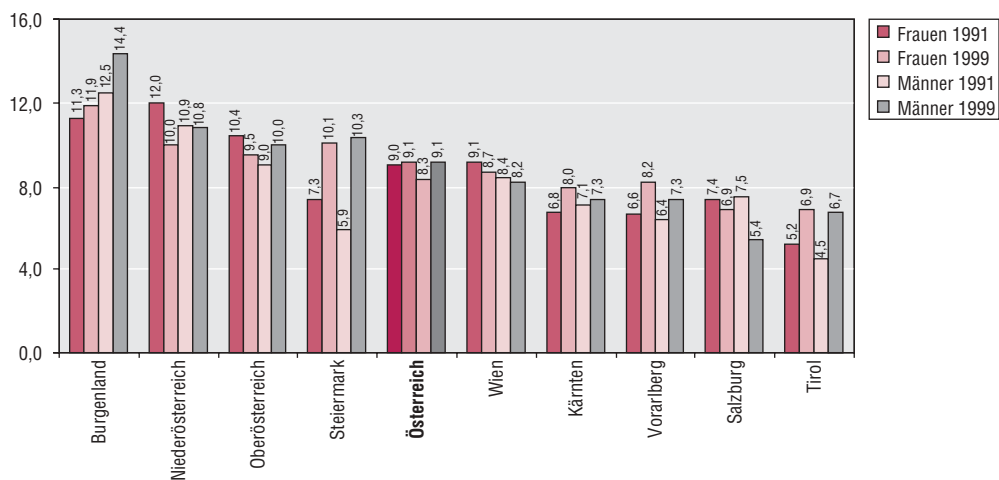
* Die WHO-Definition unterscheidet weiteres zwischen Adipositas Grad I (BMI 30,0 bis unter 35,0), Adipositas Grad II (BMI 35,0 bis unter 40,0) und extremer Adipositas Grad III (BMI über 40), dies wurde in der vorliegenden Datenquelle nicht berücksichtigt.

Quelle: Mikrozensus September 1999, zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2002); S. 75 ff.

Der Anteil adipöser Frauen und Männer liegt in Wien im **Bundesländervergleich** in den Mikrozensus-Erhebungen der Jahre 1991 und 1999 im Mittelfeld. Hohe

Anteile an adipösen Frauen und Männern finden sich in Burgenland und in Niederösterreich, niedrige in Tirol, Salzburg und Vorarlberg.

Grafik 5.12: Adipositas (BMI 30 und darüber) bei Personen ab 20 Jahren 1991 und 1999 nach Geschlecht und Bundesländern



Quelle: Mikrozensus Dezember 1991, zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (1996); Mikrozensus September 1999, zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2002), S. 75 ff.

³⁵⁷ STATISTIK AUSTRIA (2002).

³⁵⁸ Berechnung des Body Mass Index: Körpergewicht in kg dividiert durch Körpergröße zum Quadrat.

Die Häufigkeit des Auftretens von Übergewicht und Adipositas hängt bei beiden Geschlechtern vom **Lebensalter** ab: 20- bis 29-Jährige sind am wenigsten häufig, 60- bis 74-Jährige am häufigsten davon betroffen. Bei

Frauen sind von den 20- bis 29-jährigen 6,6 Prozent und von den 60- bis 74-jährigen 31,6 Prozent übergewichtig oder adipös, bei Männern 8,6 Prozent der 20- bis 29-jährigen und 31,4 Prozent der 60- bis 74-jährigen.

Tabelle 5.12: Body Mass Index (BMI) bei Personen ab 20 Jahren in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht

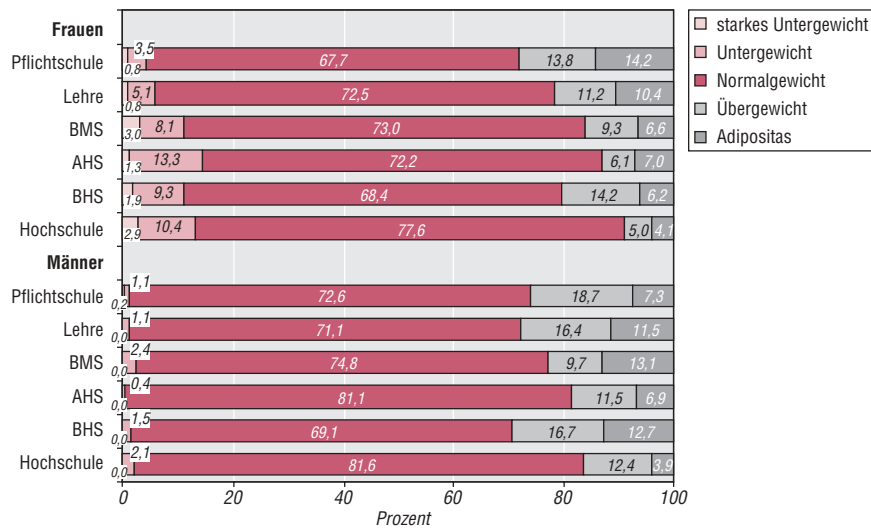
Alter (Jahre)	Body Mass Index (BMI) laut früherer Definition				
	unter 18	18 bis unter 20	20 bis unter 27	27 bis unter 30	über 30
	starkes Untergewicht	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	starkes Übergewicht (Adipositas)
	Prozent				
Frauen					
20 bis 29	4,1	14,5	74,8	3,2	3,4
30 bis 44	2,1	12,4	73,1	6,9	5,4
45 bis 59	1,1	3,9	71,5	11,3	12,2
60 bis 74	1,0	3,0	64,5	16,6	15,0
75+	1,2	3,2	75,8	11,7	8,1
gesamt	1,9	8,0	71,9	9,6	8,7
Männer					
20 bis 29	0,3	3,7	87,5	5,6	3,0
30 bis 44	0,0	1,7	79,7	11,6	7,0
45 bis 59	0,0	1,1	68,4	18,8	11,7
60 bis 74	0,3	0,3	68,1	18,8	12,6
75+	0,5	1,8	81,3	12,0	4,4
gesamt	0,1	1,7	76,4	13,6	8,2

Quelle: Mikrozensus September 1999; zitiert nach STADT WIEN (2003); S. 54.

Ein Vergleich des Body Mass Index von Frauen und Männern mit **unterschiedlicher Schulbildung** zeigt vor allem bei Frauen, dass in den höheren Bildungs-

gruppen der Anteil adipöser Frauen ab-, jener untergewichtiger Frauen jedoch zunimmt. Bei den Männern ist dies nicht so durchgängig zu beobachten.

Grafik 5.13: Body Mass Index bei Personen über 20 Jahren in Wien 1999 nach Schulbildung und Geschlecht



Quelle: Mikrozensus September 1999; zitiert nach STADT WIEN (2002); S. 72.

5.3.3 Bewegung und Sport

Siehe auch: Abschnitt „Bewegung, Sport und Gender Mainstreaming“ (Kapitel 5.1.3).

In Wien betreiben Mädchen und Frauen unter 25 Jahren am seltensten täglichen Sport, während bei Männern gerade in dieser Altersgruppe die tägliche Sport-

ausübung am häufigsten ist. Während ab dem 25. bis zum 75. Lebensjahr der Anteil der Frauen und Männer, die täglich Sport betreiben, relativ konstant bleibt und auch der Geschlechtsunterschied gering ist, nimmt der Anteil an Frauen und Männern, die niemals Sport betreiben, kontinuierlich zu. Frauen aller Altersgruppen geben deutlich häufiger als Männer an, keinen Sport zu betreiben.

Tabelle 5.13: Körperliche Bewegung bei Personen ab 16 Jahren in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen?					
	täglich oder fast täglich	mehrmals in der Woche	etwa einmal pro Monat	zwei- bis dreimal im Monat	einmal im Monat oder seltener	nie
	Prozent					
Frauen						
16 bis 24	9,1	24,3	31,2	13,3	12,7	9,4
25 bis 44	16,2	28,2	18,3	8,5	11,5	17,3
45 bis 59	14,4	25,3	22,2	7,5	11,8	18,8
60 bis 74	14,0	19,2	13,9	9,1	11,4	32,4
75+	1,9	10,2	5,9	2,1	16,7	63,3
gesamt	13,2	23,8	18,6	8,1	12,3	24,0
Männer						
16 bis 24	25,3	36,5	18,2	6,9	9,4	3,7
25 bis 44	17,2	32,2	22,6	8,0	10,7	9,3
45 bis 59	19,1	32,6	13,7	10,3	9,9	14,5
60 bis 74	18,1	20,9	17,0	9,0	11,2	23,7
75+	7,6	6,4	15,7	2,6	17,1	50,6
gesamt	18,2	29,4	18,6	8,2	10,8	14,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001); S. 136.

5.3.4 Rauchen und Passivrauchen

Siehe auch: *Rauchen bei Jugendlichen (Kapitel 5.1.4).*

Nikotinabhängigkeit gilt in den internationalen Klassifikationssystemen für Erkrankungen als psychische Störung.³⁵⁹ Das starke Suchtpotenzial von Nikotin wird besonders durch die geringen Erfolgsraten von Raucher-Entwöhnungstherapien deutlich. Laut Mikrozensus 1997 gab es in Österreich rund 2,3 Millionen RaucherInnen, davon waren rund ein Drittel, also 800.000 stark nikotinabhängig. Rund 14.000 ÖsterreicherInnen sterben jährlich an den Folgen des Tabakkonsums, das sind 38 Personen täglich. Seit den 1970er Jahren nimmt der Anteil der Raucher bei Männern ab, der Anteil der Raucherinnen bei den Frauen aber zu, wobei jedoch Frauen noch immer weniger häufig rauchen als Männer. Generell ist in Wien die Zahl der RaucherInnen höher als in den Bundesländern.

Datenlage zum Rauchverhalten in Wien

Für Wien liegen mehrere Erhebungen zum Rauchverhalten der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (bzw. ab 16 Jahren) vor:

- Der Mikrozensus Dezember 1997 (Rauchgewohnheiten)³⁶⁰ gibt einen Anteil der Raucherinnen in der Wiener Wohnbevölkerung ab 16 Jahren von **29,2 Prozent** an (Männer: 40,6 Prozent).
- Laut Mikrozensus September 1999 (Fragen zur Gesundheit)³⁶¹ beträgt der Anteil der rauchenden

Frauen im Alter ab 15 Jahren **40,2 Prozent** (Männer: 56,0 Prozent).

- Der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001³⁶² hat festgestellt, dass bei Frauen ab 16 Jahren **33,9 Prozent** rauchen (Männer: 43,6 Prozent).
- Entsprechend dem IFES-Suchtmittel-Monitoring 2003³⁶³ rauchen **27 Prozent** der Frauen ab 15 Jahren regelmäßig/täglich (Männer: 37 Prozent).

Der Unterschied zwischen den Datenquellen hinsichtlich der Angaben zum Anteil der regelmäßig/täglich rauchenden Frauen beträgt somit mehr als 10 Prozent.

Die letzte repräsentative österreichweite Befragung zum Rauchverhalten war im Jahr 1997, eine aktuelle Befragung wäre aufgrund der Aktualität des Themas dringend erforderlich.

Altersabhängigkeit des Rauchverhaltens

Die Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen sind bei Frauen und Männern ähnlich. Im Alter von 16 bis 24 Jahren rauchen laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 mehr als die Hälfte der Frauen und Männer regelmäßig/täglich, dieser Anteil reduziert sich für die Altersgruppe von 25 bis 59 Jahren auf etwas über 30 Prozent der Frauen und über 40 Prozent der Männer, ab 60 Jahren liegt der Anteil der regelmäßigen/täglichen RaucherInnen sowohl bei Frauen als auch bei Männern bei rund 20 Prozent, bei den ab 75-Jährigen unter zehn Prozent.

³⁵⁹ ICD-10 Code F17, Gruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/Tabak. ICD-10 = International Classification of Diseases der WHO, Version 10, die seit 1994 verwendet wird; <http://icd.web.med.uni-muenchen.de/ALL/F10-F19.html>

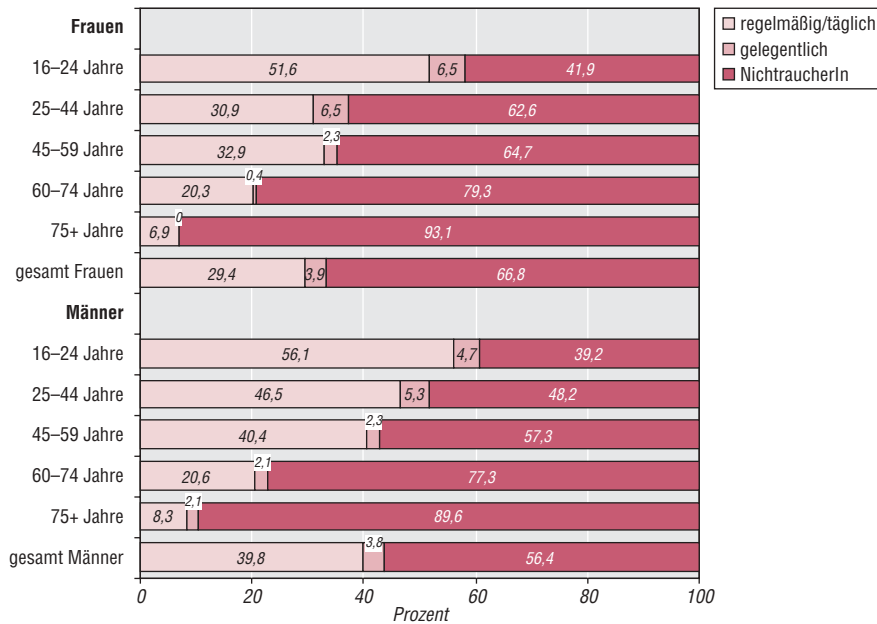
³⁶⁰ STATISTIK AUSTRIA (2002), S. 89.

³⁶¹ STADT WIEN (2002), S. 51.

³⁶² STADT WIEN (2001), S. 145.

³⁶³ IFES – INSTITUT FÜR EMPIRISCHE SOZIALFORSCHUNG (2004).

Grafik 5.14: RaucherInnenstatus bei Personen ab 15 Jahren in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



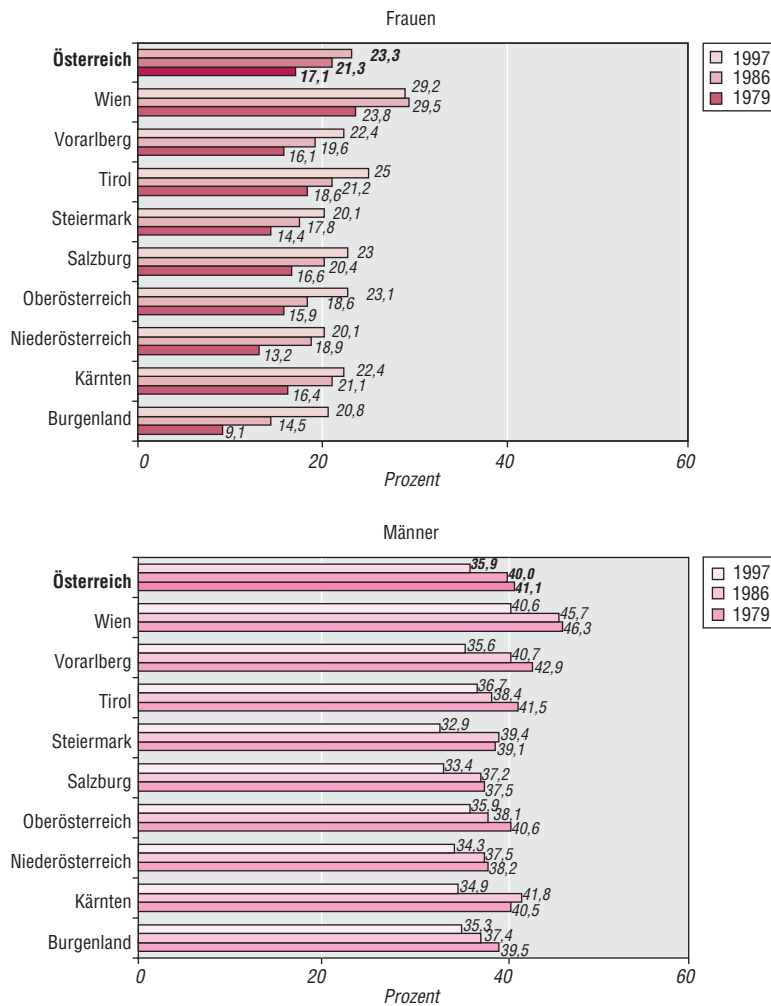
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurve 2001; zitiert nach STADT WIEN (2003), *Lebensstile in Wien*, S. 79–80.

Bundesländervergleich der Rauchgewohnheiten

Im Bundesländervergleich der Rauchgewohnheiten anhand der von Statistik Austria zu den Erhebungszeitpunkten 1979, 1986 und 1997 erhobenen Mikrozensus-Daten weist Wien sowohl bei Frauen als auch bei Männern die höchsten RaucherInnenquoten auf. Im Jahr 1997 haben in Wien 29,2 Prozent der Frauen und 40,6

Prozent der Männer täglich geraucht. Hingegen haben in Burgenland, dem Land mit den niedrigsten RaucherInnenquoten in Österreich, im selben Zeitraum nur 20,8 Prozent der Frauen und 35,3 Prozent der Männer geraucht. Ein Vergleich der drei Erhebungszeitpunkte 1979, 1986 und 1997 zeigt deutlich für alle Bundesländer eine Zunahme des RaucherInnenanteils bei den Frauen und einen Rückgang des Raucheranteils bei den Männern.

Grafik 5.15: Anteil der RaucherInnen in der österreichischen Bevölkerung 1979, 1986, 1997 nach Bundesländern und Geschlecht



Quelle: Mikrozensus Dezember 1997; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2002), Rauchgewohnheiten.

Soziale Determinanten des Rauchverhaltens

Sozioökonomische Faktoren, wie z. B. Bildung, Berufsausübung, Einkommen und berufliche Position, können den gesundheitsbezogenen Lebensstil und das Verhalten, im Besondern Rauchen und Alkoholkonsum, beeinflussen. Bei Frauen und Männern mit **Pflichtschule** als höchster abgeschlossener Schulbildung sind RaucherInnen – besonders im Vergleich zu UniversitätsabsolventInnen – häufig: 32,1 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss, aber nur 15,8 Prozent der

Frauen mit Universitätsabschluss rauchen regelmäßig; bei Männern beträgt diese Relation 39,0 zu 23,1 Prozent. Auch die unterschiedlichen Typen von **Wohnbezirken** zugeordnete soziale Schicht (so genannte „ArbeiterInnenbezirke“, „Nobelbezirke“) schlägt sich im Rauchverhalten nieder: In ArbeiterInnenbezirken wird unabhängig vom Geschlecht mehr geraucht, der Unterschied zur Rauchfrequenz in Nobelbezirken beträgt bei Frauen rund 7, bei Männern rund 9 Prozentpunkte. Überdurchschnittlich hohe RaucherInnenquoten finden sich bei **arbeitslosen Frauen und Männern**.³⁶⁴ Eine detaillierte Analyse der Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und

³⁶⁴ STADT WIEN (2002), S. 74; siehe auch Abschnitt „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ (Kapitel 5.7.3).

Sozialsurvey 2001 hinsichtlich der sozio-ökonomischen Determinanten des Rauchverhaltens³⁶⁵ ergab unter Einbeziehung von Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus und Schulbildung, dass bei Frauen vor allem die Schulbildung, bei Männern eher der Faktor Arbeitslosigkeit

einen signifikanten Einfluss auf das Rauchverhalten hat: Frauen mit Universitätsabschluss rauchen signifikant seltener als alle anderen Gruppen, bei arbeitslosen Männern ist die Wahrscheinlichkeit des Rauchens um das 1,5-fache höher als bei berufstätigen Männern.

Tabelle 5.14: RaucherInnenstatus bei Personen ab 16 Jahre in Wien 2001 nach Schulbildung, Art des Wohnbezirks und Geschlecht

	Frauen			Männer		
	täglich	nicht täglich	Nicht-raucherIn	täglich	nicht täglich	Nicht-raucherIn
	Prozent					
gesamt	29,4	3,9	66,8	39,8	3,8	56,4
Schulbildung						
Pflichtschule	32,1	2,9	65,0	58,1	2,9	39,0
Lehre	31,8	2,6	65,6	40,5	2,4	57,0
mittlere Ausbildung	29,3	4,5	66,2	34,2	5,2	60,6
Universität	15,8	7,7	76,6	23,1	6,1	70,8
Art des Wohnbezirks						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	31,3	4,3	64,4	42,4	5,2	52,3
ArbeiterInnenbezirk	30,8	2,8	66,4	38,9	2,6	58,5
Mischbezirk	27,5	4,9	67,6	39,9	3,5	56,6
Nobelbezirk	24,3	3,5	72,3	33,6	6,1	60,4

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; STADT WIEN (2004), S. 145 ff.

Rauchen und sexuelle/reproduktive Gesundheit

Die Auswirkungen des Rauchens auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen und Männern sind massiv und reichen von einer Risikosteigerung für koronare Herzerkrankungen und Schlaganfall im Zusammenhang mit Kontrazeptiva, über Menstruationsstörungen bis zu primärer und sekundärer Infertilität, Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt sowie zu einer Erhöhung des Risikos für Zervix-

krebs. Bei Männern können sexuelle Impotenz und eine Beeinträchtigung der Spermien Folgen des Rauchens sein. Passivrauchen hat vor allem für Kinder erwiesene gesundheitliche Folgen. Die British Medical Association (BMA) hat im Jahr 2004 die internationalen wissenschaftlichen Befunde zu Effekten des Rauchens auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit und auf die Gesundheit von Kindern zusammengestellt und hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Evidenz bewertet.³⁶⁶ Nachfolgend eine Übersicht über die Ergebnisse.

³⁶⁵ BACHINGER (2004), S. 76, S. 272 f.

³⁶⁶ BMA (2004).

Tabelle 5.15: Effekte des Rauchens auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen und Männern und auf die Gesundheit von Kindern

nachgewiesene Effekte des Rauchens und Passivrauchens		Evidenz-Stufe
RAUCHEN		
Frauen		
sexuelle Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankungen bei Einnahme von Kombinationspräparaten zur oralen Kontrazeption 	1
	<ul style="list-style-type: none"> erhöhtes Risiko für Schlaganfall bei Einnahme von Kombinationspräparaten zur oralen Kontrazeption 	1
	<ul style="list-style-type: none"> erhöhtes Risiko von Kontrazeptionsversagen bei Einnahme von Kombinationspräparaten zur oralen Kontrazeption 	3
	<ul style="list-style-type: none"> Menstruationsbeschwerden 	3
	<ul style="list-style-type: none"> Aussetzen der Menstruation 	3
	<ul style="list-style-type: none"> unregelmäßige Menstruationsperioden 	3
Fruchtbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> Verzögerung der Konzeption (Eintritt einer Schwangerschaft) 	1
	<ul style="list-style-type: none"> primäre Infertilität 	1
	<ul style="list-style-type: none"> sekundäre Infertilität 	1
reproduktive Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> verminderte Reaktion auf Fertilitätsbehandlung 	2
	<ul style="list-style-type: none"> frühere Menopause 	1
	<ul style="list-style-type: none"> präkanzeröse Veränderungen der Cervix (auffällige Cervix-Abstriche) 	1
	<ul style="list-style-type: none"> invasiver Cervixkrebs (Risiko bei Raucherinnen um das Dreifache erhöht) 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Vermännlichung der Körperformen bei Frauen 	2
	<ul style="list-style-type: none"> mehr menopausale Symptome 	3
	<ul style="list-style-type: none"> mehr ernste menopausale Symptome 	3
Schwangerschaft	<ul style="list-style-type: none"> Komplikationen der Plazenta 	1
	<ul style="list-style-type: none"> vorzeitiger Blasensprung 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Frühgeburt 	1
	<ul style="list-style-type: none"> niedriges Geburtsgewicht des Babys (Risiko bei Raucherinnen um das Dreifache erhöht) 	1
	<ul style="list-style-type: none"> perinatale Sterblichkeit (Risiko einer Totgeburt und Risiko für den Tod des Babys in der vierten Woche jeweils um 40 Prozent erhöht) 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ektopische Schwangerschaft (außerhalb des Uterus) 	2
	<ul style="list-style-type: none"> Fehlgeburt (Risiko bei Raucherinnen um 25 Prozent erhöht) 	2
	<ul style="list-style-type: none"> fötale Missbildungen 	2
Stillen	<ul style="list-style-type: none"> weniger häufiges Stillen 	2
	<ul style="list-style-type: none"> kürzere Stilldauer 	2
Männer		
sexuelle Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> sexuelle Impotenz (Risiko bei Rauchern um 50 Prozent erhöht) 	2
Fruchtbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> Schädigung der Spermien 	1
	<ul style="list-style-type: none"> reduzierte Qualität der Spermien 	2
	<ul style="list-style-type: none"> verminderte Reaktion auf Fertilitätsbehandlung 	2
PASSIVRAUCHEN		
schwängere Frauen	<ul style="list-style-type: none"> reduziertes Wachstum des Fötus, niederes Geburtsgewicht des Babys (Risiko bei Passivrauchen der Mutter um 20 Prozent erhöht) 	2
	<ul style="list-style-type: none"> Frühgeburt 	
Kinder	<ul style="list-style-type: none"> plötzlicher Kindstod (Risiko bei Passivrauchen des Kindes um das 2,13-fache erhöht) 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Erkrankung des Mittelohrs (Risiko bei Passivrauchen des Kindes um 48 Prozent erhöht) 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Atemwegserkrankungen 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Asthma bei vorher gesunden Kindern (Risiko bei Passivrauchen des Kindes um 37 Prozent erhöht) 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Asthmaanfälle bei bereits erkrankten Kindern 	1
	<ul style="list-style-type: none"> Verhaltensstörungen 	2
	<ul style="list-style-type: none"> Beeinträchtigung von Wachstum und Entwicklung 	2
Männer	<ul style="list-style-type: none"> sexuelle Impotenz 	3

Legende: 1 = conclusive evidence (sicher bewiesen); 2 = substantial evidence (sehr wahrscheinlich); 3 = suggestive evidence (wahrscheinlich).

Quelle: BMA (2004).

Rauchen in der Schwangerschaft – Passivrauchen bei Kindern

Untersuchungen in Deutschland zeigen, dass etwa die Hälfte aller Kinder unter sechs Jahren und zwei Drittel der 6- bis 13-Jährigen in einem Raucherhaushalt leben, das heißt, sie wachsen als PassivraucherInnen auf. Für viele dieser Kinder beginnt das Passivrauchen schon vor der Geburt: Rund 20 Prozent aller Schwangeren rauchen während der gesamten Schwangerschaft.³⁶⁷

Insgesamt enthält Tabakrauch etwa 4.000 Chemikalien, darunter auch krebserregende Substanzen (Benzol, Formaldehyd, Cadmium). Diese Stoffe können durch den Mutterkuchen in den Blutkreislauf des Fötus gelangen und diesen schädigen. Nikotin verringert auch den Blutfluss durch den Mutterkuchen, was eine schlechtere Durchblutung des Gewebes des Ungeborenen zur Folge haben kann. Kinder von rauchenden Müttern haben ein geringeres Geburtsgewicht, einen kleineren Kopfumfang und ein vermindertes Längenwachstum. Bestimmte Fehlbildungen sind häufiger (z. B. Lippen-Gaumen-Spalten) und sowohl die Frühgeburtenrate als auch die Säuglingssterblichkeit ist höher. Nach der Geburt sind bei Kindern rauchender Mütter das Risiko für plötzlichen Kindstod, für Atemwegserkrankungen, Asthma, Mittelohrinfektionen und Allergien erhöht.³⁶⁸ Gibt eine werdende Mutter während der ersten drei Monate ihrer Schwangerschaft das Rauchen auf, ist das Risiko einer Totgeburt oder einer Säuglingssterblichkeit nicht erhöht.³⁶⁹

Gesundheitsrisiken durch Passivrauchen

RaucherInnen atmen rund ein Viertel des gesamten Rauches einer Zigarette selbst ein und wieder aus (Hauptstromrauch). Drei Viertel des Rauchs verglimmen jedoch und gehen sofort in die Raumluft (Nebenstromrauch). Nebenstromrauch enthält mindestens genauso viele Schadstoffe wie der Hauptstromrauch. Manche Gifte (z. B. Nitrosamine, Stickoxide und Formaldehyd) entstehen im Nebenstromrauch durch das langsamere Verglimmen sogar in höherer Dosierung. Die Gefährdung für PassivraucherInnen steigt mit zu-

nehmender Aufenthaltsdauer, steigender Zahl der RaucherInnen und abnehmender Lüftung der Räume, in denen geraucht wird. Besonders gefährdet sind heranwachsende, körperlich schwache oder allgemein geschwächte Menschen (ungeborene Kinder, schwangere Frauen, Säuglinge, chronisch Kranke). Das Lungenkrebsrisiko ist durch Passivrauchen im Vergleich zu Menschen ohne Rauchexposition um etwa 30 Prozent erhöht.

Belegte Gesundheitsrisiken für PassivraucherInnen sind die Entstehung und Verschlimmerung von Asthma, Lungenentzündung und Bronchitis, des Weiteren Atembeschwerden, akute oder chronische Koronarerkrankungen, Mittelohrentzündungen bei Kindern, eine Erhöhung des Risikos für Lungenkrebs, Herzinfarkt und Schlaganfall. Dazu kommen Beschwerden wie Geruchsbelästigung, Augenbrennen, Stimmbandreizungen, Halsschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, etc.³⁷⁰

Passivrauchen am Arbeitsplatz

Zur epidemiologischen Verbreitung des Passivrauchens liegen Daten des Mikrozensus Dezember 1997 vor.³⁷¹ Demnach sind in Österreich 18,3 Prozent der weiblichen und 17,7 Prozent der männlichen Beschäftigten „echte“ PassivraucherInnen, d. h. am Arbeitsplatz dem Tabakrauch von KollegInnen ausgesetzt, ohne selbst zu rauchen. In Wien liegt der Anteil der PassivraucherInnen über dem Österreich-Durchschnitt (20,7 Prozent der weiblichen und 21,8 der männlichen ArbeitnehmerInnen in Wien sind PassivraucherInnen).

In Österreich ist der **Schutz von NichtraucherInnen** noch immer nur unzureichend im **Arbeitnehmer-schutzgesetz** verankert: Das Gesetz stellt es dem/der ArbeitgeberIn frei, durch welche technischen und organisatorischen Maßnahmen NichtraucherInnen vor den Einwirkungen des Tabakrauchs geschützt werden. Auch die Novelle zum Tabakgesetz, die im Jänner 2005 in Kraft getreten ist, sieht keinen Schutz für Angestellte der Gastronomie oder anderer Berufsgruppen mit KundInnenverkehr vor, wie z. B. FriseurInnen, wo der

³⁶⁷ DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM (2003); S. 18.

³⁶⁸ KRÖGER (2000), S. 19.

³⁶⁹ PÖTSCHKE-LANGER, BERNHÄUSER (2003, a, b).

³⁷⁰ DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM (2003).

³⁷¹ STATISTIK AUSTRIA (2002), S. 111.

Frauenanteil sehr hoch ist. Hier gibt es selbst für schwangere Frauen keinen Nichtraucherinnenschutz. In Deutschland ist eine ähnliche Regelung in Kraft wie in Österreich, hingegen ist in Irland seit Jänner 2004, in Norwegen seit Juni 2004 und in Schweden seit Anfang 2005 Rauchen an allen Arbeitsplätzen vollständig verboten. In Frankreich und den Niederlanden darf am Arbeitsplatz nur in abgetrennten Räumen geraucht werden. In den meisten EU-Ländern ist der Schutz von NichtraucherInnen am Arbeitsplatz durch die Einrichtung von Rauchzonen geregelt (Belgien, Ungarn, Finnland, Tschechien, Italien, Estland, Lettland, Litauen). In Großbritannien und Dänemark gibt es keinerlei gesetzliche Regelungen.

5.3.5 Alkoholkonsum bei Frauen, Alkohol in der Schwangerschaft

Siehe auch: *Station für alkoholranke Frauen (Kapitel 8.3.2).*

Aufgrund des Geschlechtsverhältnisses – rund ein Viertel der AlkoholikerInnen sind Frauen und drei Viertel Männer – wurde und wird Alkoholismus meist als eine Männerdomäne behandelt. In Österreich sind rund 330.000 Menschen chronisch alkoholkrank, darunter etwa 90.000 Frauen; jährlich erkranken 2.500 Frauen neu. In Wien trinken 4 Prozent der Frauen und 9 Pro-

zent der Männer ab 15 Jahren täglich Alkohol, weitere 12 Prozent der Frauen und 31 Prozent der Männer zweibis dreimal pro Woche.³⁷² Betroffene Frauen beginnen durchschnittlich später als Männer mit problematischem Alkoholkonsum³⁷³ – Alkoholprobleme von Frauen treten gehäuft um das 40. Lebensjahr auf – und werden schneller abhängig als Männer. Die physiologische Wirkung von Alkohol auf Frauen ist anders als bei Männern: Frauen erreichen bei gleich großen Alkoholmengen höhere Blutalkoholspiegel, da sie eine geringere Konzentration alkoholabbauender Enzyme in der Magen- und Darmschleimhaut haben. Die Entwicklung einer Leberzirrhose ist bei Frauen bei einer niedrigeren Trinkmenge gegeben, neurologische und internistische Folgeschäden von Alkohol treten bei Frauen nach kürzerer Abhängigkeitsdauer auf als bei Männern.

Die psychosozialen Determinanten des Alkoholkonsums und der Alkoholabhängigkeit von Frauen sind noch wenig erforscht, was zum Teil an der starken gesellschaftlichen Tabuisierung und Stigmatisierung von Alkoholismus bei Frauen liegen könnte. Durch mehrere Studien gesichert ist, dass alkoholranke Frauen häufiger als nicht ranke geschieden sind. Unter den Alkoholikerinnen findet sich zum einen eine Gruppe von sehr gut gebildeten Frauen mit guten beruflichen Positionen, aber auch eine Gruppe von Frauen mit unterdurchschnittlicher Bildung.³⁷⁴

Tabelle 5.16: Chronischer Alkoholismus in Österreich (Schätzungen)

Indikator	Erklärung des Indikators	Frauen	Männer	gesamt
Prävalenz	Zahl der AlkoholikerInnen im Querschnitt; Prozent aller Personen ab dem 15. Lebensjahr	2,5 % ~ 90.000 Personen	7,5 % ~ 240.000 Personen	5,0 % ~ 330.000 Personen
Gesamtlebenszeit-Prävalenz	Zahl jener, die die Krankheit im Lauf ihres Lebens durchmachen; Prozent aller Geborenen	6 %	14 %	10 %
Inzidenz	Neuerkrankungsrate an chronischem Alkoholismus pro Jahr	0,07 % ~ 2.500 Personen	0,19 % ~ 7.500 Personen	0,13 % ~ 10.000 Personen

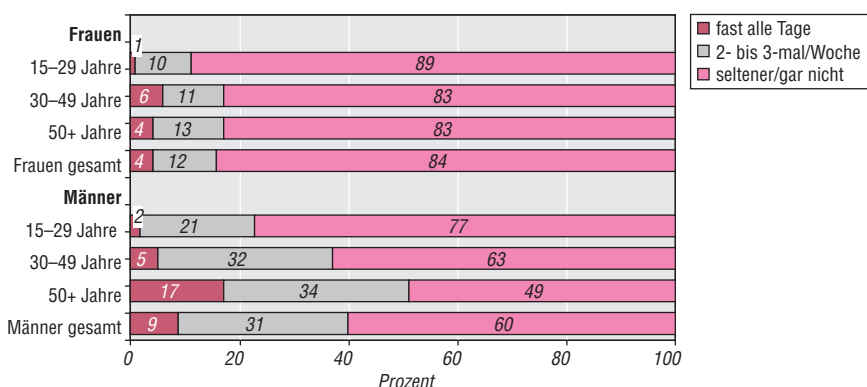
Quelle: UHL, KOBRNA (2004).

³⁷² IFES (2004).

³⁷³ FRANKE (2005), S. 457 ff.

³⁷⁴ VOGT (2004).

Grafik 5.16: Alkoholkonsum von Personen ab 15 Jahren in Wien 2003 nach Geschlecht



Quelle: Suchtmittel-Monitoring 2003; zitiert nach IFES (2004).

Die Zahl der stationären Aufenthalte aufgrund von Alkoholismus ist in Österreich im Zeitraum von 1993 bis 2003 bei Männern nur geringfügig gestiegen (um rund 8 Prozent), bei Frauen jedoch um rund die Hälfte (rund

48 Prozent). Der Frauenanteil an stationären Aufenthalten ist in Wien weniger gestiegen als im gesamten Bundesgebiet (Wien: 1993 26,9 Prozent, 2003 29,0 Prozent; Österreich: 1993 21,7 Prozent, 2003 27,6 Prozent).

Tabelle 5.17: Stationäre Behandlung von Alkoholismus 1993 bis 2003 nach Bundesländern, Altersgruppen und Geschlecht

Bundesland		stationäre Aufenthalte aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10, F10)											
		1993						2003					
		Altersgruppen						Altersgruppen					
		0-14	15-29	30-44	45-59	60+	gesamt	0-14	15-29	30-44	45-59	60+	gesamt
Burgenland	weiblich	1	15	26	27	9	78	6	17	28	33	13	97
	männlich	1	70	152	147	64	434	5	65	107	116	68	361
Kärnten	weiblich	6	54	153	143	35	391	15	105	181	183	66	550
	männlich	10	226	667	392	115	1.410	20	222	561	548	127	1.478
Niederösterreich	weiblich	4	53	204	224	67	552	14	84	254	257	83	692
	männlich	13	278	790	738	273	2.092	7	224	731	708	227	1.897
Oberösterreich	weiblich	11	91	198	143	55	498	24	156	285	288	106	859
	männlich	17	403	945	610	167	2.142	18	377	1.039	786	189	2.409
Salzburg	weiblich	2	68	146	127	12	355	8	95	146	134	54	437
	männlich	12	245	602	475	97	1.431	9	244	583	611	114	1.561
Steiermark	weiblich	13	74	175	187	64	513	30	228	363	384	101	1.106
	männlich	17	370	925	761	340	2.413	33	484	922	833	255	2.527
Tirol	weiblich	4	56	156	114	34	364	15	154	326	309	66	870
	männlich	5	194	419	332	90	1.040	12	328	826	710	191	2.067
Vorarlberg	weiblich	4	16	74	63	23	180	13	46	101	84	19	263
	männlich	1	123	236	220	50	630	9	138	267	225	62	701
Wien	weiblich	9	122	452	429	124	1.136	26	129	417	406	186	1.164
	männlich	17	357	1.231	1.148	341	3.094	18	264	994	1.207	365	2.848
Österreich	weiblich	54	549	1.584	1.457	423	4.067	151	1.014	2.101	2.078	694	6.038
	männlich	93	2.266	5.967	4.823	1.537	14.686	131	2.346	6.030	5.744	1.598	15.849
Frauenanteil Wien (Prozent)		34,6	25,5	26,9	27,2	26,7	26,9	59,1	32,8	29,6	25,2	33,8	29,0
Frauenanteil Österreich (Prozent)		36,7	19,5	21,0	23,2	21,6	21,7	53,5	30,2	25,8	26,6	30,3	27,6

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

Alkohol in der Schwangerschaft

Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft kann angeborene Missbildungen des Kindes zur Folge haben, vor allem die Mitte der 1970er Jahre erstmals beschriebene Alkoholembryopathie (auch Fetales Alkoholsyndrom [FAS]), ein Syndrom von zum Teil schweren, irreversiblen Schädigungen des Kindes. Besonders wichtig im Sinne der Prävention ist es, darauf hinzuweisen – da die Gefährlichkeit von vielen Müttern unterschätzt wird. Die Schädigungen durch Alkoholkonsum können in jeder Phase der Schwangerschaft verursacht werden, jedoch verstärkt in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten, da diese die entscheidenden Entwicklungsphasen des Embryos sind. Es ist nicht gesichert, ab welcher Menge Alkohol der Fötus geschädigt werden kann, entscheidend ist die individuell unterschiedliche Alkoholtoleranz bei Mutter und Kind, d. h. dass auch bei geringen Mengen Schäden nicht auszuschließen sind. Als Präventionsbotschaft ist daher absoluter Alkoholverzicht in der Schwangerschaft zu propagieren.

Die Alkoholembryopathie zählt mit einer jährlichen Neuerkrankungsrate von durchschnittlich einem Fall pro 1.000 Lebendgeburten gemeinsam mit dem Down-Syndrom (1:833) zu den häufigsten angeborenen Störungen, wäre jedoch im Gegensatz dazu vollständig zu verhindern. In der wissenschaftlichen Fachliteratur sind zur Häufigkeit des fetalen Alkoholsyndroms stark voneinander abweichende Angaben zu finden, nämlich zwischen 0,5 und 2,0 Fälle pro 1.000 Neugeborene. Geht man von der Schätzung von einem FAS-Fall pro 1.000 Neugeborenen aus, betrifft das in Österreich rund 70 und in Wien rund 15 Neugeborene pro Jahr, die mit dem klinischen Vollbild einer Alkoholembryopathie (FAS) geboren werden. Die Zahl der Kinder, die von Geburt an durch fetale Alkoholeffekte (FAE) in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind, dürfte um ein Vielfaches höher liegen (Verhältnis FAS zu FAE = eins zu vier). Viele Fälle bleiben bei der Geburt unentdeckt. Insgesamt ist also damit zu rechnen, das mindestens 100 Kinder in Wien jährlich mit Schäden unterschiedlichen Stärkegrads aufgrund des Alkoholkonsums der Mutter geboren werden.

Tabelle 5.18: Symptome der Alkoholembryopathie (Fetales Alkoholsyndrom, FAS)

Haupt- (Kardinal-) Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Minderwuchs und Untergewichtigkeit (vor- und nachgeburtlich); • Kleinköpfigkeit (Mikroenzephalie); • geistige und körperliche Entwicklungsverzögerungen: Sprach- und Hörstörungen, Ess- und Schluckstörungen beim Säugling, Hyperaktivität, verminderte Muskelspannung (Muskelhypotonie), Koordinationsstörungen.
Verformungen von Gesicht und Kopf (Kraniofaziale Dysmorphie)	<ul style="list-style-type: none"> • Augen: klein, schmal, verschieden groß; nach unten gestellte Lidachse, Mongolenfältchen; • Ohren: nicht ausgeformt, oft tief angesetzt, schräg stehend, nach hinten gedreht; • Nase: Nasolabialfalte (Falte vom Nasenflügel zum Mundwinkel), Stupsnase; • Mund: schmale Oberlippe, hoher Gaumen, Gaumenspalte, wenig modelliertes Philtrum (Rinne der Oberlippe).
mögliche weitere (fakultative) Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • kardiovaskuläre Fehlbildungen: Herzfehler, Hämangiom (Geschwulst von Blutgefäßen); • urogenitale Fehlbildungen: Nierenfehlbildung, Hypospadie (Fehlmündung der Harnröhre), Kryptorchismus (Bauchhoden), Klitorishypertrophie (Vergrößerung der Klitoris), Steißbeingrübchen, Leistenbruch; • Extremitäten- und Skelettfehlbildungen: Verkürzung, Beugung des Kleinfingers; bleibende Verkrümmung des Kleinfingers; Verwachsung von Elle und Speiche, Unterentwicklung der Fingerglieder; Hüftluxation (Verrenkung des Hüftkopfes); kleine Zähne; Trichterbrust.

Quelle: SPOHR (1997); zitiert nach BZgA (2002).

5.3.6 Konsum illegaler Drogen

Siehe auch: Daten zum Drogenkonsum für unterschiedliche Altersgruppen finden sich im Abschnitt „Drogenkonsum“ (Kapitel 5.1.6).

Ein aktueller Trend in Österreich – und besonders in Wien – ist die Tendenz, das Thema Sucht bezüglich Gender-Aspekten zu hinterfragen und Gender Mainstreaming im Suchtbereich zu thematisieren.³⁷⁵ Was den geschlechtsspezifischen Konsum illegaler Drogen betrifft, liegen in Wien und Österreich wenige umfassende Daten vor.³⁷⁶ Bekannt ist, dass Frauen deutlich seltener illegale Drogen konsumieren als Männer: Von den problematischen OpiatkonsumentInnen sind etwa 26 bis 30 Prozent Frauen. Der Frauenanteil bei den direkt und indirekt drogenbezogenen Todesfällen beträgt 15 bis 20 Prozent. Mädchen beginnen aber in jüngem Alter, illegale Substanzen zu konsumieren als Burschen. Der Frauenanteil sinkt jedoch mit zunehmendem Alter. Das Geschlechterverhältnis unter den Substitutionsbehandelten ist bei den unter 20-Jährigen etwa ausgeglichen, bei den 25- bis 34-Jährigen sind ein Drittel Frauen und ab 35 Jahren nur mehr ein Viertel.

Frauen als Klientel der Wiener Drogenhilfe

Für Wien liegen aktuelle Daten von 2.006 KlientInnen vor, die im Jahr 2002 in einer von 20 Einrichtungen der Drogenhilfe in Wien eine Betreuung begonnen haben, d. h. mindestens drei Kontakte innerhalb von drei Monaten einhielten. Die Daten wurden im Rahmen der vom Wiener Arbeitskreis Dokumentation erarbeiteten Basisdokumentation erfasst³⁷⁷ und im aktuellen österreichischen Bericht zur Drogensituation 2004 vorgestellt.³⁷⁸

Im Jahr 2002 waren 28 Prozent der Betreuten Frauen, 72 Prozent Männer. 46 Prozent der KlientInnen waren zwischen 21 und 30 Jahre alt, 20 Prozent unter 21 Jahre, 26 Prozent 31 bis 40 Jahre und acht Prozent älter als 40 Jahre. Bei den Frauen waren 31 Prozent unter 21 Jahre alt, bei den Männern 15 Prozent. 22 Prozent der KlientInnen hatten Kinder. Etwa die Hälfte der Befragten hatte lediglich Pflichtschule als höchsten Schulabschluss, nur 14 Prozent verfügten über einen höheren Schulabschluss (AHS, BHS). 70 Prozent der KlientInnen waren vor Beginn der Betreuung nicht erwerbstätig.

Bei 32 Prozent handelte es sich um eine erstmalige Betreuung in einer Einrichtung der Drogenhilfe, 35 Prozent befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Substitutionsbehandlung.

Das Durchschnittsalter bei Erstkonsum betrug bei Alkohol 14,2 Jahre, bei Cannabis 15,5 Jahre, bei Ecstasy 18,4 Jahre, bei Benzodiazepinen 20,0 Jahre, bei Heroin 19,3 Jahre und bei Kokain 20,2 Jahre. Das Durchschnittsalter beim Erstkonsum war bei Frauen bei allen genannten Substanzen mit Ausnahme von Alkohol um ein bis zwei Jahre niedriger als bei Männern.

Befragt nach dem Drogenkonsum in den vorangegangenen vier Wochen gaben 48 Prozent Cannabis, 48 Prozent Heroin, 39 Prozent andere Opiate und Substitutionsmittel, 41 Prozent Kokain und 30 Prozent Benzodiazepine an. Beruhigungs- und Schlafmittel nannten zehn Prozent, sieben Prozent Ecstasy, vier Prozent Aufputschmittel, Amphetamine oder Speed, ein Prozent LSD und 0,5 Prozent Schnüffelstoffe.

³⁷⁵ Z. B. DIALOG (2004); EISENBACH-STANLG (2005); UHL (2003), HAAS (2005).

³⁷⁶ HAAS (2005), S. 133ff.

³⁷⁷ IFES (2003).

³⁷⁸ ÖBIG (2004c).

5.4 Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Zusammenfassung

Sexuelle und reproduktive Gesundheit von erwachsenen Frauen

Das am häufigsten verwendete **Verhütungsmittel** ist die Pille. Die Anwendungshäufigkeit ist vom Alter abhängig: mindestens die Hälfte der 15- bis 19-jährigen Frauen, aber weniger als ein Viertel der 40- bis 45-jährigen Frauen verhüten mit der Pille. Ein ähnlicher Alterstrend ist beim Kondom zu beobachten, dem am zweithäufigsten angewendeten Verhütungsmittel, das von jüngeren Frauen häufiger verwendet wird als von älteren. Mit zunehmendem Alter der Frauen nimmt die Anwendungshäufigkeit von Langzeit-Verhütungsmitteln zu: Rund 10 Prozent der 40- bis 45-jährigen Frauen verwenden z. B. Kupfer- oder Hormon-Spiralen.

Seit mehreren Jahren wird in Österreich die rezeptfreie Abgabe der „**Pille danach**“ diskutiert. Die Freigabe des OTC-Status (over the counter = rezeptfrei) für die Pille danach wurde vom Gesundheitsministerium im Jahr 2005 im Rahmen einer Arbeitsgruppe behandelt, die jedoch gegen eine rezeptfreie Vergabe entschied.

Zur Häufigkeit von **Schwangerschaftsabbrüchen** gibt es in Österreich keine genauen Zahlen, da keine gesetzliche Registrierpflicht besteht. Eine Schätzung geht von 19.000 bis 25.000 Abbrüchen in Österreich pro Jahr aus, diese Zahlen sind jedoch in Fachkreisen umstritten. Die vorhandenen Spitalsentlassungsstatistiken geben nur einen sehr geringen Teil der tatsächlichen Abbrüche wieder, da die überwiegende Zahl der Abbrüche in privaten Ambulatorien (z. B. Ambulatorium am Fleischmarkt Wien, Ambulatorium gynmed Wien) oder bei niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt wird. Laut Spitalsentlassungsstatistik wurden 1993 in Wiener Spitälern 682 Schwangerschaftsabbrüche, im Jahr 2003 nur mehr 149 Abbrüche durchgeführt. Um die Möglichkeit zu gewährleisten, einen Schwangerschaftsabbruch auch in einem öffentlichen Spital durchführen zu lassen, ist seit Jänner 2003 in sechs Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbunds ein ambulanter Schwangerschaftsabbruch möglich, die Kosten wurden deutlich reduziert und dem Niveau ambulanter AnbieterInnen angepasst.

Summary: Sexual and reproductive health

Sexual and reproductive health of adult women

The most frequently used **contraceptive** is the pill. It is used with different frequency in different age groups: at least half of all 15 to 19 year old women but less than one quarter of 40 to 45 year old women use the birth control pill. A similar age trend can be observed in the use of condoms, the second most frequently used contraceptive – it is also used more often by young women. With age, the use of long-term contraceptives increases: some 10 percent of 40 to 45 year old women use copper or hormone IUDs.

The over the counter sale of the “**morning-after pill**” has been under discussion in Austria for several years. A working group of the Federal Ministry of Health and Women discussed the OTC status for the morning-after pill in 2005, but decided against it.

There is no exact data on the frequency of **abortions** in Austria, since they do not have to be registered. Estimates lie between 19,000 to 25,000 abortions per year, however, these figures are disputed by some experts. The hospital discharge statistics only show a very small part of all abortions, since the majority is done in private clinics (e.g. Ambulatorium am Fleischmarkt Wien, Ambulatorium gynmed Wien) or by established practitioners. The hospital discharge statistics show 682 abortions in 1993, but only 149 in 2003. In order to make it possible to have an abortion in a public hospital, six hospitals of the Vienna Hospital Association have been offering out-patient abortions since January 2003; the cost has been reduced considerably and is now closer to that of private clinics.

Ungewollte Kinderlosigkeit, In-vitro-Fertilisation (IVF), Präimplantationsdiagnostik (PID)

Von **Infertilität/Sterilität** spricht man, wenn bei einem Paar entgegen seinem expliziten Willen nach mehr als zwei Jahren (in der Praxis meist nach einem Jahr) trotz regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eintritt. Rund 5 Prozent aller Paare bleiben dauerhaft ungewollt kinderlos. Das vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) geführte IVF-Register, das die **Inanspruchnahme von IVF-Zentren** ausweist, ergab, dass im Jahr 2004 in Wien von allen Bundesländern die meisten In-vitro-Fertilisationen durchgeführt wurden (1.719 von österreichweit 4.661 Frauen bzw. Paaren), allerdings hatten 43 Prozent dieser Frauen ihren Wohnsitz in anderen Bundesländern, vor allem in Niederösterreich. In Wien befinden sich 8 der 25 IVF-Vertrags-Krankenanstalten, 2 der IVF-Zentren in Wien und 10 der bundesweiten Institute sind öffentlich. Umstritten ist die Durchführung der **Präimplantationsdiagnostik (PID)**, das heißt von Untersuchungen des Embryos vor dessen Transfer in die Gebärmutter bei In-vitro-Fertilisation (IVF). Sie ist in Österreich, Deutschland, Schweiz und Italien gesetzlich verboten, in einigen Ländern ist sie in Ausnahmefällen erlaubt bzw. nicht explizit geregelt. In der Diskussion über die PID steht im Wesentlichen dem Argument, dass durch die PID genetische belastete Paare eine Chance auf ein gesundes Kind bekommen, die Meinung gegenüber, dass durch den selektiven Charakter der PID fragwürdige gesellschaftliche Entwicklungen in Richtung einer positiven Eugenik begünstigt würden.

Unwanted childlessness, in vitro fertilisation (IVF), pre-implantation diagnostics (PID)

*If a couple despite wanting children and despite regular intercourse without birth control does not achieve a pregnancy after more than two years (although in practise usually one year), this is considered **infertility/sterility**. The IVF register maintained by the Austrian Health Institute (ÖBIG), which records the **use of IVF centres**, shows that in 2004 Vienna had the highest number of in vitro fertilisations of all federal provinces (1,719 of an Austrian total of 4,661 women or couples), however, 43 percent of these women were from other Austrian provinces, in particular Lower Austria. 8 of the 25 Austrian IVF clinics with contracts with the public health insurance institutions are in Vienna, and 2 of the IVF centres in Vienna and 10 in the rest of Austria are public. The use of **pre-implantation diagnostics (PID)**, i.e. investigating embryos before transferring them to the uterus after in vitro fertilisation, is controversial. It is illegal in Austria, Germany, Switzerland and Italy, in some countries it is allowed under special circumstances or not explicitly regulated. The discussion around PID centres mainly on the controversy between the argument that it allows couples with known genetic risk to conceive healthy children, and the opinion that the selective nature of PID might facilitate a questionable social development towards positive eugenics.*

Sexuelle und reproduktive Gesundheit – Begriffsbestimmung

Das **Konzept der sexuellen Gesundheit (Sexual Health)** bezieht sich auf Gesundheitsförderung im Bereich der Sexualität. Die Definition der **reproduktiven Gesundheit** weist auf die reproduktiven Rechte jedes Menschen hin.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)³⁷⁹ definiert **sexuelle Gesundheit** als einen „Zustand des körperlichen

chen, seelischen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität; es ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, eingeschränkter Funktion oder Schwäche. Sexuelle Gesundheit erfordert einen positiven und respektvollen Zugang zur Sexualität und zu sexuellen Beziehungen ebenso wie die Möglichkeit, Sexualität auf eine positive und sichere Weise ausüben zu können, ohne Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Um sexuelle Gesundheit zu erlangen und aufrecht zu erhalten, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen respektiert, geschützt und eingehalten werden“.

³⁷⁹ http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#3

Reproduktive Gesundheit bedeutet laut Definition des Kairoer Aktionsprogramms³⁸⁰ (Kapitel 7.2.) „... dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen. In diese letzte Bedingung eingeschlossen sind das Recht von Männern und Frauen, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden ihrer Wahl zu haben und das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen, und die für Paare die bestmögliche Voraussetzung schaffen, dass sie ein gesundes Kind bekommen.“

5.4.1 Sexualität, Kontrazeption und Pille danach

In Österreich sind derzeit rund fünfzig verschieden Sorten der „Pille“ (orale Kontrazeptiva) zugelassen, in

den vergangenen Jahren sind mehrere neue Verabreichungsformen für Hormone dazugekommen (Implantat, Pflaster, Spritze, Vaginalring, Hormonspirale), sodass sechzig bis siebzig verschiedene Präparate und Mittel zur Verhütung zur Verfügung stehen. Umfassende repräsentative Befragungen über die Anwendung von Verhütungsmitteln gibt es in Wien und in Österreich nicht. Die Ergebnisse vorliegender Studien stimmen weitgehend darin überein, dass das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel die Pille ist. Die Anwendungshäufigkeit ist vom Alter abhängig: Mindestens die Hälfte der 15- bis 19-Jährigen, aber weniger als ein Viertel der 40- bis 45-jährigen Frauen verhüten mit der Pille. Ein ähnlicher Alterstrend ist beim Kondom, dem am zweithäufigsten angewendeten Verhütungsmittel, zu beobachten: Es wird von jüngeren Frauen häufiger verwendet als von älteren. Mit zunehmendem Alter der Frauen nimmt die Anwendungshäufigkeit von Langzeit-Verhütungsmitteln zu (z. B. Kupfer-Spiralen, Hormon-Spiralen): Rund zehn Prozent der 40- bis 45-jährigen Frauen verwenden diese.

Tabelle 5.19: Spektrum der in Österreich angebotenen Kontrazeptiva

Typus	Form	Pearl-Index*
hormonelle Kontrazeption – oral	Minipille (nur Gestagen)	0,3 – 3
	Kombinationspille (Östrogen + Gestagen)	0,1 – 1
hormonelle Kontrazeption – neue Verabreichungsformen	Hormon-Implantat	0 – 0,08
	Hormonpflaster	0,7 – 0,9
	Depot-Spritze (3-Monats-Spritze)	0,3 – 1,2
	Vaginalring	0,4 – 0,6
	Hormonspirale	0,16
	Intrauterinpessar	Kupferspirale
Barrieremethoden	Hormonspirale (s. o.)	0,1
	Kondom	3 – 4
	Diaphragma	2 – 4
	Spermizide Cremes, Ovula	6 – 36
dauerhafte Verfahren	Sterilisation Frau/Tubenligatur	0,1 – 0,4
	Sterilisation des Mannes/Vasektomie	0,1
natürliche Familienplanung (NFP)	Zyklusmonitoring	1 – 3
	Hormoncomputer	6
postkonzeptionelle Verfahren	„Pille danach“	–
	RU 486 (Mifegyne®)	–
	Interruptio	–

* Pearl-Index = Zahl der Schwangerschaften pro 100 AnwenderInnen pro Jahr (je niedriger, umso sicherer).

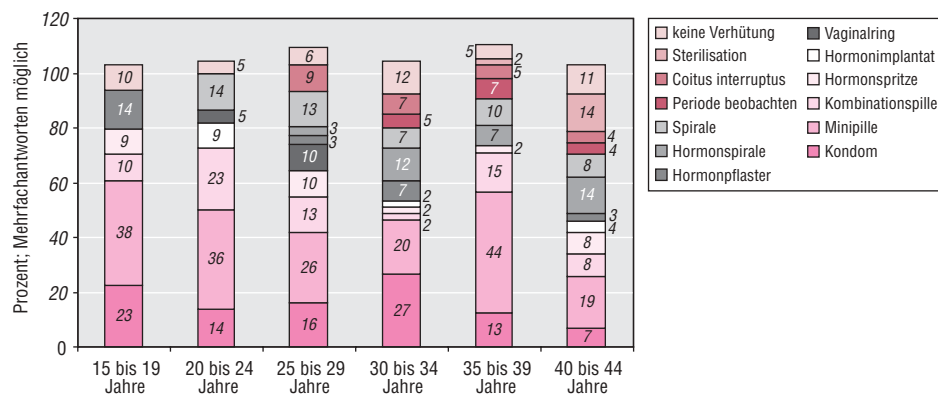
Quelle: Fonds Soziales Wien (2003); Österreichische Verhütungsinitiative (2004).

³⁸⁰ http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm#ch7

Die Ergebnisse einer Befragung von rund 250 15- bis 44-jährigen Frauen im Jahr 2005 in Österreich zeigten, dass die Wahl der Verhütungsmethode stark altersab-

hängig ist und gaben auch einen Eindruck von der Anwendung der zur Verfügung stehenden Palette an Verhütungsmitteln.

Grafik 5.17: Verhütung von Frauen 2005 in Österreich (zum Zeitpunkt der Befragung) nach Altersgruppen



Quelle: BALDASZTI et al. (2005).

Notfallkontrazeption – die „Pille danach“

Seit mehreren Jahren wird in Österreich die rezeptfreie Abgabe der Pille danach diskutiert. In allen EU-15-Ländern ist die Pille danach zwar zugelassen, aber nicht überall gibt es sie rezeptfrei (OTC-Status, over the counter = rezeptfrei). Europäische Länder, in denen die Pille danach keinen OTC-Status hat, sind neben Österreich die Niederlande, Deutschland, Griechenland und Italien. Frankreich hat die längsten Erfahrungen mit der Pille danach, seit Mai 1999 ist das Präparat dort zugelassen, seit Juni 1999 ist es OTC erhältlich.³⁸¹ Die Pille danach soll so bald als möglich, spätestens aber 72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenommen werden. In Österreich sind derzeit zwei Präparate zugelassen (reine Gestagenpillen, Postinor®, Vikela®; Kosten: 13,00 bis 14,50 Euro). Die Einnahme erfolgt zweistufig innerhalb von 72 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr, wobei die zweite Pille zwölf Stunden nach der ersten genommen werden sollte. Die Pille danach ist zu 98 bis 99 Prozent wirksam, wenn sie innerhalb von zwölf Stunden nach dem Geschlechtsverkehr eingenommen wird. Je später der Einnahmezeitpunkt ist, desto geringer die Sicherheit. Ein Argument gegen die rezeptfreie Abgabe der Pille danach ist unter anderem, dass sie eine Form des

Schwangerschaftsabbruchs sei und ähnlich wie die Pille zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch wirke (Mifegyne®). Tatsache ist jedoch, dass eine bereits eingetretene Schwangerschaft durch die Pille danach nicht beendet wird. Das in der Pille danach enthaltene Gestagen verhindert je nach Zyklustag entweder den Eisprung oder die Einnistung der Eizelle in die Gebärmutter-schleimhaut. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, bei dem durch Ablösung der Gebärmutter-schleimhaut mit der eingenisteten befruchteten Eizelle eine bereits bestehende Schwangerschaft beendet wird.

5.4.2 Schwangerschaftsabbruch

Trotz der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich im Jahr 1975 wird das Thema bis heute kontrovers diskutiert. In konservativen Kreisen und von extremen Gruppierungen der AbtreibungsgegnerInnen wird das Recht auf Abtreibung nach wie vor in Frage gestellt. Das Angebot an Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, weist seit den 1970er Jahren ein starkes Ost-West-Gefälle auf. Die Zahl der in öffentlichen Spitälern durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche sinkt seit Jahren kontinuierlich. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwun-

³⁸¹ ÖGF (2002).

derlich, dass es in den Jahren 2004 und 2005 zu einer intensiven öffentlichen und medialen Diskussion kam: Zum einen infolge einer Forderung der Salzburger Landeshauptfrau, Schwangerschaftsabbrüche auch in Landeskliniken für Frauen zugänglich zu machen, was nach heftigen Auseinandersetzungen inzwischen umgesetzt worden ist, zum anderen ist in Wien der Kampf extremer AbtreibungsgegnerInnen gegen Abtreibungskliniken in eine neue Phase getreten. Seit dem 13. Juli 2005 ist die Novelle des Wiener Landessicherheitsgesetzes in Kraft, das die Exekutive ermächtigt, radikale AbtreibungsgegnerInnen, die Frauen vor Abtreibungskliniken ansprechen, wegzuweisen. Psychischer Druck, nachdrückliches Ansprechen oder die Übergabe von Plastikembryonen werden mit Wegweisen geahndet. In den ersten zwei Monaten der Gültigkeit des neuen Gesetzes hat es sieben Wegweisungen und elf weitere polizeiliche Interventionen gegeben. Insgesamt hat sich durch dieses Gesetz die Situation der Frauen, die eine Institution zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs aufsuchen, deutlich verbessert.

Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen

In Österreich besteht keine gesetzliche Registrierpflicht von Schwangerschaftsabbrüchen, offizielle Zahlen über deren Häufigkeit liegen daher nur aus der Spitalsentlassungsstatistik vor. Diese gibt aber nur einen geringen Teil der Zahl der tatsächlichen Abbrüche wieder, da anzunehmen ist, dass die überwiegende Zahl der Abbrüche in privaten Ambulatorien (z. B. Ambulatorium am Fleischmarkt Wien, Ambulatorium gynmed Wien) oder in Ordinationen niedergelassener ÄrztInnen durchgeführt wird. Laut Spitalsentlassungsstatistik wurden 1993 in Wiener Spitälern 682 Schwangerschaftsabbrüche, im Jahr 2003 nur mehr 149 Abbrüche durchgeführt. In Österreich hat sich in diesem Zeitraum die Zahl der Abbrüche in Spitälern von 3.134 auf 1.905 reduziert. Eine Schätzung geht von 19.000 bis 25.000 Abbrüchen in Österreich pro Jahr aus,³⁸² diese Zahl ist jedoch in Fachkreisen umstritten.

Tabelle 5.20: Schwangerschaftsabbrüche in den Krankenanstalten 1993 bis 2003 nach Bundesländern

Jahr	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
	Zahl der Schwangerschaftsabbrüche									
1993	42	181	471	1.394	40	289	20	15	682	3.134
1994	33	145	414	1.275	41	236	17	9	582	2.752
1995	18	106	309	1.246	42	228	23	14	508	2.494
1996	24	96	321	1.323	40	226	20	17	444	2.511
1997	15	118	279	1.201	42	248	22	10	402	2.337
1998	24	148	352	1.145	68	230	24	7	364	2.362
1999	20	125	358	1.206	49	217	22	5	403	2.405
2000	20	128	347	1.190	74	212	21	10	374	2.376
2001	12	144	327	1.096	83	146	56	11	424	2.299
2002	24	104	328	1.118	66	136	64	13	390	2.243
2003	13	141	238	1.098	62	154	41	9	149	1.905

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

³⁸² TAZI-PREVE, KITYR (1999).

Gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

In Österreich ist der Schwangerschaftsabbruch seit 1975 im Strafgesetzbuch (StGB) geregelt, wonach der Schwangerschaftsabbruch mit Einwilligung der Schwangeren grundsätzlich strafbar ist (§96 StGB). Es werden jedoch drei Ausnahmen definiert, die einen strafflosen Schwangerschaftsabbruch ermöglichen (§97 StGB):

1. Die Fristenlösung: Der Schwangerschaftsabbruch ist straffrei, wenn er innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate vorgenommen wird (§97 Abs. 1 Z 1 StGB).
2. Bei Vorliegen einer medizinischen bzw. embryopathischen Indikation oder bei Unmündigkeit: Der Schwangerschaftsabbruch ist straffrei, wenn er zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ersten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren unerlässlich ist oder wenn eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde (embryopathische Indikation), oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist (§97 Abs 1 Z 2 StGB);
3. zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr (§ 97 Abs. 1 Z 3 StGB).

In den beiden letzten Fällen ist der Schwangerschaftsabbruch auch nach dem dritten Schwangerschaftsmonat während der Gesamtdauer der Schwangerschaft bis zur Geburt straffrei. In den ersten beiden Fällen muss der Schwangerschaftsabbruch von einem/r ÄrztIn vorgenommen werden.

§97 StGB enthält zwei weitere Absätze:

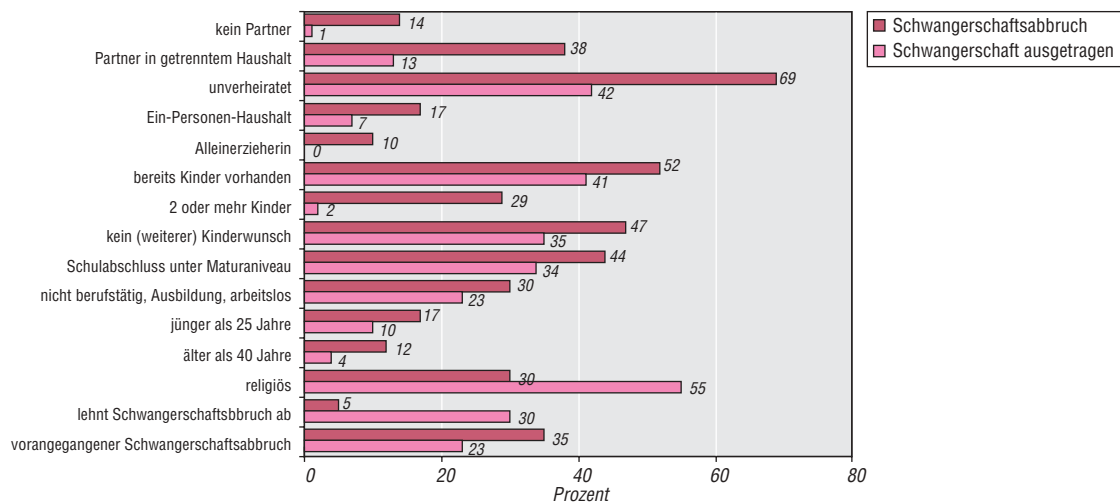
Absatz 2. Die so genannte Gewissensklausel: Kein/e ÄrztIn ist verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder an ihm mitzuwirken, es sei denn, dass der Abbruch ohne Aufschub notwendig ist, um die Schwangere aus einer unmittelbar drohenden, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr zu retten. Dies gilt auch für die im Krankenpflegefachdienst, in medizinisch-technischen Diensten oder im Sanitätsdienst tätigen Personen.

Absatz 3. Diskriminierungsverbot: Niemand darf wegen der Durchführung eines strafflosen Schwangerschaftsabbruchs oder der Mitwirkung daran oder wegen der Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, in welcher Art immer benachteiligt werden.

Charakteristika von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch

Die Lebenssituation von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, unterscheidet sich meist grundlegend von jener von Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen. Eine in Wien im Jahr 2001 durchgeführte Studie vergleicht soziodemografische Merkmale von 577 schwangeren Frauen, die sich für einen Abbruch mit jenen von 400 Frauen, die sich für ein Austragen der Schwangerschaft entschieden haben. Im

Vergleich zu Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen, leben Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, häufiger ohne oder in instabilen Partnerschaften, haben bereits Kinder und/oder keinen (weiteren) Kinderwunsch, haben ein niedrigeres Bildungsniveau und sind häufiger nicht berufstätig, sind häufiger jünger als 25 oder älter als 40 Jahre, sind weniger religiös, befürworten häufiger den Schwangerschaftsabbruch und haben auch selber häufiger schon einen Abbruch hinter sich.

Grafik 5.18: Charakteristika von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, 2001

Quelle: LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (2001).

5.4.3 Ungewollte Kinderlosigkeit, In-vitro-Fertilisation (IVF)

Das Reproduktionsverhalten hat sich besonders in den vergangenen zwei bis drei Jahrzehnten stark verändert. Elternschaft wird – nicht zuletzt unterstützt durch die Einführung der Antibabypille im Jahr 1960 – gezielt geplant und mit der beruflichen Karriere abgestimmt. Das ist einer der Gründe, warum es zu immer späterer Erfüllung des Kinderwunsches und zur Abnahme der Kinderzahl kommt. Der ersten Schwangerschaft können oft zwanzig Jahre der Verhütung vorausgehen, was bedeutet, dass durchschnittlich nur mehr rund ein Viertel der fruchtbaren Jahre einer Frau für die Reproduktion genutzt wird und hier wiederum jene Lebensphase, in der die Fruchtbarkeit bereits abnimmt. Ungewollte Kinderlosigkeit kann vielfältige körperliche, psychische und soziale Ursachen haben, auch seelische und körperliche Überlastung oder eine ungesunde Lebensführung können zu vorübergehenden unfruchtbaren Phasen führen. Ob und wann ein Paar sich in reproduktionsmedizinische Behandlung begibt, müssen die Betroffenen selbst entscheiden. Medizinische und psychosoziale Beratung kann im Entscheidungsprozess hilfreich sein.

Ungewollte Kinderlosigkeit oder unerfüllter Kinderwunsch sind Synonyme für Unfruchtbarkeit, die auch als Infertilität (Empfängnisunfähigkeit) bzw. Sterilität (Zeugungsunfähigkeit) bezeichnet werden. Im Jahr 1967 wurde Unfruchtbarkeit durch die „Scientific Group on the Epidemiology of Infertility“ der WHO in die Internationalen Diagnosekriterien ICD als Krankheit aufgenommen.³⁸³ Von Infertilität/Sterilität spricht man, wenn bei einem Paar entgegen seinem expliziten Willen nach mehr als zwei Jahren (in der Praxis meist nach einem Jahr) trotz regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eintritt. Primäre Infertilität bedeutet, dass noch nie eine Empfängnis stattgefunden hat, bei sekundärer Infertilität ist zumindest schon einmal eine Schwangerschaft aufgetreten.

Bei rund jeder dritten Frau mit Kinderwunsch dauert es länger als ein Jahr, bis eine Schwangerschaft eintritt. Selbst bei einem gesunden Paar liegt die Wahrscheinlichkeit, bei regelmäßigem Geschlechtsverkehr innerhalb eines Zyklus schwanger zu werden, je nach Alter lediglich bei 10 bis 30 Prozent. Weniger als 5 Prozent aller Paare bleiben dauerhaft ungewollt kinderlos.³⁸⁴

³⁸³ ICD-10 Diagnosen: N97.x Sterilität der Frau, N46 Sterilität des Mannes.

³⁸⁴ RKI (2004).

Methoden der assistierten Reproduktion

Im Jahr 1977, also vor beinahe drei Jahrzehnten, wurde erstmals ein durch In-vitro-Fertilisation gezeugter Embryo in den Uterus einer Frau eingesetzt und ein Jahr später wurde das erste Retortenbaby, ein gesundes Mädchen namens Louise Joy Brown, in Großbritannien

geboren. Damit wurde eine neue Ära der Fortpflanzungsmedizin eingeleitet. Inzwischen stehen neben der In-vitro-Fertilisation mehrere Methoden der „assistierten Reproduktion“, das heißt der Befruchtung mit medizinischer Unterstützung, zur Verfügung. Die häufigsten sind nachfolgend angeführt.

Tabelle 5.21: Methoden der assistierten Reproduktion (medizinisch unterstützte Befruchtung)

Hormonstimulation und Insemination	36 Stunden nach dem Auslösen des Eisprungs wird eine Kappe mit dem aufbereiteten, gewaschenen Samen des Partners oder eines Spenders (donogen) vor den Muttermund der Frau gelegt, oder der Samen wird direkt in den Muttermundkanal, in die Gebärmutterhöhle oder in die Eileiter deponiert.
IVF – In-vitro-Fertilisation	Reife Eizellen werden nach Hormonstimulation aus den Eierstöcken entnommen und im Labor mit der aufbereiteten Samenflüssigkeit zusammen gebracht. Hat eine Befruchtung und Zellteilung stattgefunden, werden maximal drei Eizellen in die Gebärmutter zurückgegeben.
ICSI – Intrazytostatische Spermieninjektion	Reife Eizellen werden nach Hormonstimulation aus den Eierstöcken entnommen. Eine Samenzelle wird in die zuvor entnommene Eizelle mit einer feinen Nadel injiziert. Hat eine Zellteilung stattgefunden, werden maximal drei Eizellen in die Gebärmutter zurückgegeben.
GIFT – Gamete Intrafallopian Transfer Kryokonservierung	Reife Eizellen werden aus den Eierstöcken entnommen und zusammen mit der aufbereiteten Samenflüssigkeit in den Eileiter zurückgespült. Die Befruchtung findet im Körper der Frau statt. Befruchtete Eizellen aus den früheren IVF- oder ICSI-Behandlungen werden im Vorkernstadium eingefroren und zu einem späteren Zeitpunkt in die Gebärmutter eingebracht.
Assisted Hatching (Schlüpfhilfe)	Nach der Befruchtung teilen sich die Zellen des Embryos zunächst innerhalb der Eizelle, welche von einer Hülle umgeben ist (Zona pellucida). Mit einer laserunterstützten Mikromanipulation an der Zona pellucida wird versucht, dem heranwachsenden Embryo das Verlassen aus dieser Umhüllung und damit eine Einnistung in die Gebärmutterschleimhaut zu erleichtern.

Quelle: RKI (2004), S. 15.

Rahmenbedingungen der In-vitro-Fertilisation in Österreich

Im Jahr 2000 wurde in Österreich per Bundesgesetz ein Fonds zur Unterstützung von Paaren, die sich einer In-vitro-Fertilisation unterziehen wollen, eingerichtet. Dieser Fonds wird zu gleichen Teilen aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen und der Sozialversicherungsträger finanziert (IVF-Fonds-Gesetz BGBl I 1999/180). Mit 30. April 2004 wurde das IVF-Fonds-Gesetz in mehreren Punkten abgeändert: Zwei häufige Sterilitätsfaktoren, die Endometriose und das Polycystische Ovarsyndrom (PCOS) werden zukünftig ebenfalls Gründe für die finanzielle Unterstützung darstellen, hingegen wurde der Zustand nach Tubenligatur und die Vasektomie aus der Unterstützungsliste herausgenommen. Der Fonds übernimmt siebzig Prozent der Kosten der In-vitro-Fertilisation, die pro Versuch je nach Methode und Anstalt zwischen 1.400 und 1.700 Euro liegen. Der Selbstbehalt beträgt demnach 420 bis 510 Euro pro Versuch. Pro Paar und angestrebter Schwanger-

schaft besteht Anspruch auf die Kostenerstattung von höchstens vier Versuchen, sofern zum Zeitpunkt des Beginns eines Versuches die Frau das vierzigste und der Mann das fünfzigste Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Weitere Voraussetzungen sind das Vorliegen einer Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung im Krankheitsfall. Bei Personen, die nicht österreichische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger sind, ist darüber hinaus eine länger als drei Monate dauernde Beschäftigung bei einem Dienstgeber im Bundesgebiet erforderlich. Krankenanstalten, die In-vitro-Fertilisationen unter Kostentragung des IVF-Fonds durchführen, benötigen eine Zulassung gemäß §5Abs.2 des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG BGBl 1992/275 i.d.F. BGBl I2001/98), einen rechtsgültigen Vertrag mit dem IVF-Fonds und einen Behandlungsvertrag mit den PatientInnen.³⁸⁵ Im Jahr 2004 gab es in Österreich 25 IVF-Vertrags-Krankenanstalten (10 öffentliche, 15 private Anstalten), acht davon in Wien (davon zwei öffentliche). In jedem Bundesland befindet sich zumindest eine Anstalt.

Die IVF-Vertrags-Krankenanstalten müssen bestimmte Forderungen der Qualitätssicherung und Kontrolle erfüllen: Zumindest fünfzig Versuche pro Jahr je Vertragskrankeanstalt und der Nachweis einer Schwangerschaftsrate von 18 Prozent pro Follikelpunktion.

Inanspruchnahme des IVF-Fonds

In einer Patientinnenstromanalyse des vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen

(ÖBIG) geführten IVF-Registers für das Jahr 2004 wurde die Inanspruchnahme von IVF-Zentren in den Bundesländern hinsichtlich des Herkunftsbundeslandes der Patientin ausgewertet. In Wien wurden im Jahr 2004 die von allen Bundesländern meisten In-vitro-Fertilisationen durchgeführt (1.719 von österreichweit 4.661 Frauen bzw. Paaren). Von diesen Frauen wohnten 981 (57 Prozent) in Wien, 638 Frauen stammen aus Niederösterreich (37 Prozent) und 100 Frauen (6 Prozent) aus anderen Bundesländern.

Tabelle 5.22: IVF-Fonds-Patientinnenstromanalyse 2004 nach Bundesländern

Herkunfts-bundesland der Frau	Standort des in Anspruch genommenen IVF-Zentrums																		
	Burgenland		Kärnten		Nieder-österreich		Oberösterreich		Salzburg		Steiermark		Tirol		Vorarlberg		Wien		ge-samt
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Burgenland	86	83	2	1	0	0	1	0	0	0	18	3	0	0	0	0	65	4	172
Kärnten	0	0	320	79	0	0	0	0	0	0	5	1	15	4	0	0	2	0	342
Niederösterreich	13	13	0	0	138	100	58	7	0	0	1	0	0	0	0	0	638	37	848
Oberösterreich	0	0	2	1	0	0	779	89	49	23	0	0	6	1	2	1	11	1	849
Salzburg	0	0	10	3	0	0	26	3	151	73	0	0	40	10	22	8	0	0	249
Steiermark	4	4	61	14	0	0	9	1	7	3	509	96	0	0	1	0	22	1	613
Tirol	0	0	6	1	0	0	0	0	3	1	0	0	353	85	26	10	0	0	388
Vorarlberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	210	81	0	0	211
Wien	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	1	0	981	57	989
gesamt	103	100	403	100	138	100	874	100	210	100	535	100	417	100	262	100	1.719	100	4.661

Quelle: ÖBIG (2005), S. 16.

Pränataldiagnostik

Das zunehmende Angebot medizinischer Untersuchungen in der Schwangerschaft bietet zum einen Optionen für eine gesunde Schwangerschaft und Geburt, zum anderen entsteht ein großer Druck auf die Mutter bzw. die Eltern, dieses Angebot auch zu nutzen und möglichst alles zu unternehmen, um das Risiko zu minimieren und ein gesundes Kind zu Welt zu bringen. Die zunehmenden diagnostischen Möglichkeiten der vorgeburtlichen Medizin verändern langfristig das Erleben von Schwangerschaft und Geburt. Das entstehende Leben kann von der ersten Zellteilung an beobachtet und auf seine genetische Gesundheit getestet werden. Aber nur ein geringer Teil angeborener Behinderung ist überhaupt genetisch bedingt. Frauen werden mit der Frage, ob alles gemacht werden soll, was gemacht werden kann, oft allein gelassen, meist mit wenig oder kei-

ner Information. Die Betreuung von Schwangeren soll eigentlich der Gesundheit von Mutter und Kind dienen. In der vorgeburtlichen Diagnostik vermischt sich jedoch aus der Sicht der betroffenen Frau Gesundheitsförderung mit der Verhinderung der Geburt eines behinderten Kindes. Frauen und Betreuende stehen unter hohem Erwartungsdruck: „Hauptsache es ist gesund!“ Für Geburtshelfer drohen sogar rechtliche Konsequenzen, wenn auf diagnostische Methoden nicht hingewiesen wird. Frauen/Paare müssen durch kritische und evidenzbasierte Informationen über das pränataldiagnostische Angebot in ihrer Selbstkompetenz gestärkt werden. Eine klare Trennung zwischen Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen und genetischem Screening sollte dabei erkennbar sein.

In Wien ist die Zahl der Lebendgeborenen mit bei der Geburt erkennbaren Missbildungen zwischen 1995 und

³⁸⁵ ÖBIG (2002), S. 3 ff.

2004 von 66 auf 50 zurückgegangen, in Österreich von 515 auf 302. Bezogen auf 100.000 Lebendgeborene wurden im Jahr 2004 in Wien 296,6 und in Österreich 382,4 Neugeborene mit bei der Geburt erkennbaren Missbildungen geboren.

Methoden der Pränataldiagnostik

Pränataldiagnostische Methoden werden in der Medizin erst seit kurzem angewendet: Ende der 1960er Jahre wurde erstmals das Down-Syndrom (Trisomie 21) pränatal diagnostiziert und aus dieser Zeit stammen auch die ersten Publikationen zum Ultraschall. Fruchtwasseruntersuchungen (Amniozentesen) wurden erstmals in den 1970er Jahren durchgeführt. In den 1980er Jahren etablierten sich weitere pränataldiagnostische Untersu-

chungen wie zum Beispiel die Fetoskopie (Betrachtung des Fetus mit einem speziellen Endoskop), die Nabelschnurpunktion, die Chorionzottenbiopsie (Probenentnahme aus der Plazenta), der Triple-Test (zur Bestimmung von Trisomie 21 und anderer Chromosomenabweichungen) und die Nackenfaltenmessung mittels Ultraschall.

Chromosomenanomalien können zu 90 Prozent pränatal diagnostiziert werden, die häufigste Chromosomenanomalie ist die Trisomie 21 (Down-Syndrom). Für Chromosomenanomalien gibt es keine Therapie, das heißt die Eltern sind nach Mitteilung der Diagnose vor die Entscheidung gestellt, die Schwangerschaft fortzusetzen oder abzubrechen.³⁸⁶

Tabelle 5.23: Methoden der Pränataldiagnostik

Beschreibung und Zweck des Verfahrens	Vor- und Nachteile
NICHT INVASIVE METHODEN (ohne Eingriff in den Körper der Frau)	
Ultraschall im ersten Drittel der Schwangerschaft	
<p>Zeitpunkt: erste 12 SSW; Ergebnis sofort.</p> <p>Methode: Erfolgt an der Oberfläche der Bauchdecke (abdominal) oder durch Einführen eines Geräts in die Scheide (vaginal).</p> <p>Ergebnis: Bestätigung der Schwangerschaft, Nachweis von Mehrlingen, Untersuchung der Eihautverhältnisse, Ausschluss von Eileiterschwangerschaft oder Erkennen von Fehlbildungen, Registrierung des Herzschlages, Klärung vaginaler Blutungen. Messung der Scheitel-Steiß-Länge zur Errechnung des Geburtstermins.</p>	<p>Verunsicherung der Schwangeren/Eltern durch möglicherweise unzureichende Erklärungen zur Untersuchung. Fehldiagnosen kommen vor.</p> <p>Viele Frauen erleben den Ultraschall als positives, freudiges Erlebnis („Baby-Fernsehen“).</p>
Nackenfaltenmessung (Nackendichtemessung)	
<p>Zeitpunkt: 11. bis 14. SSW, Ergebnis sofort.</p> <p>Methode: Ultraschallmessung über die Bauchdecke.</p> <p>Ergebnis: Bei einer Verdickung der Nackenfalte ist das Risiko einer Chromosomenstörung (z. B. Down-Syndrom) oder eine Organfehlbildung erhöht.</p>	<p>Die Untersuchung ist nur ein Screening, ein unauffälliges Ergebnis schließt Schäden nicht aus, aber auch bei auffälligem Befund kann das Kind gesund sein.</p>
Combined Test	
<p>Zeitpunkt: 10. bis 14. SSW; Ergebnis innerhalb einer Woche.</p> <p>Methode: Kombination von Nackenfaltenmessung, Blutuntersuchung und Alter der Frau.</p> <p>Ergebnis: Risikoberechnung für Down-Syndrom (Trisomie 21) und andere Chromosomenstörungen; bei erhöhtem Risiko (Wahrscheinlichkeit unter 1:300) wird eine Chromosomenuntersuchung (Chorionzottenbiopsie oder Fruchtwasserpunktion) empfohlen.</p>	
Dopplerultraschall (Sonographie)	
<p>Zeitpunkt: ab 20. SSW; Ergebnis sofort.</p> <p>Methode: Form des Ultraschalls mit um ein Vielfaches höherer Frequenz der Wellen. Blutströme in den Gefäßen werden sichtbar und die Strömungsgeschwindigkeit kann gemessen werden.</p> <p>Ergebnis: Die Methode gibt Aufschluss, ob das Kind ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird; Verdacht auf Herzfehler des Kindes; mögliche Wachstumsstörungen.</p>	<p>Fehldiagnosen sind möglich.</p>

Fortsetzung

³⁸⁶ BZgA (2002), S. 2–3.

Tabelle 5.23: Methoden der Pränataldiagnostik (Fortsetzung)

Beschreibung und Zweck des Verfahrens	Vor- und Nachteile
NICHT INVASIVE METHODEN (ohne Eingriff in den Körper der Frau; Fortsetzung)	
Triple-Test	
<p>Zeitpunkt: 16. bis 18. SSW; Ergebnis nach einer Woche. Methode: Blutabnahme bei der Mutter. Ergebnis: Risikoberechnung für Down-Syndrom (Trisomie 21) und anderer Chromosomenstörungen aufgrund von Alter und der Konzentration dreier Hormone.</p>	<p>Die Untersuchung ist nur eine Wahrscheinlichkeitsberechnung und bringt keine Gewissheit, ob das Kind genetisch gesund ist. Bei Überschreiten eines Grenzwertes wird die Abklärung durch eine Chromosomenbestimmung (mittels Fruchtwasserpunktion) angeboten.</p>
Organscreening (detaillierte Ultraschalluntersuchung)	
<p>Zeitpunkt: 20. bis 22. SSW; Ergebnis sofort. Methode: Detaillierte Ultraschalluntersuchung. Ergebnis: Innere Organe, wie Gehirn, Herz, Nieren, Harnblase, Lunge, Magen und Leber sowie Extremitäten und Körperkonturen werden auf Auffälligkeiten untersucht.</p>	<p>Das Wissen um Auffälligkeiten und Normabweichungen stellt für die weitere Schwangerschaft eine psychische Belastung dar. Ein Schwangerschaftsabbruch ist zu diesem Zeitpunkt möglicherweise problematisch.</p>
INVASIVE METHODEN (chirurgischer Eingriff in den Körper der Frau)	
Chorionzottenbiopsie, Plazentabiopsie	
<p>Zeitpunkt: Chorionzottenbiopsie 10. SSW; Plazentabiopsie 14. Woche; Ergebnis innerhalb von ein bis drei Tagen. Methode: Mit einem Katheter oder einer Hohlnadel wird durch die Scheide oder über die Bauchdecke Gewebe aus den Chorionzotten (kindliche Anteile der Plazenta, d. h. des Mutterkuchens) zur Untersuchung entnommen. Ergebnis: Chromosomenabweichungen beim Ungeborenen. Nach DNA-Analyse können vererbare Krankheiten und Behinderungen festgestellt werden, z. B. Muskel- und Stoffwechselerkrankungen.</p>	<p>Die Angaben über das Risiko einer Fehlgeburt sind sehr unterschiedlich und liegen zwischen 0,5 und 2 Prozent. Der Eingriff ist für die Schwangere oft schmerzhaft und/oder unangenehm. Fehldiagnosen kommen vor.</p>
Amniozentese (Fruchtwasserpunktion)	
<p>Zeitpunkt: 15. bis 17. SSW; Ergebnisse in 2 bis 3 Wochen, bei FISH-Schnelltest in 2 bis 3 Tagen. Methode: Einstich einer Hohlnadel durch die Bauchdecke und Fruchtblase (Amnion) und Entnahme von 15 bis 18 Milliliter Fruchtwasser; Anlegen einer Zellkultur. Zahl und Struktur der Chromosomen wird untersucht bzw. eine DNA-Analyse durchgeführt. Ergebnis: Die Untersuchung wird bei einem auffälligen Combined Test, Triple Test oder bei bestimmten Fragestellungen (z. B. Blutgruppenunverträglichkeiten) durchgeführt.</p>	<p>Die Angaben über das Risiko einer Fehlgeburt sind sehr unterschiedlich und liegen zwischen 0,5 und 2 Prozent. Komplikationen wie Infektionen, Krämpfe, Wehen oder Blutungen sind nach dem Eingriff möglich. Langes Warten auf die Testergebnisse bedeutet möglicherweise eine große psychische Belastung für die schwangere Frau/Eltern.</p>

SSW = Schwangerschaftswoche.

Quelle: BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2004); S. 6–9.

Pränataldiagnostische Angebote an ausgewählten Wiener Geburtsabteilungen

Eine Befragung ausgewählter geburtshilflicher Abteilungen in Wien ergab, dass pränataldiagnostische Untersuchungen in öffentlichen Spitälern in unterschiedlichem Ausmaß angeboten werden. Die gesamte Palette

an Untersuchungen stand lediglich in den befragten Privatspitälern zur Verfügung. Von den StudienautorInnen wird bemerkt, dass einige der einbezogenen Geburtskliniken nur unvollständig über Art, Umfang, Vor- und Nachteile der vorgeburtlichen Untersuchungen informieren und zwar nur über jene Untersuchungen, die an der jeweiligen Abteilung durchgeführt werden.³⁸⁷

³⁸⁷ VKI (2005).

Tabelle 5.24: Pränataldiagnostische Angebote an ausgewählten Wiener Geburtenabteilungen 2004

Pränataldiagnostik im Haus angeboten	Semmelweis Klinik Wien		SMZ-Ost*		St. Josef Spital**		Goldenes Kreuz		Privatklinik Döbling***		Rudolfinerhaus****	
	öffentlich						privat					
	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€
Nackendichtemessung	ja	0	ja	0	ja	0	ja	–	ja	200	ja	100
Combined Test	nein	–	ja	0	ja	77	ja	200	ja	200	ja	100
Oscar Test	nein	–	nein	–	nein	–	ja	200	ja	200	ja	100
Fruchtwasserpunktion	ja	0	ja	0	ja	0	ja	490	ja	490	ja	–
Chorionzotten-Biopsie	ja	0	ja	0	nein	–	ja	490	ja	490	ja	–
Organscreening	ja	0	ja	0	ja	0	ja	200	ja	200	ja	100
3D-Ultraschall	nein	–	ja	0	nein	–	ja	90	ja	90	ja	90

* SMZ-Ost: 3D-Ultraschall bei Indikation.

** St. Josef Spital: Schwangerenintensivambulanz: Für Problemschwangerschaften oder besondere Fragen, Augenmerk neben Medizin auf persönliche Betreuung.

*** Privatklinik Döbling: Für Patientinnen mit privater Krankenversicherung werden bei Nackendichte, Combined, Oscar und Organscreening bis auf je 50 Euro die Kosten von der Versicherung übernommen, Kombiangebot Oscartest und Organscreening: 300 Euro.

**** Rudolfinerhaus: auch 4D-Ultraschall; wenn Organscreening und Combinedtest gemeinsam durchgeführt werden 150 Euro.

Quelle: VKI (2005).

5.4.4 Präimplantationsdiagnostik (PID)

Die **Präimplantationsdiagnostik (PID)**, das heißt Untersuchungen des Embryos vor dessen Transfer in die Gebärmutter bei In-vitro-Fertilisation (IVF), ist international umstritten. Einzelne Zellen des Embryos werden ab dem dritten Lebenstag entnommen und auf Chromosomenstörungen bzw. genetische Erkrankungen untersucht. Bei Vorhandensein eines Defekts wird der Embryo nicht transferiert. Die PID ist in Österreich, Deutschland, der Schweiz und Italien gesetzlich verboten, in anderen Ländern auf der Grundlage einschlägiger Gesetze in Ausnahmefällen schwerer genetischer Belastungen zugelassen (z. B. Dänemark) oder in Ermangelung expliziter Regelungen erlaubt (z. B. Belgien). In Norwegen, Polen, Rumänien und Bulgarien ist die PID nicht gesetzlich verboten, wird aber auch nicht verwendet.³⁸⁸ In Österreich ist die öffentliche Diskussion über die Präimplantationsdiagnostik (PID) – aber auch anderer Themen der Biomedizin und Bioethik – im Vergleich zu den Nachbarländern kaum präsent. Die Diskussionslinie verläuft zwischen dem Argument, dass durch die PID genetisch belastete Paare eine Chance auf ein gesundes Kind bekommen; die GegnerInnen argumentieren, dass durch den selektiven Charakter der PID fragwürdige gesellschaftliche Entwicklungen in Richtung einer positiven Eugenik begünstigt werden.

³⁸⁸ JONES, COHEN (2004).

³⁸⁹ BIOETHIKKOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT (2004).

Die Österreichische Bioethik-Kommission beim Bundeskanzleramt hat zum Thema Pränataldiagnostik im Juli 2004 einen ausführlichen Bericht vorgelegt.³⁸⁹

5.4.5 Biomedizin und Bioethik

Das junge Fach der Biomedizin ist eine Wissenschaftsdisziplin im Grenzbereich von Medizin und Biologie, ein interdisziplinäres Fachgebiet, das die Inhalte und Fragestellungen der experimentellen Medizin mit den Methoden der Molekularbiologie und der Zellbiologie verbindet. Im Mittelpunkt stehen die molekularen und zellbiologischen Grundlagen des Lebens. Die raschen Entwicklungen in der modernen Biomedizin stellen die Gesellschaft vor neue moralische Herausforderungen: Präimplantationsdiagnostik (PID), Embryonenforschung und Klonen rühren an den Fundamenten des menschlichen Lebens. Menschliche Grundrechte und Wahrung der Menschenwürde sind zentrale Begriffe der Diskussion um die Grenzen der Forschungsfreiheit. Zentrale Fragen sind:

- Wie ist die Frage zu lösen, ob dem Embryo eine Garantie der Menschenwürde zustehe und wie steht man dann zu einer „**verbrauchenden Embryonenforschung**“?
- Zum einen besteht international Übereinstimmung darüber, dass die Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken ethisch abzulehnen und ju-

ristisch zu verbieten sei (Artikel 18 des Menschenrechtsübereinkommens zur Biomedizin, das Österreich noch nicht ratifiziert hat). Wie steht es mit der Zulässigkeit der **Forschung an „überzähligen Embryonen“**? Eine solche Forschung ist laut § 9 FMedG, Fortpflanzungsmedizingesetz zwar verboten, es wird aber argumentiert, dass man die nicht zur Implantation geeigneten und der Vernichtung preisgegebenen Embryonen der Forschung zur Verfügung stellen könnte, mit dem Ziel, zum medizinischen Fortschritt beizutragen.

- Wie ist die Unterscheidung von „**reproduktivem**“ und „**therapeutischem**“ Klonen zu bewerten? Das Zusatzprotokoll zum Menschenrechtsübereinkommen in der Biomedizin aus 1998 verbietet das reproduktive, nicht aber das therapeutische Klonen.

In Österreich wurde 2001 eine **Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt**³⁹⁰ eingerichtet, ein aus 19 ExpertInnen (vier davon sind Frauen) bestehendes interdisziplinäres Gremium aus den Bereichen Medizin, Molekularbiologie und Genetik, Rechtswissenschaften, Soziologie, Philosophie und Theologie. Zentrale Themen der vergangenen Jahre waren die Diskussion der Präimplantationsdiagnostik (PID), zu der auch ein ausführlicher Bericht vorgelegt wurde,³⁹¹ sowie die Novelle zum Fortpflanzungsmedizingesetz (FmedGNov 2004).

Fortpflanzungsmedizingesetz-Novelle 2004 (FMedGNov 2004)

Das Fortpflanzungsmedizingesetz (FmedG; BGBl. 275/1992) regelt den Bereich der Reproduktionsmedizin, es wurde im November 2004 durch eine Novelle geändert (FMedGNov 2004; BGBl. I 2004/163), welche folgenden Inhalt aufweist:

- Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung ist auch dann zulässig, wenn ein Geschlechtsverkehr zur Herbeiführung einer Schwangerschaft den EhegattInnen oder LebensgefährtInnen wegen der ernststen Gefahr der Übertragung einer **schweren Infektionskrankheit** auf Dauer nicht zumutbar ist (Erweiterung des § 2 Abs. 2 FMedG gegenüber dem Begutachtungsentwurf). Damit soll es auch **Paaren mit dem Übertragungsrisiko von HIV oder Hepatitis** ermöglicht werden, eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung in Anspruch zu nehmen.

- Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe dürfen für eine künftige medizinisch unterstützte Fortpflanzung entnommen und aufbewahrt werden, wenn ein körperliches Leiden oder dessen dem Stand der medizinischen Forschung entsprechende Behandlung eine ernsthafte Gefahr bewirkt, dass eine Schwangerschaft nicht mehr durch Geschlechtsverkehr herbeigeführt werden kann (§ 2 Abs. 3 neu FMedG).
- **Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe** dürfen **bis auf Widerruf oder bis zum Tod** der Person, von der sie stammen, aufbewahrt werden. Entwicklungsfähige Zellen dürfen nur bis auf Widerruf der Frau, von der die Eizellen stammen, oder bis zum Tod eines der EhegattInnen oder LebensgefährtInnen, höchstens jedoch zehn Jahre, aufbewahrt werden (§ 17 Abs. 1 FMedG; vgl. demgegenüber die strikt auf ein Jahr limitiert gewesene Frist nach der Stammfassung des FMedG sowie die noch im Begutachtungsentwurf vorgeschlagen gewesene Bindung an ein Alterslimit von 50 Jahren). Zum Zeitpunkt der Einbringung von Samen, Eizellen oder entwicklungsfähigen Zellen in den Körper der Frau darf die Zustimmung beider EhegattInnen oder LebensgefährtInnen aber nicht älter als ein Jahr sein (§ 8 Abs. 5 neu FMedG).
- Das strikte **Überlassungsverbot von entwicklungsfähigen Zellen** (§17 Abs. 2 FmedG in der Stammfassung) wurde dahingehend modifiziert, als nunmehr Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe, die für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollten, sowie entwicklungsfähige Zellen, einer nach § 5 Abs. 2 FMedG zugelassenen Krankenanstalt bzw. Samen auch einer/m FachärztIn für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der/die eine Meldung nach § 5 Abs. 1 FMedG erstattet hat, überlassen werden dürfen. Voraussetzung ist die schriftliche Zustimmung der Person, von der Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe stammen, bzw. die schriftliche Zustimmung beider EhegattInnen oder LebensgefährtInnen für die Überlassung von entwicklungsfähigen Zellen.
- Gegenüber dem Begutachtungsentwurf enthält die Novelle keine Änderungen der Rechtslage im Zusammenhang mit dem Klonen. In der Novelle des Fortpflanzungsmedizingesetzes wurde das bislang nur implizit vorhandene **Klonverbot ausdrücklich ausformuliert**.

³⁹⁰ <http://www.bka.gv.at/bioethik>

³⁹¹ BIOETHIKKOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT (2004).

5.5 Gesundheit rund um die Geburt

Siehe auch: Fertilität (Kapitel 3.3).

Zusammenfassung

Die zunehmenden diagnostischen Möglichkeiten der vorgeburtlichen Medizin (**Pränataldiagnostik**) verändern langfristig das Erleben von Schwangerschaft und Geburt. Viele Frauen bzw. Eltern geraten unter Druck, die angebotenen Untersuchungen auch zu nutzen, um mehr Gewissheit darüber zu haben, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen. Aus der Sicht der Frauen ist es wichtig, über kritische und evidenzbasierte Informationen zu verfügen, um selbst bestimmte Entscheidungen treffen zu können.

Die Medikalisierung der Schwangerschaft setzt sich in einem Trend der in steigendem Ausmaß **medizinisch kontrollierten Geburt** fort. 98,6 Prozent der Geburten finden in Krankenhäusern statt. Die ambulante Geburt, das heißt ein Spitalsaufenthalt von weniger als 24 Stunden nach der Geburt, wird in sehr geringem Ausmaß in Anspruch genommen.

Die **Kaiserschnitt-Rate** in Wien ist von 12,4 Prozent im Jahr 1995 auf 23,6 Prozent im Jahr 2004 gestiegen – in einigen Wiener Privatspitälern erreicht die Kaiserschnitt-Rate 50 Prozent –, dies entspricht dem bundesweiten und auch dem internationalen Trend, dass Kaiserschnitte immer häufiger auch ohne harte Indikationen durchgeführt werden.

Die Förderung des **Stillens** ist seit mehreren Jahrzehnten ein erklärtes Ziel auf internationaler Ebene, wo sich vor allem die WHO und UNICEF für ein „erfolgreiches Stillen“ eingesetzt und im Jahr 1991 die „Baby Friendly Hospital Initiative“, das „**Stillfreundliche Krankenhaus**“, initiiert haben. In Österreich gibt es derzeit 14 „Stillfreundliche Krankenhäuser“. Als bislang einziges Krankenhaus in Wien erhielt die Semmelweis-Frauenklinik im Jahr 1999 diese Auszeichnung. Die Empfehlung der WHO zur optimalen Stilldauer lautet, dass sechs Monate voll gestillt werden sollte und die maximale Stilldauer 24 Monate sei.

Summary: Pregnancy and childbirth

*The increasing possibilities offered by **prenatal diagnostics** are permanently altering the way in which pregnancy and childbirth are experienced. Many women and couples feel pressured to make use of all the available diagnostics in order to have more certainty about their child being healthy. It is important for women to receive critical and factual information in order to be able to make their own educated decisions.*

*The medicalisation of pregnancy is continuing with a growing trend of **medically controlled childbirth**. 98.6 percent of all births take place in hospital. Out-patient childbirth facilities, i.e. hospital stays of less than 24 hours after giving birth, are used very rarely.*

*The **share of caesarean sections** has increased from 12.4 percent in 1995 to 23.6 percent in 2004; in some Viennese private hospitals it is even up to 50 percent. This follows the Austrian and international trend towards having caesarean sections increasingly without medical indication.*

*The promotion of **breastfeeding** has been an international objective for several decades, in particular the WHO and UNICEF promote “successful breastfeeding” and initiated the “**Baby Friendly Hospital Initiative**” in 1991. So far Austria has 14 “Baby Friendly Hospitals”. As the first and so far only hospital in Vienna, the Semmelweis women’s clinic was awarded this title in 1999. The WHO recommends exclusive breastfeeding for the first six months as the optimal length, and additional breastfeeding up to an age of 24 months.*

Wien weist im Bundesländervergleich eine relativ hohe Stillrate auf: Ein Viertel der Mütter stillt länger als 9,0 Monate, die Hälfte der Mütter stillt bis zu 7,5 Monaten und das restliche Viertel der Mütter stillt bis zu 4,0 Monaten.

Nachgeburtliche Depressionen, das sind depressive Verstimmungen nach der Geburt (postpartale Depressionen, PPD), sind häufige und ernst zu nehmende psychische Zustände, die aber immer noch sehr oft nicht diagnostiziert werden, unter anderem weil ihr Auftreten der Erwartung widerspricht, eine Frau müsse nach der Geburt ihres Kindes ausschließlich glücklich sein. Im Rahmen des in den Jahren 2001 und 2002 vom Wiener Programm für Frauengesundheit umgesetzten **Modellprojekts zur Prävention nachgeburtlicher Depressionen (PPD)** wurde unter anderem die **Inzidenz** der postpartalen Depression erhoben: Von den befragten Frauen hatten 18 Prozent am Beginn der Schwangerschaft (bis zur 30. Schwangerschaftswoche) erhöhte Werte im Depressionsfragebogen, 13 Prozent wiesen eine Erhöhung zwei Wochen vor der Geburt auf. Den gesamten Erhebungszeitraum betrachtet, hatten 28 Prozent zu einem der vier Befragungszeitpunkte Depressions-Werte im Risikobereich. Im Rahmen des Projekts wurden auch unterschiedliche Maßnahmen zur Prävention und Hilfestellung für die betroffenen Frauen erprobt und evaluiert. Eine weitere Sensibilisierung des betreuenden Personals und eine Ausweitung des Angebots an Mutter-Kind-Aufnahmen an psychiatrischen Abteilungen sind erforderlich.

Frühgeburten sind ein großes Problem der Geburtshilfe, weil extreme Frühgeburten mit einem Geburtsgewicht unter 2.000 Gramm für einen großen Teil der Säuglingssterblichkeit und der Erkrankungen Neugeborener verantwortlich sind. Die Rate der Frühgeburten ist in den vergangenen Jahren zugleich mit der Überlebensrate der Frühgeborenen leicht gestiegen, inzwischen überleben die meisten Kinder mit einem Geburtsgewicht zwischen 500 und 1.000 Gramm. Das bedeutet aber auch, dass die Zahl der überlebenden Frühgeborenen mit neurologischen Folgeschäden leicht angestiegen ist. Somit sind Bemühungen, die Frühgeburtenrate zu reduzieren, sehr erstrebenswert.

Compared to the other federal provinces, Vienna has a relatively high share of breastfeeding mothers: One in four mothers breastfeed longer than 9 months, about half up to 7.5 months, and the remaining quarter up to 4.0 months.

***Postnatal depression (PND)** is a medical condition that is frequent and should be taken seriously. However, it is still often not diagnosed, among other reasons because it contradicts the common opinion that a woman should be filled with happiness after the birth of her child. During the **model project for the prevention of postnatal depression**, which was carried out as a part of the Vienna Women's Health Programme in 2001 and 2002, data on the **incidence** of postnatal depression was collected. Of the women who took part in the questionnaire based survey, 18 percent showed indications of depression in the early stages of pregnancy (up to the 30th week), and 13 percent two weeks before birth. Over the entire time of the survey, 28 percent showed risky depression values in one of the four stages that were surveyed. During the project various preventive and supportive measures were also tested and evaluated. It is necessary to continue awareness building measures for medical staff and to extend the possibilities for admitting mothers and babies together to psychiatric wards.*

***Premature births** are a serious problem in obstetrics, since extremely premature births with a birth weight of less than 2,000 grams account for a large share of infant mortality and morbidity. The rate of premature births has slightly increased in the last years together with the survival rate. Nowadays most infants with a birth weight between 500 and 1.000 grams survive. This also means that the number of surviving infants with neurological damage has increased slightly. Attempts to reduce the rate of premature births are therefore very desirable.*

Seit den 1950er Jahren ist die **Säuglingssterblichkeit** in Wien und Österreich stark zurückgegangen. Die Säuglingssterblichkeit lag in Wien im Jahr 2003 bei 6,3 Promille aller Lebendgeborenen (bzw. 0,63 Prozent) und somit über dem österreichischen Durchschnitt von 4,5 Promille.

Fehl- und Totgeburten sind ein tabuisiertes Thema. Erst seit wenigen Jahren erhalten verwaiste Eltern nach dem Tod ihres Kindes institutionelle Unterstützung bei der Bewältigung des Verlusterlebnisses. In Wien bieten z. B. die Semmelweislinik und das AKH (Point-Projekt) seit mehreren Jahren Beratung und Unterstützung der Betroffenen bei der psychischen Bewältigung, aber auch bei administrativen Erfordernissen an. Regenbogen Österreich ist ein Verein zur Hilfestellung bei glückloser Schwangerschaft, der seit dem Jahr 1994 eine **Selbsthilfegruppe** für Eltern, die eine Fehlgeburt, Totgeburt oder Abtreibung gehabt haben, anbietet.

Infant mortality has declined strongly in Vienna and Austria since the 1950s. Infant mortality in Vienna in 2003 was 6.3 in 1000 live births (i.e. 0.63 percent), which was above the Austrian average of 4.5 in 1000.

*Miscarriage and stillbirth are still a taboo. Only in recent years has it become possible for parents who lose their child in this way to receive institutionalised support in coping with the loss. For a few years, e.g. the Semmelweis clinic and the Vienna General Hospital (Point project) have been offering counselling and support for affected parents in Vienna, both psychological support and administrative help with paperwork. Regenbogen Österreich is an association founded in 1994 that offers a **self-help group** for parents who have experienced a miscarriage, stillbirth or an abortion.*

Medikalisierung der Geburt vs. mütterfreundliche Geburt

Nachdem in den 1970er und 1980er Jahren die „sanfte“ und „natürliche“ Geburt propagiert worden war, wurden im vergangenen Jahrzehnt Schwangerschaft und Geburt zunehmend medizinisch kontrolliert und sind zu einem technisierten Ereignis geworden. Dieser Trend zur Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt ist am deutlichsten am vermehrten Angebot an

pränataldiagnostischen Methoden, aber auch an der stark steigenden Zahl der Kaiserschnitte abzulesen (siehe weiter unten). Ein weiterer Indikator ist, dass in Wien im Jahr 2004 98,6 Prozent aller Lebendgeburten in Krankenhäusern stattfanden und das Angebot ambulanter Geburten, das heißt, mit einem Spitalsaufenthalt von weniger als 24 Stunden nach der Geburt, nur in sehr geringem Ausmaß in Anspruch genommen wurde (1,4 Prozent der Lebendgeburten).

Tabelle 5.25: Lebendgeburten in Wien und Österreich 1995 und 2004 nach Ort der Geburt bzw. nach ambulanter/stationärer Geburt

Ort der Geburt	1995				2004			
	Wien		Österreich		Wien		Österreich	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
stationäre Geburt (über 24 Stunden in KA)	15.520	95,4	86.107	97,1	16.205	96,1	76.461	96,8
ambulante Geburt (bis 24 Stunden in KA)	516	3,2	1.500	1,7	416	2,5	1.457	1,8
Geburt nicht in einer Krankenanstalt	225	1,4	1.062	1,2	235	1,4	1.050	1,3
gesamt	16.261	100,0	88.669	100,0	16.856	100,0	78.968	100,0

KA = Krankenanstalt

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005).

Der zunehmenden Technisierung von Schwangerschaft und Geburt stehen aber auch Bemühungen um „**mütterfreundliche**“ und „**baby-freundliche**“ Krankenhäuser bzw. Geburtskliniken gegenüber.

Zehn „Stufen“ der Initiative für eine mütterfreundliche Geburt³⁹²

Ein mütterfreundliches Spital, Geburtszentrum oder Heimgeburten-Service ...

1. muss allen Gebärenden **uneingeschränkte Auswahl von Begleitpersonen** ihrer Wahl bei der Geburt einschließlich Väter, Partner, Kinder, Familienmitglieder und Freunde anbieten sowie uneingeschränkte emotionale und körperliche Unterstützung von einer Geburtsbegleiterin und Zugang zu professioneller Hebammen-Pflege;
2. stellt genaue **beschreibende und statistische Informationen** öffentlich zur Verfügung, die Auskunft über Praxis und Methoden der Geburtshilfe geben, einschließlich Angaben über Interventionen und deren Erfolg bzw. Misserfolg (outcomes);
3. bietet **Kultur-kompetente Versorgung** an, das heißt Versorgung, die sensibel und aufmerksam ist für die speziellen Glaubensvorstellungen, Werte und Gepflogenheiten in der ethnischen Gruppe und der Religion der Mutter;
4. sorgt für die Möglichkeit der Frau, sich **während der Wehen und bei der Geburt frei zu bewegen**, zu gehen und die Position ihrer Wahl einzunehmen (außer eine bestimmte Komplikation erfordert eine Einschränkung), bei gleichzeitiger Empfehlung, nicht die Lihotomie-Position einzunehmen (flach auf dem Rücken mit erhobenen Beinen);
5. hat klar definierte Strategien und Maßnahmen für die Zusammenarbeit und Beratung während der perinatalen Periode **mit anderen Geburts-Services** (einschließlich Kommunikation mit dem/der ursprünglichen BetreuerIn, falls ein Transfer von einer Geburtsstelle zu einer andern erforderlich ist) und für die Vernetzung der Mutter mit den geeigneten extramuralen Ressourcen (einschließlich der pränatalen und der nach der Entlassung erforderlichen Kontrollen und der Unterstützung beim Stillen);
6. hat **keinen routinemäßigen Einsatz** folgender Praktiken und Prozeduren, die nicht durch wissenschaftliche Beweise bestätigt sind: Rasur des Intimbereichs; Einläufe; intravenöser Wehen-Tropf;

Vorenthalten von Nahrung und Wasser; vorzeitiger Blasensprung; elektronisches fetales Monitoring. Andere Interventionen sind auf folgende Häufigkeiten beschränkt: Rate der **Geburtseinleitungen** von 10 Prozent oder weniger; **Dammschnitt (Episiotomie)-Rate** von 20 Prozent oder weniger, mit einer Zielsetzung von 5 Prozent oder weniger; **Kaiserschnitt-Rate** von 10 Prozent oder weniger in allgemeinen Geburtsabteilungen und 15 Prozent oder weniger in Abteilungen mit Hochrisiko-Versorgung; Rate **vaginaler Geburten** nach vorangegangenen Kaiserschnitt-Geburten von 60 Prozent oder mehr mit der Zielsetzung, 75 Prozent oder mehr zu erreichen;

7. bietet Schulung für das Personal in **nicht-medikamentösen Methoden der Schmerzlinderung**; keine Förderung des Angebots von Schmerzmitteln oder Narkose, sofern sie nicht für die Behandlung einer Komplikation erforderlich ist;
8. ermutigt alle Mütter und Familien, einschließlich jene mit kranken oder frühzeitig Geborenen, die Kinder zu **berühren, halten, stillen** und sich in jenem Ausmaß um ihr Baby zu kümmern, den ihr Zustand erlaubt;
9. warnt vor **Beschneidung** (Circumcision) des Neugeborenen;
10. bemüht sich, die WHO-UNICEF **Ten Steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative** einzuhalten und das erfolgreiche Stillen zu fördern. (Siehe auch den Abschnitt „Stillen“ im vorliegenden Kapitel.)

5.5.1 Kaiserschnitt auf Wunsch

Die in den vergangenen Jahren international und in Österreich stark gestiegenen Raten der Kaiserschnitt-Geburten haben eine kontroverielle Diskussion im Bereich der Geburtshilfe ausgelöst. In der Öffentlichkeit und in den Medien wird der „Kaiserschnitt auf Wunsch“ – das heißt, die werdende Mutter und der/die GeburtshelferIn bestimmen den Geburtstermin – als „Lifestyle-Operation“ präsentiert und als Geburtsmodus, für den sich Popstars, Fotomodelle und viel beschäftigte Geschäftsfrauen bevorzugt entscheiden.³⁹³

Im Bereich der Geburtshilfe sehen Befürworter des „Kaiserschnitts auf Wunsch“ darin den Geburtsmodus der Zukunft.³⁹⁴ Als Hauptargumente werden neben der

³⁹² CIMS (1996).

³⁹³ DER SPIEGEL (2003).

Wahlfreiheit der Frau die Schonung des Beckenbodens und die Bewahrung der Kontinenz des Urogenitaltrakts angeführt. Dem stehen kritische Stimmen gegenüber, die entgegensetzen, dass nach einem Kaiserschnitt die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass nachfolgende Geburten auch mit einem Kaiserschnitt durchgeführt werden müssen und es zu Problemen mit den Operationsnarben kommen könne. Auch auf psychischer Ebene sei das Fehlen des Geburtserlebnisses für viele Frauen belastend. KritikerInnen des „Kaiserschnitts auf Wunsch“ weisen zudem darauf hin, dass dieser eine Entbindungsform sei, die für den/die GeburtshelferIn den geringsten Aufwand bedeute und daher nicht zuletzt aus diesem Grund der Frau als eine den Beckenboden schonende („saving the love channel“), planbare und sichere Alternative zur „natürlichen“ Geburt angeboten werde.³⁹⁵

Begriffsklärung

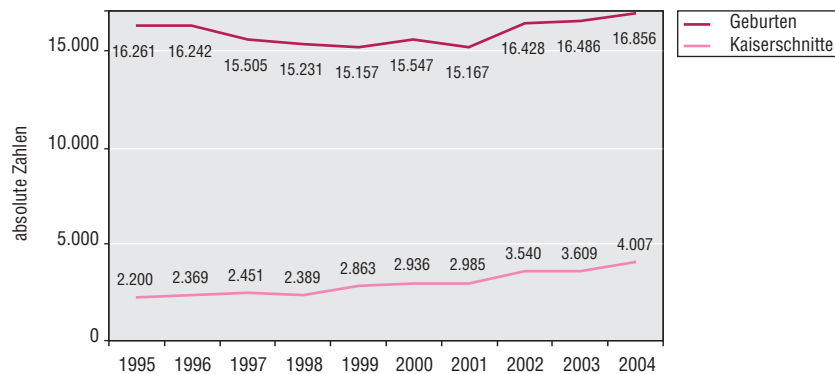
Mögliche Arten der Geburt sind die vaginale Geburt durch die Scheide, die unterstützte vaginale Geburt (mittels Vakuum-Saugglocke oder Zange [Forceps]) und der Kaiserschnitt (Sectio caesarea, Schnittentbindung). Beim *primären* Kaiserschnitt wird der Eingriff ohne vorherige Wehentätigkeit eingeleitet, beim *sekundären* Kaiserschnitt nach Beginn der Wehen. Bei den Kaiserschnitten unterscheidet man Notfall-Kaiserschnitte und geplante Kaiserschnitte (elektive Sectio). Ein Kaiserschnitt kann aufgrund einer medizinischen

Indikation geplant werden, wobei zwischen harten und weichen Indikationen unterschieden wird: Harte Indikationen machen einen Kaiserschnitt unbedingt erforderlich, wie z. B. ein Nabelschnurvorfall oder eine Uterusruptur und sind Auslöser für rund zehn Prozent der Kaiserschnitte, mehr als 80 Prozent der Kaiserschnitte werden aufgrund weicher Indikationen durchgeführt, wie z. B. Beckenendlage oder andere Lageanomalien des Kindes oder bei verzögerter Geburt.³⁹⁶ Wie hoch der Anteil des „Kaiserschnitts auf Wunsch“ ohne jegliche medizinische Indikation ist, kann nicht genau gesagt werden.

Kaiserschnitt-Raten in Wien und Österreich

Von den 78.698 Lebendgeburten des Jahres 2004 in Österreich wurden 23,6 Prozent mit Kaiserschnitt durchgeführt. 1995 betrug die Rate noch 12,4 Prozent, das bedeutet eine Zunahme von 11,2 Prozent in neun Jahren. Am höchsten war die Kaiserschnitttrate 2004 im Burgenland (28,9 Prozent), am niedrigsten in Salzburg (17,3 Prozent). Wien liegt im Vergleich der Bundesländer mit 23,8 Prozent hinter Salzburg, Vorarlberg und Oberösterreich auf dem vierten Rangplatz. Die absolute Zahl der Kaiserschnitte ist in Wien seit 1995 von 2.200 auf 4.007 im Jahr 2004 gestiegen, wobei sich die Anzahl der Geburten zu diesen beiden Zeitpunkten nur geringfügig unterscheidet (1995: 16.262 Lebendgeburten, 2004: 16.856).

Grafik 5.19: Geburten und Kaiserschnitte in Wien 1995 bis 2004



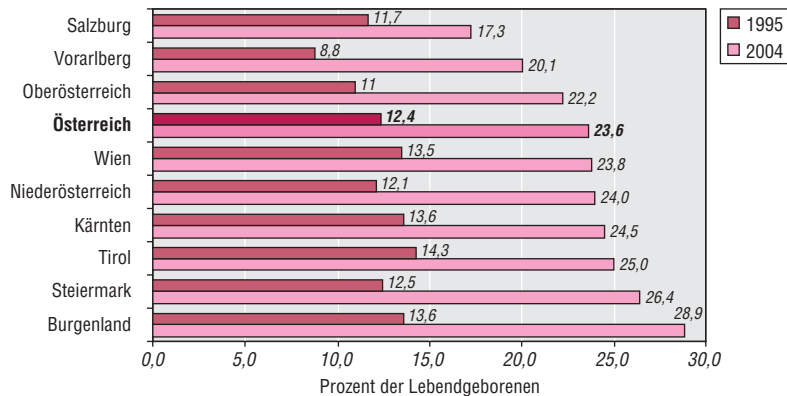
Quelle: Zur Verfügung gestellt von STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

³⁹⁴ Z. B. HUSSLEIN, LANGER (2000).

³⁹⁵ Z. B. KRAUSE (2002).

³⁹⁶ AWMF (2001).

Grafik 5.20: Kaiserschnitt-Raten 2004 nach Bundesländern



Quelle: Zur Verfügung gestellt von STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

Die Kaiserschnitt-Raten unterscheiden sich beträchtlich zwischen den einzelnen Geburtskliniken, wobei die Tendenz zu erkennen ist, dass die Raten in Privatspitälern höher sind. Ein Test des Vereins für Konsumenteninformation³⁹⁷ von Wiener Geburtsabteilungen im Jahr 2005 ergab für Privatspitäler Kaiserschnitt-Raten

zwischen rund 40 und 50 Prozent, in den getesteten öffentlichen Spitälern lagen diese – mit Ausnahme des Allgemeinen Krankenhauses (AKH), wo sie 36,5 Prozent betrug – zwischen 15 und 17 Prozent, also unter der durchschnittlichen Kaiserschnitt-Rate für Wien (2003: 21,9 Prozent).

Tabelle 5.26: Kaiserschnitt- und Dammschnitt-Raten in ausgewählten Wiener geburtshilflichen Abteilungen 2004

Name der Klinik	Status	Geburten 2004	Kaiserschnitt-Rate	Dammschnitt-Rate
		absolut	Prozent	
AKH Wien	öffentlich	2.953	36,5	15,4
Semmelweis-Frauenklinik	öffentlich	2.630	15,4	29,0
SMZ-Ost Wien	öffentlich	2.000	17,0	34,0
St. Josef Wien	öffentlich	1.452	15,7	11,1
Goldenes Kreuz	privat	823	49,6	9,0
Privatklinik Döbling	privat	410	41,2	7,0
Rudolfinerhaus	privat	343	40,0	20,0

Quelle: VKI (2005).

5.5.2 Stillen

Die Förderung des Stillens ist seit mehreren Jahrzehnten ein erklärtes Ziel der öffentlichen Gesundheit. Auf internationaler Ebene haben sich vor allem die WHO und UNICEF für ein „erfolgreiches Stillen“ eingesetzt³⁹⁸ und im Jahr 1991 das „Stillfreundliche Krankenhaus“ („Baby Friendly Hospital Initiative“) initiiert.

Dabei handelt es sich um ein Zertifikat, das ein Krankenhaus erhält, wenn es die „Zehn Stufen zum erfolgreichen Stillen“ (siehe nachfolgend) erfüllt. International wurden inzwischen 15.000 Einrichtungen in 134 Ländern zertifiziert. In Österreich gibt es derzeit 14 „Stillfreundliche Krankenhäuser“, als bislang einziges Krankenhaus in Wien erhielt die Semmelweis-Frauenklinik³⁹⁹ im Jahr 1999 diese Auszeichnung.

³⁹⁷ VKI (2005).

³⁹⁸ <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>

³⁹⁹ http://www.wienkav.at/kav/sem/medstellen_anzeigen.asp?txt=104

WHO-UNICEF-Initiative „Stillfreundliches Krankenhaus“: Zehn Stufen zum erfolgreichen Stillen

1. Es liegen schriftliche Richtlinien für die Stillförderung vor, die routinemäßig an das gesamte Gesundheitspersonal vermittelt werden.
2. Das Gesundheitspersonal wird aus- und fortgebildet, um die Richtlinien der Stillförderung umsetzen zu können.
3. Alle Schwangeren werden über die Vorteile und die Durchführung des Stillens informiert.
4. Die Mütter werden dabei unterstützt, mit dem Stillen innerhalb einer halben Stunde nach der Geburt zu beginnen.
5. Den Müttern wird das richtige Anlegen des Babys an die Brust und das Aufrechterhalten der Milchproduktion beigebracht, auch wenn sie von ihren Kindern getrennt werden.
6. Neugeborene erhalten keine andere Nahrung oder andere Getränke (Wasser, Tee) als Muttermilch, außer es ist medizinisch erforderlich.
7. Rooming-in wird routinemäßig angewandt, das heißt, es muss für Mütter und Kinder möglich sein, 24 Stunden täglich zusammen zu bleiben.
8. Die Mütter werden angeleitet, das Stillen an den Bedarf des Kindes anzupassen.
9. Es werden keine Schnuller und Flaschen zum Stillen verwendet.
10. Die Entstehung von Stillgruppen wird unterstützt und Frauen werden hilfreiche Kontakte vor der Entlassung aus der Klinik vermittelt.

Auf Bundesebene wurde im September 2004 die **Österreichische Stillkommission** als Arbeitsgruppe der Mutter-Kind-Pass-Kommission des Obersten Sanitätsrats mit der Zielsetzung der Stillförderung eingerichtet. Sie setzt sich aus ÄrztInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und Hebammen zusammen. Im Jahr 2004 wurde eine Broschüre für stillende Mütter erstellt.⁴⁰⁰

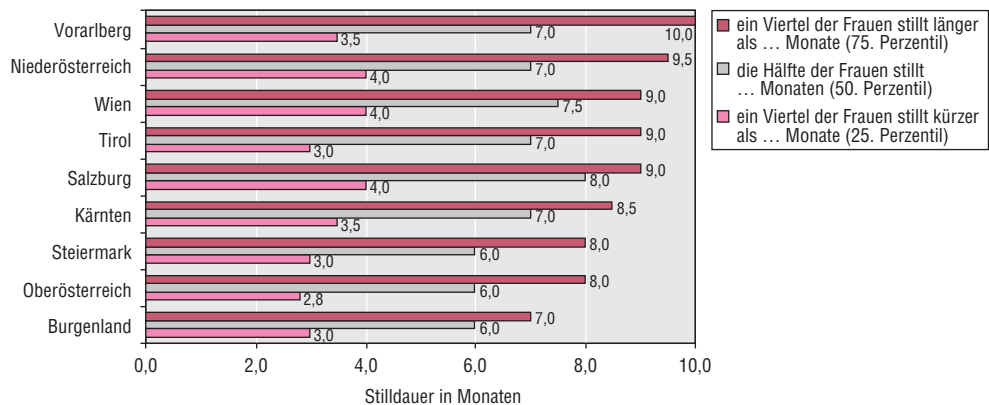
Empfehlungen zur Stilldauer, Stillraten in Österreich

Über die optimale Stilldauer wurde in der vergangenen Jahrzehnten viel diskutiert – die Empfehlung der WHO aus dem Jahr 2001⁴⁰¹ lautet, dass sechs Monate voll gestillt werden sollte und die maximale Stilldauer 24 Monate sei. In einer Studie aus dem Jahr 1998 – aktuellere Studien sind in Österreich nicht verfügbar – weist Wien im Bundesländervergleich eine relativ hohe Stillrate auf: Ein Viertel der Mütter stillt länger als 9,0 Monate (dritter Rangplatz hinter Vorarlberg und Niederösterreich), die Hälfte der Mütter stillt bis zu 7,5 Monaten (erster Rangplatz) und das restliche Viertel der Mütter stillt bis zu 4,0 Monaten.

⁴⁰⁰ <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0025&doc=CMS1088673971981>

⁴⁰¹ WHO (2001).

Grafik 5.21: Stillraten 1998 nach Bundesländern



Quelle: BRONNEBERG et al. (1998).

Postpartale Depression (PPD)

Siehe auch: Modellprojekt zur Prävention nachgeburtlicher (postpartaler) Depressionen (Kapitel 10.1).

Depressive Verstimmungen nach der Geburt sind häufige und ernst zu nehmende psychische Zustände, die nach wie vor oft nicht diagnostiziert und behandelt werden, unter anderem weil ihr Auftreten der Erwartung widerspricht, eine Frau müsse nach der Geburt ihres Kindes ausschließlich glücklich sein.

Es werden verschiedene Formen depressiver Verstimmungen nach der Geburt beschrieben, die sich hinsichtlich Schwere, Verlauf und Dauer unterscheiden.⁴⁰²

- Die mildeste Form postpartaler Verstimmungen stellt der „**Baby Blues**“ dar, welcher auch als „Postpartum Blues“ oder als „Heultage“ bezeichnet wird. Dabei handelt es sich um einen leichten depressiven Verstimmungszustand, der in der ersten Woche nach der Geburt auftreten kann und nach wenigen Tagen wieder abklingt. Die Angaben bezüglich der Häufigkeit des Baby Blues schwanken sehr stark und liegen zwischen 20 und 80 Prozent, das heißt, dass ein sehr großer Teil der Frauen nach der Geburt davon betroffen sein kann. Der Baby Blues ist selten behandlungsbedürftig, jedoch ist psychologische Beratung wünschenswert, die über den milden Verlauf aufklärt und damit zur Entlastung von Mutter, Kind und Angehörigen beiträgt.

- Als **postpartale Depression (PPD)** werden alle schweren, länger dauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen im ersten Jahr nach der Entbindung bezeichnet. Rund 10 bis 15 Prozent aller Frauen nach der Geburt erkranken in den ersten Monaten nach der Entbindung an dieser Form der Depression. Postpartale Depression ist gekennzeichnet durch alle Anzeichen einer „klassischen“ Depression (Antriebsmangel, Energielosigkeit, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrationsstörungen, Ängste, Sorgen, Schuldgefühle, Suizidgedanken), wobei besondere emotionale Labilität hinzukommen kann. Postpartale Depression kann aber auch ungünstige Folgenwirkungen für das Kind haben, da die für die kindliche Entwicklung wichtige frühe Mutter-Kind-Beziehung durch den depressiven Rückzug der Mutter beeinträchtigt werden kann. Die postpartale Depression ist unbedingt behandlungsbedürftig, wobei Psychotherapie und/oder medikamentöse Therapie mögliche Optionen sind. Beim Einsatz einer Psychopharmaka-Therapie in der Schwangerschaft und während der Stillzeit ist eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung geboten.⁴⁰³
- Postpartale Psychosen** oder **Wochenbett-Psychosen**, also schwere psychotische Zustände, treten bei 0,1 bis 0,2 Prozent der Frauen, d. h. bei ein bis zwei pro 1.000 Frauen nach der Geburt, innerhalb der ersten vier Wochen nach der Geburt auf. Eine therapeutische Intervention ist unbedingt erforderlich.

⁴⁰² RIECHER-RÖSSLER (2001), S. 23 ff.; ROHDE (2001).

⁴⁰³ LANCZIK et al. (2001).

Häufigkeit postpartaler Depression in Österreich

Da über die Häufigkeit von Depressionen bei Frauen und Männern in Wien und Österreich keine repräsentativen Studien vorliegen, lässt sich die epidemiologische Bedeutung der postpartalen Depression nur schwer bestimmen. Eine österreichische Studie⁴⁰⁴ an 1.134 Wöchnerinnen in Wien und Graz im Jahr 1997 ergab, dass drei Monate nach der Geburt 15,7 Prozent und sechs Monate nach der Geburt 13,6 Prozent der Frauen an einer postpartalen Depression litten.

Im Rahmen des in den Jahren 2001 und 2002 vom Wiener Programm für Frauengesundheit umgesetzten Modellprojektes zur Prävention nachgeburtlicher Depressionen (PPD) wurde unter anderem die **Inzidenz der postpartalen Depression** erhoben. An drei geburtshilflichen Abteilungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes (Kaiser-Franz-Josef Spital, Semmelweis-Frauenklinik, Donauespital SMZ-Ost) wurden schwangere Frauen mittels der Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) sowie eines Fragebogens zu psychosozialen Belastungen befragt. Insgesamt lagen Daten von 3.036 Frauen bei der ersten Erhebung und von 1.539 Frauen sechs Monate nach der Geburt vor. Im Längsschnitt konnten Informationen zur psychosozialen Veränderung von 653 Frauen gesammelt werden. Von den befragten Frauen hatten 18 Prozent am Beginn der

Schwangerschaft (bis zur 30. Schwangerschaftswoche) erhöhte Werte im Depressionsfragebogen, 13 Prozent wiesen eine Erhöhung zwei Wochen vor der Geburt auf. Den gesamten Erhebungszeitraum betrachtet, hatten 28 Prozent zu einem der vier Befragungszeitpunkte Depressions-Werte im Risikobereich. Eine medizinisch-psychiatrische auffällige Anamnese (Depressionen, Angstzustände, Essstörungen, Probleme mit Drogen, andere psychische Erkrankungen) zum Zeitpunkt der Erstanmeldung hatten 10 Prozent aller befragten Frauen. Sozioökonomische Belastungsindikatoren waren bei 14 Prozent der Frauen zum ersten und dritten Befragungszeitpunkt gegeben. PatientInnen des Kaiser-Franz-Joseph-Spitals (KFJ) hatten doppelt so hohe Risikowerte wie die Frauen in den anderen geburtshilflichen Abteilungen.

In einer Studie aus dem Jahr 2005 zur **sexuellen und reproduktiven Gesundheit**⁴⁰⁵ wurden 376 Frauen in Österreich, 80 davon in Wien, befragt, ob sie nach der am jüngsten zurückliegenden Geburt depressive Verstimmungen gehabt haben: 20,0 Prozent der Frauen in Wien und 16,0 Prozent der Frauen in ganz Österreich berichteten über eine leicht depressive Verstimmung; 6,3 Prozent der Wiener und 6,6 der österreichischen Frauen gaben eine schwere depressive Verstimmung an und schließlich 8,8 Prozent der Wienerinnen vs. 3,5 Prozent der Frauen in Österreich eine sehr schwere depressive Verstimmung.

Tabelle 5.27: Postpartale Depressionen laut Selbsteinschätzung in Wien und Österreich 2005

psychische Befindlichkeit nach der jüngst zurückliegenden Geburt	Wien		Österreich	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
keine depressive Verstimmung	52	65,0	274	72,9
leichte depressive Verstimmung	16	20,0	60	16,0
schwere depressive Verstimmung	5	6,3	25	6,6
sehr schwere depressive Verstimmung	7	8,8	13	3,5
weiß nicht, keine Antwort	0	0,0	4	1,1
gesamt	80	100	376	100

Quelle: BALDASZTI et al. (2005), S. 178.

⁴⁰⁴ HERZ et al. (1997).

⁴⁰⁵ BALDASZTI et al. (2005), S. 178.

Ursachen postpartaler Depression

Die Ursachen postpartaler Depressionen sind bisher nicht eindeutig geklärt. Weder hormonelle (z. B. Östrogen- und Progesteronspiegel), geburtshilfliche (z. B. Zahl der Geburten, Geburtskomplikationen) oder sozioökonomische Faktoren (Ausbildung, Beruf) unterscheiden sich bei postpartal depressiven Frauen von jenen, die keine Depression nach der Geburt haben. Mehrere Studien konnten jedoch zeigen, dass Mütter, die eine postpartale Depression entwickeln, oft nicht genügend soziale Unterstützung erhalten und häufiger schlecht funktionierende Partnerschaften haben. Laut den vorliegenden Studien ist eine postpartale Depression mit folgenden Faktoren assoziiert: depressive Erkrankungen in der Vorgeschichte, Stress mit der Versorgung des Kindes, allgemeiner Stress, wenig soziale Unterstützung, pränatale Angst, Baby Blues und geringe Zufriedenheit mit der Ehe. Besonders hoch ist das Risiko einer postpartalen Depression bei Frauen, die schon früher psychisch krank waren, hier liegt das Erkrankungsrisiko bei 60 Prozent. Bei dieser Gruppe von Frauen kann durch gezielte präventive Interventionsprogramme und eine engmaschige Begleitung in der Schwangerschaft und nach der Geburt die Erkrankung deutlich gesenkt werden.⁴⁰⁶

5.5.3 Frühgeburten

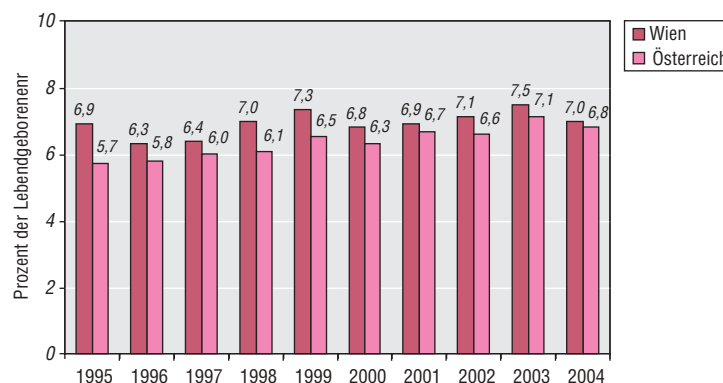
Frühgeburten sind ein großes Problem der Geburtshilfe, extreme Frühgeburten (Geburtsgewicht unter 2.000

Gramm) sind für einen großen Teil der Säuglingssterblichkeit und der Erkrankungen Neugeborener verantwortlich. Die Rate der Frühgeburten ist in den vergangenen Jahren ebenso wie die Überlebensrate der Frühgeborenen leicht gestiegen. Inzwischen überleben die meisten Kinder mit einem Geburtsgewicht zwischen 500 und 1.000 Gramm. Das bedeutet aber auch, dass die Zahl der überlebenden Frühgeborenen mit neurologischen Folgeschäden leicht steigt. Bemühungen zur Reduktion der Frühgeburtenrate sind daher erstrebenswert.

Laut WHO gelten Neugeborene mit einem **Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm** als untergewichtig bzw. werden als **Frühgeburten** bezeichnet. In Wien wurden 2004 1.178 Babys mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm geboren, in Österreich waren es insgesamt 5.381. Der Anteil von Frühgeburten an allen Lebendgeburten ist zwischen 1995 und 2004 sowohl in Wien als auch in Österreich geringfügig gestiegen und liegt in Wien (7,0 Prozent der Lebendgeborenen) über dem österreichischen Durchschnitt (6,8 Prozent).

Im Jahr 2004 lag das **durchschnittliche Geburtsgewicht** in Österreich bei den männlichen Neugeborenen bei 3.426 Gramm, bei den weiblichen bei 3.292 Gramm. Die **durchschnittliche Schwangerschaftsdauer** betrug 38,9 Wochen. Bei 1,5 Prozent aller Geburten war die Schwangerschaftsdauer unter 33 Wochen, bei diesen Lebendgeborenen lag der Anteil der Frühgeburten bei 98,3 Prozent.⁴⁰⁷

Grafik 5.22: Frühgeburten (Geburtsgewicht < 2.500 Gramm) in Wien und Österreich 1995 bis 2004



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 63 ff.

⁴⁰⁶ RIECHER-RÖSSLER (2001), S. 28 ff.

⁴⁰⁷ STATISTIK AUSTRIA (2005i).

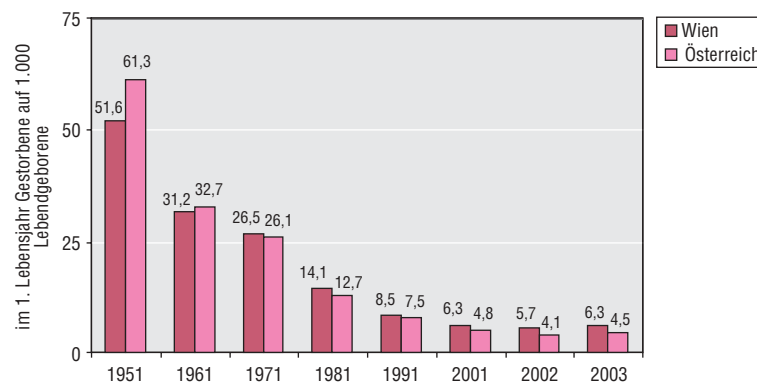
Der häufigste Grund für Frühgeburten sind aufsteigende vaginale Infektionen. Diese können ohne Symptome verlaufen, bevor sie vorzeitige Wehen oder einen Blasensprung auslösen. Die im Jahr 2003 in Wien veröffentlichte „K.I.S.S.-Studie“⁴⁰⁸ belegt die Reduzierung sowohl der Frühgeburten als auch der Spätaborte durch die medizinische Behandlung infizierter Schwangerer im Rahmen eines prophylaktischen **Infektionsscreenings**. Im Rahmen der Studie wurden gynäkologische Daten von 4.429 schwangeren Frauen ohne akute Beschwerden von 25 verschiedenen niedergelassenen FrauenärztInnen gesammelt. Bei etwas mehr als 20 Prozent der Schwangeren wurden asymptomatische vaginale Infektionen nachgewiesen (z. B. bei 14,0 Prozent Soor, bei 8,5 Prozent bakterielle Vaginosen) und medizinisch behandelt. Frühgeburten- und Spätabortrate konnten signifikant, das heißt um 50 Prozent, gesenkt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass es möglich ist, durch ein Infektionsscreening die Anzahl der Frühgeburten in allen niedrigen Geburtsgewichtsklassen zu senken. Dies ist aber auch aus Sicht der Gesundheitsökonomie von Interesse: Eine Frühgeburt verursacht im AKH Wien durchschnittlich 65.600 Euro Spitalskosten bis zur Entlassung des Kindes. Hochgerechnet auf die Wiener Frühgeburtenzahlen wäre bei gänzlicher Verhinderung von Frühgeburten eine Re-

duktion der Spitalskosten um 10 Millionen Euro im Jahr möglich. Die AutorInnen plädieren daher für die Umsetzung eines konsequenten Infektionsscreenings und für eine Integration in den Mutter-Kind-Pass, wobei das mikroskopische Diagnoseverfahren und die Therapieempfehlung einer strengen Qualitätskontrolle unterliegen müssen. Die Screeninguntersuchung sollte zwischen der 16. und 17. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden, damit eine eventuell erforderliche Therapie noch vor der 19. Schwangerschaftswoche abgeschlossen werden kann.

5.5.4 Säuglingssterblichkeit

Seit Anfang der 1950er Jahre ist es in Wien und Österreich zu einem starken Rückgang der **Säuglingssterblichkeit** gekommen, sie liegt derzeit um ein Vielfaches unter ihrem damaligen Wert. Die Säuglingssterblichkeit lag in Wien im Jahr 2003 bei 6,3 Promille aller Lebendgeborenen (bzw. 0,63 Prozent) und somit über dem österreichischen Durchschnitt von 4,5 Promille. Das bedeutet, dass in Wien im Jahr 2003 96 Neugeborene gestorben sind vs. 501 im Jahr 1951; in Österreich starben im Jahr 2003 343 Neugeborene, 1951 waren es 5.350.

Grafik 5.23: Säuglingssterblichkeit (im 1. Lebensjahr Gestorbene auf 1.000 Lebendgeborene) in Wien und in Österreich gesamt 1951 bis 2003



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2006), S. 82.

⁴⁰⁸ KISS et al. (2004a,b; 2005).

Abgrenzung Lebendgeburt – Totgeburt – Fehlgeburt

Hebammen sind laut Hebammengesetz 1994 (§ 8. Abs. 1)⁴⁰⁹ verpflichtet, jede Lebend- und Totgeburt innerhalb einer Woche der zuständigen Personenstandsbehörde anzuzeigen.⁴¹⁰ Fehlgeburten sind nicht anzuzeigen. Folgende Geburtsfälle sind zu unterscheiden:

- Als **Lebendgeburt** gilt unabhängig von der Schwangerschaftsdauer ein Kind dann, wenn nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib entweder die Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln, gleichgültig, ob die Nabelschnur durchgeschnitten ist oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht.
- Als **Totgeburt** oder bei der Geburt verstorben gilt ein Kind dann, wenn keines der in der Definition von Lebendgeburt angeführten Zeichen erkennbar ist und es ein Geburtsgewicht von **mindestens 500 Gramm** aufweist.
- Eine **Fehlgeburt** liegt vor, wenn bei einem Kind keines der in der Definition von Lebendgeburt angeführten Zeichen vorhanden ist und es ein Geburtsgewicht von **weniger als 500 Gramm** aufweist.

Administrative Regelungen bei Tot- und Fehlgeburt

Wochenschutz für die Mutter: Die Unterscheidung zwischen Lebendgeburt mit darauf folgendem Tod, Fehl- oder Totgeburt hat für die Mutter rechtliche Konsequenzen. Im Fall einer Lebendgeburt mit darauf folgendem Tod steht der Frau ein Wochenschutz von zwölf Wochen zu, nach einer Totgeburt dagegen nur acht Wochen. Keinen Anspruch auf Wochenschutz hat eine Frau nach einer Fehlgeburt.

Amtliche Beurkundung und Namensgebung: Während nach dem Tod eines lebend geborenen Kindes eine Geburts- und Sterbeurkunde ausgestellt wird sowie ein Vorname gegeben werden muss, wird ein tot geborenes Kind nur im Sterbebuch verzeichnet. Die Namensgebung ist in diesem Fall freiwillig. In beiden Fäl-

len wird eine Totenbeschau durchgeführt. Keinen offiziellen Namen erhält dagegen ein Kind nach einer Fehlgeburt.

Bestattung von Kindern nach Tot-, Fehlgeburt: Die Bestattungsordnungen sind für die Bundesländer unterschiedlich. In Wien⁴¹¹ können sowohl bei einer Totgeburt als auch bei einer Fehlgeburt Eltern ihr totes Kind mit einer Trauerfeier verabschieden und im Familiengrab bestatten lassen. In diesem Fall sollte dieser Wunsch bereits im Spital bekannt gegeben werden. Wollen die Eltern davon keinen Gebrauch machen, so sorgt die Stadt Wien für eine Bestattung am Zentralfriedhof in einem eigenen Gräberfeld (Nr. 35B). Fehlgeburten in den Wiener Städtischen Spitälern und dem Hanuschspital werden gesammelt und gemeinsam kremiert.

Hilfe bei glückloser Schwangerschaft und für verwaiste Eltern

Fehl- und Totgeburten sind ein tabuisiertes Thema. Erst seit wenigen Jahren erhalten verwaiste Eltern nach dem Tod ihres Kindes institutionelle Unterstützung bei der Bewältigung des Verlusterlebnisses. In Wien bieten z. B. die Semmelweislinik und das AKH (Point-Projekt) seit mehreren Jahren Beratung und Unterstützung der Betroffenen bei der psychischen Bewältigung, aber auch bei administrativen Erfordernissen an.

Wichtig bei der **psychischen Begleitung von Eltern nach Tot-, Fehlgeburt** ist die sprachliche Sensibilität: Worte wie Frucht, Fötus, Abgang oder Abortus sind zu vermeiden und anstelle dessen Baby, Kind und Geburt zu verwenden. Dadurch wird anerkannt, dass die Frau Mutter geworden ist, auch wenn das Kind gestorben ist. Die psychische Bewältigung fällt Eltern dann schwerer, wenn sie das Kind nicht gesehen haben. Es sollte auch angeboten werden, Erinnerungsstücke an das Kind aufzubewahren (Fotografien, Fußabdruck, Armbänder, ausgefüllter Mutter-Kind-Pass). Betroffene sollten darin bestärkt werden, sich mit der eigenen Trauer auseinander zu setzen, das tote Baby kennen zu lernen, es anzusehen, um von ihm Abschied nehmen zu können und keine falschen Vorstellungen entstehen zu lassen.

⁴⁰⁹ Hebammengesetz – HebG (NR: GP XVIII RV 1461 AB 1542 S. 157. BR: 4773 AB 4770 S. 583.)

⁴¹⁰ <http://www.ris.bka.gv.at/>

⁴¹¹ <http://www.bestattungwien.at/index.php?id=327>

Regenbogen Österreich⁴¹² ist ein Verein zur Hilfestellung bei glückloser Schwangerschaft. Der Verein betreibt eine **Selbsthilfegruppe** für Eltern nach Fehlgeburt, Totgeburt oder einer Abtreibung. Seit 1994 werden Selbsthilfegruppentreffen und telefonische Beratung ehrenamtlich geleitet von einer Psychologin und Psychotherapeutin, angeboten. Ein Kreis von betroffenen Eltern (ca. 120 Frauen und 50 Männer) bietet Austausch von Erfahrungen, Informationen und Gespräche an. Diese Initiative ist weltweit verbreitet und wurde aus Deutschland übernommen; es haben sich auch

bereits Gruppen in den Bundesländern gebildet. Ziel ist es, Grundlagen für die Trauerarbeit herzustellen, aber auch die Rechtsgrundlagen und die Spitalsroutine im Umgang mit Betroffenen zu verbessern. Viele betroffene Eltern wissen nach wie vor nicht, dass totgeborene Babys bestattet werden können. Die Selbsthilfegruppe versteht sich als Informationsdrehscheibe, die Beratung erfolgt persönlich, telefonisch oder durch schriftliches Infomaterial. Gruppentreffen finden ein Mal monatlich statt, ein Mal jährlich wird eine Seelenmesse für die toten Babys gefeiert.

⁴¹² www.glueckloseschwangerschaft.at

5.6 Wechseljahre und sexuelle Gesundheit im Alter

Zusammenfassung

Die Zeit vor, während und nach dem Eintritt des „Wechsels“, die perimenopausale Phase, kann im Leben einer Frau mehrere Jahre dauern. Die körperlichen und psychischen Veränderungen in dieser Zeit betreffen Frauen in sehr individueller Form und in unterschiedlichem Ausmaß. Das Durchschnittsalter für die natürliche Menopause ist in westlichen Gesellschaften 51 Jahre, das heißt, dass Frauen mehr als ein Drittel ihres Lebens postmenopausal verbringen. Heftige öffentliche Diskussionen wurden in den vergangenen Jahren über **Nutzen und Risiken von Hormonersatztherapien** geführt. Viele medizinische Gesellschaften und ExpertInnen, unter anderem auch die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), haben angesichts von Studienergebnissen, die eine Erhöhung des Risikos von Brustkrebs, koronaren Herzerkrankungen und Schlaganfall durch Hormonersatztherapie festgestellt haben, **Empfehlungen** abgegeben: Im Besonderen jene Therapieregime, die aus einer Östrogen-Gestagen-Kombination bestehen, sollten nicht als präventive Maßnahme eingesetzt werden und auf die Behandlung von postmenopausalen Beschwerden beschränkt bleiben, wobei die Dosis so niedrig und die Dauer so kurz als möglich angesetzt werden sollte. Sowohl die amerikanische als auch die europäische Frauengesundheitsbewegung haben bereits seit den 1970er Jahren gegen die Pathologisierung und Medikalisierung von Frauen in der Menopause durch Hormonersatztherapie angekämpft und für eine multidisziplinäre Sichtweise der Wechseljahre plädiert, welche die Bedürfnisse und Betroffenheit der Frauen in den Vordergrund stellt.

Summary: Menopause, hormone replacement therapy

*The time before, during and after the beginning of menopause, the perimenopausal phase, can take several years. The physical and mental changes during this period are very individual and of varying strength. The average age for natural menopause in the Western societies is 51 years, which means that the postmenopausal phase is more than one third of a woman's life. In the last years heated public discussions have taken place on the **benefits and risks of hormone replacement therapy**. Many medical societies and experts, among others the Vienna Health Insurance Fund (Wiener Gebietskrankenkasse), have made **recommendations** based on findings of studies which indicate an increased risk of breast cancer, coronary heart disease and stroke through hormone replacement therapy: in particular estrogen-progestin combination therapies should not be used preventively but should rather be limited to the treatment of postmenopausal symptoms with as low a dose and short a duration as possible. Both the North American and European women's health movements have protested against the "pathologisation" and medicalisation of menopausal women through hormone replacement therapy since the 1970s and spoken in favour of a multidisciplinary view of menopause that focuses on the needs of women.*

Wechseljahre

Die Zeit vor, während und nach dem Eintritt des „Wechsels“, die perimenopausale Phase, kann im Leben einer Frau mehrere Jahre dauern. Die körperlichen und psychischen Veränderungen in dieser Zeit betreffen Frauen in unterschiedlichem Ausmaß. Das Durchschnittsalter für die natürliche Menopause ist in westlichen Gesellschaften 51 Jahre, das heißt, dass Frauen

mehr als ein Drittel ihres Lebens postmenopausal verbringen. Es gibt Faktoren, die zu einer Veränderung des Menopausealters führen können, diese sind jedoch noch nicht ausreichend untersucht. Zum Beispiel ist nachgewiesen, dass Rauchen zu einem um rund zwei Jahre früheren Einsetzen der Menopause führen kann. Das Risiko für Erkrankungen, wie z. B. Osteoporose oder kardiovaskuläre Erkrankungen, ist in der postmenopausalen Phase erhöht.

Als natürliche **Menopause** bezeichnet man die Beendigung der Menstruation als Folge der Einstellung der Aktivität der ovariellen Follikel. Der Eintritt der Menopause gilt nach zwölf aufeinander folgenden Monaten des Ausbleibens der Menstruation als bestätigt, sofern keine anderen pathologischen oder physiologischen Ursachen für das Ausbleiben der Menstruation vorliegen.⁴¹³ Menopause kann mit Sicherheit nur retrospektiv festgestellt werden, es gibt keine gesicherten biologischen Indikatoren, mit denen man den exakten Zeitpunkt des Erreichens der Menopause feststellen kann.⁴¹⁴ Als **Perimenopause** ist laut WHO die zwei bis acht Jahre dauernde Phase vor und ein Jahr nach der letzten Menstruation zu verstehen.⁴¹⁵ 90 Prozent der Frauen erfahren Veränderungen der Menstruation schon Jahre vor der Menopause, nur bei 10 Prozent endet die Menstruation plötzlich. Starke Blutungen sind häufig und rund ein Viertel der Frauen sucht deswegen medizinische Beratung auf.⁴¹⁶ Einige Frauen haben akute perimenopausale Beschwerden, am häufigsten sind vasomotorische Symptome wie Wallungen oder Nachtschweiß (diese werden von rund 85 Prozent der Frauen berichtet), vaginale Trockenheit, Brustschmerzen (Mastalgie), Schlafstörungen, Urin-Inkontinenz, Libidoveränderungen, Stimmungsschwankungen, Müdigkeit. Häufigkeit und Schweregrad dieser Symptome verändern sich in der perimenopausalen Phase. Hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens menopausaler Symptome gibt es große kulturelle Unterschiede, wobei asiatische Frauen am seltensten Symptome berichten, z. B. klagten nur 6 bis 12 Prozent der Frauen aus Thailand und Japan über Wechselbeschwerden, aber rund 30 bis 80 Prozent der Frauen aus Afrika.⁴¹⁷

Im Rahmen einer österreichischen Studie,⁴¹⁸ bei der 388 Frauen im Alter von über 35 Jahren befragt wurden, ob sie schon je Wechselbeschwerden gehabt hätten, bejahten dies 36 Prozent der befragten Frauen. Als häufigste Beschwerde wurden von den betroffenen Frauen Hitzewallungen genannt (90 Prozent), gefolgt von Schlafstörungen (27 Prozent), psychischen Be-

schwerden (20 Prozent), verminderter Belastbarkeit (14 Prozent), Herzbeschwerden (10 Prozent) und sexuelle Probleme (8 Prozent). In dieser Studie wurden auch 35- bis 60-jährige Frauen befragt, ob sie zum Zeitpunkt der Befragung eine Hormonersatztherapie einnehmen, was von 7 Prozent der Frauen bejaht wurde. (Eine Auswertung nach Bundesländern wurde aufgrund der geringen Fallzahlen nicht durchgeführt).

Hormonersatztherapie (Hormone Replacement Therapy, HRT)

Hormonersatztherapien sind unterschiedliche medikamentöse Behandlungsschemen mit Östrogenen und Progestinen. Über Jahrzehnte wurden Hormonersatztherapien gegen Hitzewallungen und vaginale Trockenheit eingesetzt, in den letzten Jahren wurde auch eine präventive Wirkung bei chronischen Erkrankungen, wie z. B. kardiovaskulären Erkrankungen, Krebs, Osteoporose und Gedächtnisstörungen postuliert. Beobachtungsstudien zur langfristigen Hormoneinnahme haben einen Anstieg des Auftretens von Brustkrebs bei den Hormonanwenderinnen im Vergleich zu Frauen, die keine Hormone einnahmen, beobachtet – und zunächst eine Reduktion kardiovaskulärer Erkrankungen, in weiteren Analysen aber auch einen Anstieg.⁴¹⁹ Die Ergebnisse sind seit ihrer Veröffentlichung sehr umstritten und weitere Analysen sind zu deren Klärung erforderlich. Die **Women's Health Initiative (WHI)**⁴²⁰ ist eine multizentrische, randomisierte Studie in den USA, welche mehrere Faktoren mit Auswirkung auf die postmenopausale Gesundheit untersucht. An dieser Studie nahmen 160.000 postmenopausale Frauen Teil. Ein Studienarm bestand in einer randomisierten, doppelblinden, Placebo-kontrollierten Hormongabe an 16.608 postmenopausale Frauen, um die Wirkung der täglichen oralen Einnahme einer Östrogen-Gestagen-Kombination im Vergleich zu einem Placebo zu testen.⁴²¹ Diese Studie wurde im Jahr 2002 vorzeitig abgebrochen, weil die Risiken die Vorteile überwogen. Nach einer Stu-

⁴¹³ WHO (1996).

⁴¹⁴ NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (2000).

⁴¹⁵ CONTESTABILE, DERZKO (2001), DENNERSTEIN (2000).

⁴¹⁶ KAUFERT et al. (2000).

⁴¹⁷ OBERMEYER (2000).

⁴¹⁸ BALDASZTI et al. (2005).

⁴¹⁹ NELSON et al. (2002); WHI (2002).

⁴²⁰ <http://www.nhlib.nih.gov/whi/>

⁴²¹ WHI (2002).

diendauer von durchschnittlich 5,2 Jahren war bei Hormonanwenderinnen ein Anstieg der Häufigkeit von Brustkrebs um 26 Prozent, von koronaren Herzerkrankungen um 29 Prozent und von Schlaganfall um 41 Prozent aufgetreten. Zugleich konnte aber auch eine Reduktion des Auftretens von Hüftfrakturen um 34 Prozent und von kolorektalem Krebs um 37 Prozent festgestellt werden. Obwohl die Women's Health Initiative die derzeit größte Studie zur Hormonersatztherapie ist, können viele Fragen in diesem Zusammenhang noch nicht beantwortet werden. In einem zweiten Studienarm wird derzeit der Frage nachgegangen, ob Östrogen alleine ähnliche oder andere Wirkungen hat als die Kombinationstherapie. Weitere Analysen der Studien haben ergeben, dass die kombinierte Hormonersatztherapie keine positiven Auswirkungen auf die kognitiven Funktionen haben,⁴²² ja sogar das Risiko für Demenz bei Frauen über 65 Jahren erhöhen;⁴²³ kein Einfluss war auch auf die Lebensqualität von Frauen mit vasomotorischen Wechselbeschwerden zu erkennen.⁴²⁴

Viele medizinische Gesellschaften und ExpertInnen haben angesichts dieser Ergebnisse **Empfehlungen** abgegeben,⁴²⁵ dass Hormonersatztherapien, im Besonderen

jene, die aus einer Östrogen-Gestagen-Kombination bestehen, nicht als präventive Maßnahme eingesetzt werden sollten. Einigkeit herrscht bei den ExpertInnen auch darüber, dass Hormonersatztherapie auf die Behandlung von postmenopausalen Beschwerden beschränkt bleiben sollte, wobei die Dosis so niedrig als möglich und die Dauer so kurz als möglich angesetzt werden sollte; zudem wird eine regelmäßige Evaluation der Therapie durch die Frau selber gemeinsam mit ihrem/r BetreuerIn empfohlen.

Sowohl die amerikanische als auch die europäische Frauengesundheitsbewegung haben bereits seit den 1970er Jahren gegen die Pathologisierung und Medikalisierung von Frauen in der Menopause durch die Hormonersatztherapie angekämpft.⁴²⁶ Sozialwissenschaftlich orientierte Vertreterinnen der Frauengesundheit plädieren für eine multidisziplinäre Sichtweise der Wechseljahre und stellen die Bedürfnisse und Betroffenheit der Frauen in den Vordergrund. Die konkreten Forderungen für eine frauengerechte Sichtweise der Wechseljahre sind in der nachfolgenden **Bremer Erklärung „wechseljahre multidisziplinär“** zusammengefasst.⁴²⁷

Bremer Erklärung „wechseljahre multidisziplinär“

Wechseljahre sind eine natürliche Phase im Leben von Frauen und keine Krankheit. In den Wechseljahren greifen körperliche, psychische und soziale Prozesse ineinander. Veränderungen, die Frauen während dieser Zeit erleben, (...) sind im Kontext ihrer Lebenssituation zu sehen. Die Wechseljahre sind nicht auf hormonelle Veränderungen zu reduzieren. Die einseitige Sichtweise und Bewertung führt zu unangemessenen Behandlungskonzepten und zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die mit zweifelhaftem Nutzen und mit Risiken einher gehende Therapie mit Sexualhormonen ist dafür nur ein deutliches Beispiel. Es stellt sich die Frage, ob **Frauen überhaupt eine professionelle Begleitung in dieser Lebensphase benötigen, und wenn ja, wie ein frauen- und situationsgerechtes Angebot** aussehen kann.

Gefordert wird,

- dass alle Frauen unabhängige und verlässliche **Informationen** zur Verfügung haben, die sie in ihrer Entscheidungsfindung für einen individuell angemessenen Umgang mit dieser Lebensphase unterstützen. Hierzu gehören die zielgruppenspezifische Entwicklung von Informationsmaterialien, z. B. durch die BZgA und die Krankenkassen sowie die Förderung der Selbsthilfe und der Aufbau geschlechts- und kultursensibler Beratungs- und Behandlungsangebote.

⁴²² RAPP et al. (2003).

⁴²³ SHUMAKER et al. (2003).

⁴²⁴ HAYS et al. (2003).

⁴²⁵ Z. B. HUBER (2002); HUBER et al. (2002); WGKK (2003); BMGF und ÖGGG (2004); EXECUTIVE COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY (2004); UNDP, UNFPA, WHO, WORLDBANK (2005).

⁴²⁶ Z. B. BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE (1971); FFGZ (1990); GROTH (1992, 1994); STOLZENBERG, SACHSE (2003).

⁴²⁷ JAHN (2004).

- dass der jeweilige Stand des Wissens zu den Risiken und dem Nutzen systematisch zusammen getragen, bewertet und in die ärztliche Praxis umgesetzt wird, z. B. durch die **interdisziplinäre Entwicklung von Leitlinien**.
- eine auch von wirtschaftlichen Partikularinteressen unabhängige **multidisziplinäre und geschlechts-sensible Gesundheitsforschung**, die auch die Ressourcen und Stärken von Frauen in den Blick nimmt.
- dass im System der medizinischen Versorgung notwendige Veränderungen für eine wissenschaftlich nachgewiesene und frauengerechte Versorgung in den Wechseljahren herbeigeführt werden. Dazu braucht es eine **Sensibilisierung der Akteure und Akteurinnen** sowohl für die Bedürfnisse von Frauen wie auch für die Möglichkeiten und Grenzen des eigenen professionellen Handelns.
- die Einbindung geschlechts-, sozialschichts- und kultursensibler Erkenntnisse in die **Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Professionen** sowie den Ausbau multiprofessioneller Zusammenarbeit.
- dass die **Medikalisierung der Wechseljahre beendet** wird. Die Aufwertung und Stärkung der Selbstkompetenzen von Frauen muss ins Zentrum zukünftiger Konzepte der Gesundheitsförderung gerückt werden.
- dass Aktivitäten entwickelt werden, die in unserer Gesellschaft das **Altern von Frauen** sowie ihre Kompetenzen und Lebenserfahrungen wertschätzt.

Quelle: JAHN (2004).

Sexuelle Gesundheit und Alter

Befragungen von älteren Menschen haben gezeigt, dass es bis zum Alter von 70 Jahren kaum zu einem Verlust des sexuellen Interesses oder zu einem Einstellen sexueller Aktivitäten kommt.⁴²⁸ Ab dem Alter von 70 Jahren wird von rund einem Drittel der Befragten eine Verminderung von sexuellen Aktivitäten und Interesse an Sexualität berichtet. Die individuelle Wahrnehmung älterer Frauen weicht hier also von dem Bild ab, das Medizin und Medien vermitteln, die über zunehmende sexuelle Lustlosigkeit und Desinteresse mit steigendem Alter berichten. Auf körperli-

cher Ebene geschehen nach der Menopause Veränderung, die möglicherweise eine Veränderung des Erlebens der Frau bewirken.⁴²⁹ Bei rund der Hälfte der Frauen kann es aufgrund des Sinkens des Östrogenspiegels in der Menopause zu einer Verdünnung der Schleimhaut und einer Verringerung der intravaginalen Gleitfähigkeit kommen, was in weiterer Folge zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen kann. Trotz dieser körperlichen Veränderung bleibt das subjektive Empfinden der Sexualität erhalten. Generell kann gesagt werden, dass es kaum zu grundlegenden Veränderung des sexuellen Erlebens und Verhaltens aufgrund des Alters kommt.

⁴²⁸ VON SYDOW (2004).

⁴²⁹ BITZER (2003).

5.7 Frauen in der Erwerbsphase: Arbeit und Gesundheit

Zusammenfassung

Obwohl die Erwerbstätigkeit für Frauen aufgrund der **Rollenvielfalt**, insbesondere wenn die Kinder noch kleiner sind, zu deutlich mehr Belastungen als für Männer führt, ist sie für viele Frauen eine wichtige Ressource für Wohlbefinden und Gesundheit. Berufstätige Frauen fühlen sich im Vergleich zu Hausfrauen gesünder und haben auch seltener Beschwerden. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede je nach Rahmenbedingungen und Art der Berufstätigkeit. Vor allem Arbeiterinnen und Facharbeiterinnen beurteilen ihren Gesundheitszustand weniger positiv als weibliche Angestellte und Beamtinnen.

Die **Berufe, in denen Frauen vorwiegend arbeiten**, unterliegen nicht nur anderen Wertungen und Einkommen als jene der Männer, sondern sind auch mit anderen Risiken, Anforderungen und Belastungen verbunden. Frauen arbeiten häufiger als Männer in einseitig körperlich anstrengenden Berufen (z. B. Fließbandarbeit), in Berufen mit starken psychosozialen Belastungen oder mit beiden Belastungsquellen, wie dies bei den Pflegeberufen der Fall ist. Viele der für Frauen typischen Berufe bringen monotone Arbeitsgestaltung, geringe Kontrolle über die Arbeit und fehlende Entscheidungsspielräume mit sich. Obwohl in Wien der Frauenanteil bei den **technischen Berufen** um ca. ein Drittel höher als im gesamten Bundesgebiet ist, sind diese Berufe auch in Wien nach wie vor männerdominiert.

Spezifische Gesundheitsrisiken, welche die typischen Frauenberufe mit sich bringen, sind z. B. Erkrankungen der oberen Gliedmaßen, Stress, Asthma, Allergien, Haut- und Infektionskrankheiten. Außerdem sind Frauen im Beruf häufiger als Männer **Mobbing** und **sexueller Belästigung** ausgesetzt.

Frauen sind zwar etwas häufiger im **Krankenstand** als Männer, allerdings dauern ihre Krankenstände in der Regel kürzer. Psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems sind bei Frauen häufiger Ursache für Krankenstände als bei Männern. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sind bei Frauen seltener als bei Männern.

Summary: Economically active women: Work and health

*Although work places a significantly larger burden on women than on men due to their **multiple roles**, especially when the children are still small, it is also for many women a source of well-being and health. Working women feel subjectively healthier than women who stay at home, and they are also less frequently ill. However, there are significant differences depending on the type of work and the circumstances. In particular women who are unskilled or skilled workers evaluate their state of health less positively than female white-collar workers and civil servants.*

***Typically female occupations** do not only have a different social recognition and income than male ones, they also have different risks, demands and strain. Women work more frequently than men in one-sidedly physically demanding jobs (e.g. assembly line work), occupations with a high psychosocial burden, or a combination of both, e.g. nursing jobs. Many typical female occupations are monotonous, with a very low control over how the work is done, and a lack of decision-making opportunities. Although the share of women working in **technical occupations** in Vienna is approximately one third above the Austrian average, these occupations are nevertheless still dominated by men even in Vienna.*

*Specific health risks associated with female occupations are e.g. problems with the arms, stress, asthma, allergies, and dermatological and infectious diseases. In addition, women are more often than men subject to **mobbing** and **sexual harassment** at the workplace.*

*Women take slightly more **sick leave** on average than men, however the duration of the sick leave is usually shorter. Mental and behavioural disorders and disorders of the nervous system are more frequent causes for sick leave in women than in men, while occupational accidents and diseases are less common in women than in men.*

Aufgrund der zum Teil unterschiedlichen beruflichen Belastungen und Risiken von Frauen und Männern ist eine Gender-Perspektive im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes wichtig: Zu den klassischen Aufgaben des Unfall- und Mutterschutzes kommt der Schutz der psychischen Gesundheit, die Prävention von Mobbing und sexueller Belästigung hinzu, ebenso wie die Ermöglichung einer frauengerechten flexiblen Arbeitszeitgestaltung, die eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie zulässt.

In Wien ist die **Frauenarbeitslosenquote** höher als im gesamten Bundesgebiet. Überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosigkeit betroffen sind niedrig qualifizierte Frauen, (niedrig qualifizierte) Berufseinsteigerinnen, Wiedereinsteigerinnen und Migrantinnen. Die Arbeitslosenquote der Frauen ist zwar niedriger als jene der Männer, jedoch spielt die versteckte Arbeitslosigkeit bei Frauen eine größere Rolle. Frauen sind außerdem nicht nur durch eigene Arbeitslosigkeit betroffen, sondern tragen auch häufig zur Bewältigung der Probleme und Konflikte bei, die sich aufgrund der Arbeitslosigkeit naher Angehöriger (wie z. B. des Partners, der Kinder) ergeben.

Die Reaktionsformen von Frauen und Männern auf Arbeitslosigkeit gleichen sich an, je mehr die Erwerbstätigkeit zum Bestandteil der weiblichen Normalbiografie wird. Arbeitslose Frauen (und Männer) achten weniger auf ihre Gesundheit, sind häufiger krank und leiden häufiger an Befindlichkeitsstörungen (wie Depressivität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität, Konzentrationsstörungen) und psychosomatischen Symptomen. Damit einhergehend ist eine vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu beobachten.

Frauen in Pflegeberufen

Gesundheit und Krankheit von Frauen bedarf nicht nur aus der Perspektive von Patientinnen, sondern auch aus jener von im Gesundheitswesen arbeitenden Frauen einer genaueren Analyse. Besondere Belastungen ergeben sich für die Pflegeberufe, in denen vorwiegend Frauen arbeiten.

Due to the different occupational burdens and risks of women and men a gender perspective is necessary in the area of occupational health promotion and health protection: In addition to the already established accident prevention and maternity protection measures it is necessary to establish mental health protection, prevention of mobbing and sexual harassment, and to allow flexible working hours which permit women to combine work and family.

*The **female unemployment rate** in Vienna is above the Austrian average. Women with low qualifications, both long time workers and women only entering the labour market, women returning to the labour market and immigrant women have a particularly high unemployment rate. While the official unemployment rate is lower than that of men, disguised unemployment is more frequent for women. Additionally women are not only affected by their own unemployment, but often have to help solve the problems and conflicts arising from the unemployment of family members (e.g. partner or children).*

The ways in which women and men react to unemployment are becoming increasingly similar the more employment becomes common for women. Unemployed women (and men) take less care of their health, are more frequently ill and have mental and emotional problems more often (e.g. depressive episodes, anxiety, insomnia, irritability, general nervousness, concentration difficulties) as well as psychosomatic disorders. As a consequence they also use health services more often.

Women in nursing occupations

Women's health should not only be seen from the patients' perspective, but also analysed from the point of view of women working in health care. Predominantly female health care jobs place a particular strain on health.

Verschiedene Untersuchungen belegen die physischen und psychischen Belastungen im Berufsalltag des Pflegepersonals, insbesondere im Bereich der Altenpflege. Zeitdruck, psychische Belastung und der Umgang mit schwierigen PatientInnen gelten als zentrale Stressquellen. Besonderen Belastungen unterliegen die mobilen Dienste, mitunter bedingt durch die prekären Arbeitsbedingungen (hohe Anteile atypischer Beschäftigung, fehlende Zeitkontinuität des Arbeitseinsatzes, Zeitdruck, ständiger Wechsel der Arbeitsabläufe und -anforderungen, etc.). Die ohnehin bereits in hohem Maße vorhandenen Belastungen werden durch finanzielle Kürzungen zusätzlich verschärft.

In den vergangenen Jahren wurde in der Pflege – insbesondere der Altenpflege – vermehrt ein „**Pflegenotstand**“ beklagt (Mangel an Pflegepersonal, Qualitätsmängel in der pflegerischen Versorgung, Defizite in der Berufswirklichkeit des Pflegepersonals). Um die Attraktivität des Pflegeberufs und die Qualität der Pflege zu erhöhen, sind integrierte Strategien erforderlich. Besondere Aufmerksamkeit muss älteren MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen gelten. Zu diesem Zweck hat das Wiener Informationsnetzwerk „Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen“ das gesundheitsfördernde Altern von MitarbeiterInnen 2005 zum Jahresthema gemacht und Initiativen ergriffen, die langfristig einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf entgegenwirken sollen.

Pflege im familiären Umfeld

Etwa 80 Prozent des Pflegebedarfes wird in der Familie durch Angehörige oder private HelferInnen (vorwiegend Frauen) abgedeckt. Diese Betreuungspersonen verfügen zum Teil über kein eigenes Einkommen und keine Pensionsversicherung. Der zu erwartende Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger, gekoppelt mit einem Rückgang der informellen, unbezahlten Pflegeleistungen, erfordert entsprechende Vorkehrungen, wobei in städtischen Milieus generell von einer geringeren Bereitschaft zu informeller Pflege auszugehen ist. In Zukunft wird in Wien die Pflege älterer MigrantInnen vermehrt zu einem Thema des öffentlichen Gesundheitswesens werden.

Various studies have shown that nurses, in particular in elderly care, are subject to physical and psychological stress. Time pressure, the psychological impact and having to deal with difficult patients are the main sources of stress. Home nursing is particularly stressful, which is in part due to the precariousness of the working conditions (a high share of atypical employment, lack of continuity, time pressure, a constant change of tasks and requirements). These already very common problems are aggravated through budgetary cuts.

*In recent years there have been discussions about a severe **nursing shortage**, in particular in elderly care (lack of nursing staff, lack of quality in nursing, deficits in the working life of the nursing staff). In order to make nursing professions more attractive and improve the quality of nursing, integrated strategies are required. Particular attention should be paid to older nursing staff. To this end the Viennese information network on health promotion in hospitals and nursing homes made the ageing of nursing staff in a health promotion context the central topic of 2005 and started long-term initiatives which aim at reducing the number of nursing staff who abandon their occupation early.*

Nursing and care in the family

Some 80 percent of nursing care is provided in the family context through family members or private nurses (mainly women). These people sometimes have no income of their own and no pension insurance. The expected increase in the number of persons in need of nursing care, combined with the reduction of unpaid informal (family) care, calls for appropriate measures. In particular in urban environments less people are prepared to provide nursing care for family members. In the coming years the care for elderly immigrants will become a task the public health system has to deal with.

Eine Entlastung pflegender Angehöriger kann primär durch flexible mobile Dienste sowie eine finanzielle und sozialversicherungsrechtliche Absicherung erreicht werden. Die pflegenden Angehörigen wünschen sich des Weiteren mehr Informationen über rechtliche, pflegerische und medizinische Angelegenheiten, eine Erhöhung des Pflegegeldes, ein größeres Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen und Tagesbetreuungsstätten sowie die Schaffung von Nachtbetreuungsangeboten. Spezielle gesundheitsfördernde Maßnahmen, eine stärkere gesellschaftliche Anerkennung der familialen Pflegetätigkeit sowie Verbesserungen im Bereich der Familienhospizkarenz können ebenfalls zur Entlastung beitragen.

Family members providing care can be assisted mainly through providing flexible mobile services, financial assistance and social insurance. Care providing family members would also like to have more information on legal, medical and nursing related issues, an increase of the nursing allowance, more short-term nursing facilities and day care facilities for the elderly, and the introduction of nursing assistance in the night hours. Special health promotion activities, a wider social recognition of family nursing, and improvements in the area of family nursing leave could also help to improve the situation.

5.7.1 Rahmenbedingungen der Frauenerwerbstätigkeit

Ein wichtiger Gradmesser für die Geschlechtergerechtigkeit einer Gesellschaft und für geschlechtersensible Politik ist die berufliche Gleichstellung. Die Frauenerwerbsquote ist im letzten Jahrzehnt weiter gestiegen. So stieg z. B. in Wien die allgemeine Erwerbsquote der Frauen (ohne Berücksichtigung geringfügig Beschäftigter) von 42,9 Prozent im Jahr 1991 auf 44,7 Prozent im Jahr 2001, wobei allerdings geringfügig Beschäftigte hier nicht berücksichtigt sind. Laut Mikrozensus waren in Wien 2003 im Jahresdurchschnitt 372.700 Frauen und 428.600 Männer erwerbstätig. Von den 367.700 weiblichen Erwerbspersonen⁴³⁰ im Alter von 15 bis unter 60 Jahren hatten 45,1 Prozent (165.900) Kinder, 31,2 Prozent (114.800) hatten Kinder unter 15 Jahren.⁴³¹

Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Kindern

Siehe auch: Institutionelle Kinderbetreuung (Kapitel 3.7).

In den letzten Jahrzehnten wurden zwar viele Maßnahmen zur Realisierung der Gleichstellung von Mann und Frau gesetzt, dennoch ist die Arbeit in den Familien

nach wie vor ungleich verteilt. Die Gesamtarbeitszeit der Frauen ist deutlich höher als jene der Männer. Laut Mikrozensus September 2002 beträgt die durchschnittliche wöchentliche Gesamtarbeitszeit in Wien in der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren bei den Frauen 39,3 Stunden, bei den Männern 34,0 Stunden. Bei Erwerbstätigen erhöht sich die wöchentliche Gesamtarbeitszeit, aber auch die Differenz zwischen den Geschlechtern: In Österreich haben erwerbstätige Frauen eine Gesamtarbeitszeit von 64,0 Stunden, erwerbstätige Männer jedoch von nur 48,8 Stunden. Frauen wenden ein Vielfaches der Zeit, die Männer für Kindererziehung und Haushalt aufwenden, für diese Tätigkeiten auf. In Wien verbringen Frauen 46,0 Prozent, Männer jedoch 75,7 der wöchentlichen Gesamtarbeitszeit mit Erwerbsarbeit, bei der für Haushalt und Kinderbetreuung aufgewendeten Zeit verhält es sich gerade umgekehrt: Frauen wenden 37,0 Prozent ihrer Gesamtarbeitzeit für den Haushalt auf, Männer jedoch nur 17,0 Prozent. Die Kinderbetreuung nimmt bei Frauen 17,0 Prozent, bei Männern 7,3 Prozent der Gesamtarbeitszeit ein.⁴³² Ca. ein Drittel (32,7 Prozent) der Männer in Wien, in deren Haushalt Kinder unter 15 Jahren leben, beteiligen sich „selten oder nie“ an der Kinderbetreuung, während dies nur für 5,1 Prozent der Frauen zutrifft. Es sind (trotz Einführung des Kindergeldes) weiterhin die Frauen, die in Karenz gehen. So waren z. B. in Wien im

⁴³⁰ Erwerbstätige und Arbeitslose; die Berechnung basiert auf dem Labour-Force-Konzept (zur Definition vgl. Tabelle 3.10).

⁴³¹ STATISTIK AUSTRIA (2005b), S. 299.

⁴³² STATISTIK AUSTRIA (2003), S. 56 ff.

Dezember 2004 unter den BezieherInnen von Kindergeld lediglich 5,2 Prozent Männer.

Voraussetzung für die *Berufstätigkeit von Müttern* ist ein ausreichendes Angebot an ausserfamiliärer Kinderbetreuung. In Wien ist die ausserfamiliäre Betreuung von Kindern unter drei Jahren (mit 21,7 Prozent) wesentlich häufiger als im gesamten Bundesgebiet, wo nur 9,2 Prozent dieser Kinder extern betreut werden (Stand 2004).⁴³³ Die Betreuungsquote der 3- bis 5-Jährigen liegt in etwa im österreichischen Durchschnitt (Wien 81,7 Prozent, Österreich: 82,1 Prozent; vgl. dazu Abschnitt 3.7 *Institutionelle Kinderbetreuung*). Der Großteil der WienerInnen (93,7 Prozent) ist mit der in Anspruch genommenen Betreuungseinrichtung zufrieden. Hauptgrund für die Unzufriedenheit sind die Kosten: 62,9 Prozent der mit der Betreuungseinrichtung Unzufriedenen geben an, die Betreuungseinrichtung sei zu teuer. 13,7 Prozent jener, die Kinder in Kinderbetreuungseinrichtungen haben, wünschen sich andere Öffnungszeiten.

Laut Frauenbarometer 2005⁴³⁴ können rund drei Viertel der berufstätigen Frauen in Wien ihre Berufstätigkeit mit ihren privaten Verpflichtungen gut vereinbaren. Die berufstätigen Wienerinnen bewerten die Vereinbarkeit auf einer fünfstufigen Skala (1 = „sehr gut“, 5 = „sehr schlecht“) im Durchschnitt mit der Note 2. Berufstätige Mütter von Kleinkindern (bis 5 Jahre) bewerten sie mit der Note 2,3.

Die Mehrfachbelastung durch Beruf und private Verpflichtungen hat bedeutende Auswirkungen: Rund die Hälfte der erwerbstätigen Wienerinnen fühlt sich häufig („sehr häufig“ bzw. „häufig“) unter Stress, 44 Prozent verspüren häufig Leistungsdruck, 8 Prozent leiden häufig unter depressiver Verstimmung.

Bei Vorhandensein von Kindern, insbesondere von Kleinkindern, steigt die Stressbelastung: 57 Prozent der Frauen mit Kindern und 62 Prozent der Frauen mit Kindern im Alter von 6 bis 9 Jahren fühlen sich häufig („sehr häufig“ bzw. „häufig“) gestresst. 58 Prozent der Mütter von Kindern dieser Altersgruppe stehen häufig unter Leistungsdruck.

Unterstützt werden berufstätige Wienerinnen in erster Linie durch den Partner bzw. die Partnerin (47 Prozent), bei Verheirateten bzw. in Lebensgemeinschaft Lebenden ist die Unterstützung höher (66 Prozent). Am zweithäufigsten hilft die Familie: 28 Prozent der berufstätigen Wienerinnen geben an, dass ihnen die Familie hilft, alles unter einen Hut zu bringen. Vor allem bei erwerbstätigen Frauen mit Kindern nimmt die Familie eine wichtige Position ein. 40 Prozent der erwerbstätigen Frauen mit Kindern erhalten Unterstützung durch die Familie, im Vergleich zu 22 Prozent der erwerbstätigen Frauen ohne Kinder.

Möglichkeiten der Selbstverwirklichung durch den Beruf

Abgesehen von der Frage der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Kindererziehung und der Mehrfachbelastung durch verschiedene Rollen stellt die Berufstätigkeit für die meisten Frauen eine Bereicherung dar und gilt als wichtige Ressource für Wohlbefinden und Gesundheit. Laut Frauenbarometer 2005⁴³⁵ erhalten 57 Prozent der berufstätigen Frauen in Wien durch die berufliche Tätigkeit häufig („sehr häufig“ bzw. „häufig“) Selbstbestätigung, 54 Prozent Anerkennung und Prestige. Der Beruf bietet Frauen, ihren eigenen Angaben nach, die Möglichkeit, selbständig zu handeln und Verantwortung zu übernehmen. Auf einer fünfstufigen Skala (1 = „trifft sehr zu“; 5 = „trifft gar nicht zu“) geben die Frauen im Durchschnitt die Note 1,7 für die Realisierung dieses Aspektes an. Es sind vor allem postmaterialistische Werte wie Freude an der Arbeit (Mittelwert 1,8), für andere Menschen und die Gesellschaft nützlich sein (Mittelwert 1,8) und soziale Kontakte (Mittelwert 1,8), welche die berufstätigen Wienerinnen bei ihrer beruflichen Tätigkeit schätzen. Materialistische Werte wie Karriere machen (Mittelwert 3,0), guter Verdienst (Mittelwert 2,6), Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten (Mittelwert 2,6) sehen Frauen in ihrer beruflichen Tätigkeit allerdings nur sehr begrenzt realisiert.

Berufstätige Frauen fühlen sich im Vergleich zu *Nur-Hausfrauen* gesünder. Laut Mikrozensus 1999 beurteil-

⁴³³ Österreich liegt damit im europäischen Vergleich im unteren Drittel. Belgien, Dänemark, Finnland Frankreich, Großbritannien, Irland, Schweden und Norwegen haben bei Kindern unter drei Jahren Betreuungsquoten von mehr als 20 Prozent; geringere Quoten als Österreich haben die meisten südeuropäischen Länder (zwischen 2 und 6 Prozent).

⁴³⁴ IFES (2005).

⁴³⁵ IFES (2005).

ten in Wien 81,5 Prozent der erwerbstätigen Frauen, aber nur 73,3 Prozent der *Nur*-Hausfrauen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bzw. „gut“. Erwerbstätige Frauen berichten auch insgesamt seltener über gesundheitliche Beschwerden,⁴³⁶ wie z. B. Schlafstörungen, und neigen auch seltener zu Alkohol- oder Medikamentenkonsum als *Nur*-Hausfrauen.⁴³⁷ Allerdings gibt es deutliche Unterschiede je nach Rahmenbedingungen und Art der beruflichen Tätigkeit: Während z. B. in Wien 84,7 Prozent der weiblichen Angestellten und 84,4 Prozent der Beamtinnen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bzw. „gut“ einstufen, tun dies nur 77,6 Prozent der Facharbeiterinnen und 67,0 Prozent der Arbeiterinnen.⁴³⁸ Anscheinend ist die berufliche Tätigkeit für Frauen eher dann eine Ressource, wenn sie bewusst gewählt ist, sie herausfordert, aber nicht überfordert, wenn sie gut bezahlt ist, Status und soziale Wertschätzung mit sich bringt und wenn entsprechende Unterstützung vorhanden ist. Die berufliche Tätigkeit wird zur Belastung, wenn wenig Hilfe und Unterstützung gewährt wird und die Rollenvielfalt zu mehrfachen Konflikten führt.⁴³⁹

Zugänge zum Arbeitsmarkt, Erwerbstätigkeit

Die Großstadt Wien bietet aufgrund förderlicher Rahmenbedingungen (wie z. B. vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten, hohe Zahl an Kinderbetreuungsplätzen, wenig Mobilitätseinschränkungen) erhebliche Vorteile für die Erwerbstätigkeit von Frauen. Gleichzeitig wirken sich auch das höhere Qualifikationsniveau in Wien und die damit verbundene höhere Erwerbsorientierung positiv auf die Frauenerwerbstätigkeit aus.⁴⁴⁰ Trotzdem gibt es auch in Wien je nach Geschlecht unterschiedliche Zugänge zum Arbeitsmarkt:

- Frauen arbeiten häufiger als Männer in Teilzeit und in geringfügigen Beschäftigungen. Die Teilzeitquote (ohne geringfügig Beschäftigte) ist in Wien bei den Frauen von 17,4 Prozent im Jahr 1991 auf 20,3

Prozent im Jahr 2001 gestiegen, bei den Männern von 3,0 Prozent auf 4,6 Prozent.⁴⁴¹ Hauptgrund für die Übernahme einer Teilzeitarbeit ist bei Frauen die Betreuung von Kindern.⁴⁴² Die Arbeitszeit von Frauen verringert sich mit zunehmender Kinderzahl.

- Frauen sind deutlich seltener als Männer in Führungspositionen. Wie eine aktuelle Erhebung der Wiener Arbeiterkammer zeigt, sind Frauen an der Spitze österreichischer Kapitalgesellschaften nach wie vor eher die Ausnahme. Untersucht wurden 418 Unternehmen (GmbH und AG) mit insgesamt 386.000 MitarbeiterInnen. Von 941 GeschäftsführerInnen/Vorständen sind nur 35 Frauen (3,7 Prozent). Ähnlich ist es bei den Aufsichtsräten, wo auf 2.750 Männer nur 229 Frauen (7,7 Prozent) entfallen. Eine ausschließlich mit Frauen besetzte Führung gibt es nicht. In 227 der untersuchten Unternehmen sind ausschließlich Männer sowohl in Geschäftsführung/Vorstand als auch im Aufsichtsrat. Nur 14 von 418 untersuchten Kapitalgesellschaften haben sowohl in der Geschäftsführung/Vorstand als auch im Aufsichtsrat zumindest eine Frau.⁴⁴³
- Frauen und Männer arbeiten in unterschiedlichen Berufen, die nicht nur unterschiedlichen Wertungen und Einkommen unterliegen, sondern auch mit unterschiedlichen Anforderungen, Belastungen und Risiken verbunden sind. Frauen arbeiten häufiger als Männer in einseitigen, körperlich anstrengenden Berufen und solchen mit starken psychosozialen Belastungen, oder mit beiden Belastungsquellen wie etwa in Pflegeberufen. Viele Frauenberufe bringen monotone Arbeitsgestaltung, geringe Kontrolle über die Arbeit und fehlende Entscheidungsspielräume mit sich. Charakteristisch für viele Frauenberufe ist Zeitdruck, Hektik und ein hohes Arbeitspensum.⁴⁴⁴

Laut Mikrozensus arbeitete im Jahresdurchschnitt 2003 in Wien ca. ein Drittel der weiblichen Erwerbstätigen

⁴³⁶ STADT WIEN (2002), S. 114.

⁴³⁷ FRANKE et al. (2001).

⁴³⁸ STADT WIEN (2002), S. 113.

⁴³⁹ ABELE (2001).

⁴⁴⁰ STADT WIEN (2005), S. 37.

⁴⁴¹ STADT WIEN (2005), S. 41.

⁴⁴² STATISTIK AUSTRIA (2005d), S. 31.

⁴⁴³ HORNING, NADER, SCHIESSL (2006).

⁴⁴⁴ ESVLA (1996) und (2000).

gen in Rechts-, Verwaltungs- und Büroberufen (inkl. Mandatare; darunter ca. 60 Prozent in Verwaltungshilfsberufen), ein knappes Viertel in Gesundheits-, Lehr- und Kulturberufen, etwas mehr als ein Fünftel in Dienstleistungsberufen. Ca. drei Viertel der Frauen sind in den genannten drei Bereichen tätig. Der Frauenanteil beträgt in diesen drei Bereichen zwischen 59,2 und 67,7 Prozent. Die Tätigkeitsbereiche der Männer streuen nicht nur stärker als jene der Frauen, Männer sind auch in anderen Tätigkeitsbereichen als Frauen beschäftigt. Am häufigsten arbeiten Männer in den Produktionsberufen in Industrie und Gewerbe (inkl. Bergbau). 28,0 Prozent der erwerbstätigen Männer in

Wien sind hier beschäftigt. Ca. ein Fünftel der Männer (19,3 Prozent) arbeitet in Rechts-, Verwaltungs- und Büroberufen (inkl. Mandatare), der Anteil der in Verwaltungshilfsberufen tätigen Männer ist mit ca. 38 Prozent deutlich geringer als bei den Frauen. 16,6 Prozent der Männer arbeiten in Handels- und Verkehrsberufen. Ebenso wie die Produktionsberufe in Industrie und Gewerbe (inkl. Bergbau), sind auch die technischen Berufe deutlich männerdominiert. Der Frauenanteil liegt in diesen beiden Bereichen unter 20 Prozent. Allerdings ist der Frauenanteil in Wien bei den technischen Berufen um ca. ein Drittel höher als im gesamten Bundesgebiet.

Tabelle 5.28: Erwerbspersonen (Labour Force Konzept) in Wien und Österreich 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Berufsabteilung und Geschlecht

Berufsabteilung	Wien			Österreich		
	Frauen	Männer	Frauenanteil	Frauen	Männer	Frauenanteil
	Prozent					
Land- und forstwirtschaftliche Berufe	0,6	1,5	25,6	5,8	5,2	47,3
Produktionsberufe in Bergbau, Industrie und Gewerbe	4,8	28,0	13,0	7,5	39,4	13,3
Handels- und Verkehrsberufe	12,6	16,6	39,8	15,9	14,8	46,2
Dienstleistungsberufe	22,3	12,2	61,4	20,5	6,6	71,4
Technische Berufe	3,1	11,0	19,5	1,7	9,0	13,2
Mandatare, Rechts-, Verwaltungs- und Büroberufe	32,3	19,3	59,2	27,2	15,9	57,8
Gesundheits-, Lehr- und Kulturberufe	23,9	9,9	67,7	21,1	7,2	70,3
Militärpersonen	–	1,4	–	–	1,6	0,3
unbestimmter Beruf	0,5	0,1	73,9	0,2	0,2	52,4
gesamt (N in 1.000=100%)	372,7	428,6	46,5	1.779,7	2217,0	44,5

Zur Definition des Labour-Force-Konzepts siehe Tabelle 3.10.

Quelle: Mikrozensus 2003 (Jahresdurchschnitt); zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005b), S. 140 f.

5.7.2 Frauenspezifische Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Aus **rechtlicher Sicht** sind in Österreich die dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit unterstellten Arbeitsinspektorate für die Gesundheit am Arbeitsplatz zuständig. Der Arbeitsschutz umfasst die Bereiche *Arbeitssicherheit* und *Gesundheitsschutz* sowie den *Verwendungsschutz*. Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz betreffen alle technischen und arbeitshygienischen Schutzvorschriften laut ArbeitnehmerInnen-schutzgesetz (AschG) zur Vermeidung von Unfallgefahr, Berufskrankheiten, arbeitsbedingten Erkrankungen

und Dauerschäden. Der Verwendungsschutz umfasst alle Schutzbestimmungen für besonders schutzwürdige ArbeitnehmerInnen, wie etwa Kinder und Jugendliche, Frauen, insbesondere Schwangere und stillende Mütter sowie Regelungen zur Arbeitszeit und Arbeitsruhe (einschließlich der Sonderbestimmungen für bestimmte Berufsgruppen, z. B. LenkerInnen).

Gender Mainstreaming im Zusammenhang mit Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist eines der zentralen Zielsetzungen des von der Europäischen Kommission initiierten Programms *Anpassung und Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft*. Die Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

in Bilbao hat einen umfassenden Bericht über frauenspezifische Risiken am Arbeitsplatz und deren Prävention erstellt. Darin werden unter anderem folgende **frauenspezifische Gesundheitsrisiken** genannt (Beispiele):

- *Erkrankungen der oberen Gliedmaßen:* bei einigen äußerst repetitiven Tätigkeiten von Frauen, bei denen wenig Einfluss auf die Arbeitsweise genommen werden kann (wie z. B. Arbeiten am Fließband, Dateneingabe);
- *Stress:* besondere Stressfaktoren bei Frauen sind sexuelle Belästigung, Diskriminierung, die Ausübung von Tätigkeiten mit wenig Ansehen und geringen Einflussmöglichkeiten, emotional anstrengende Tätigkeiten, die Doppelbelastung durch bezahlte Lohnarbeit und unbezahlte Arbeit zu Hause;
- *Angriffe seitens der Öffentlichkeit:* z. B. bei der bei Frauen häufigen Tätigkeit im Kundenverkehr;
- *Asthma, Allergien:* z. B. durch Reinigungsmittel, Sterilisationsmittel und Staub in Schutzhandschuhen aus Latex, die im Gesundheitsbereich eingesetzt werden, Staub in der Textil- und Bekleidungsindustrie;
- *Hautkrankheiten:* z. B. aufgrund nasser Hände beim Arbeiten im Cateringbereich, durch Hautkontakt mit Reinigungsmitteln, Chemikalien zur Haarbehandlung;
- *Infektionskrankheiten:* z. B. durch Tätigkeiten im Gesundheitswesen oder bei der Arbeit mit Kindern.⁴⁴⁵

Krankstände, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Krankstände

Zu den Krankständen, deren Dauer und Ursachen stehen für Wien Daten der Wiener Gebietskrankenkasse zur Verfügung. Ca. 90 Prozent der Wiener Bevölkerung sind bei der Wiener Gebietskrankenkasse (mit)versichert.⁴⁴⁶ Grundlage für die Erfassung der Krankstände ist die ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit.

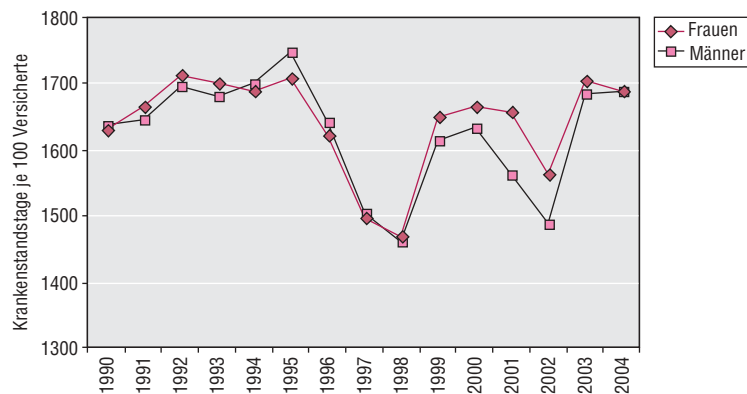
Im Jahr 2004 wurden für Frauen 427.585 Krankstandsfälle mit insgesamt 5,294.513 Krankenstandstagen, für Männer 383.957 Krankstandsfälle mit insgesamt 5,242.181 Krankenstandstagen registriert. Bei den Frauen entfielen auf 100 Versicherte (Beschäftigte) 136,6 Krankstandsfälle, bei den Männern 123,8. Die Zahl der Krankenstandstage war mit je 1.691 Tagen pro 100 Versicherte des jeweiligen Geschlechts bei Frauen und Männern gleich hoch.

Die Zahl der Krankenstandstage je 100 Versicherte war zwischen 1995 und 1998 rückläufig, ist aber 1999 wieder gestiegen und blieb dann annähernd auf diesem Niveau. Im Jahr 2002 war neuerlich ein starker Rückgang zu verzeichnen, seither liegt die Zahl der Krankenstandstage je 100 Versicherte etwas über dem Niveau des Jahres 2000. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind gering. Während Mitte der 1990er Jahre die Zahl der Krankenstandstage je 100 Versicherte bei den Frauen niedriger als bei den Männern war, war sie Ende der 1990er Jahre bis zum Jahr 2003 höher.

⁴⁴⁵ EASWH (2003).

⁴⁴⁶ STADT WIEN (2005), S. 177.

Grafik 5.24: Krankenstandstage (Beschäftigte) in Wien (WGKK) 1990 bis 2004 nach Geschlecht



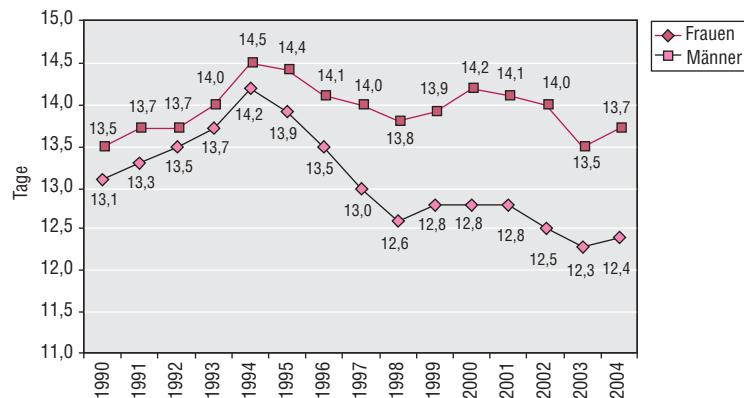
WGKK = Wiener Gebietskrankenkasse.

Quelle: WGKK (2005), S. XXIX.

Frauen haben kürzere Krankenstände als Männer. Die durchschnittliche Dauer pro Krankenstandsfall betrug im Jahr 2004 bei den Frauen 12,4 Tage, bei den Männern 13,7 Tage.⁴⁴⁷ Dies ist vorwiegend auf den höheren Anteil von Frauen im Angestelltenverhältnis zurückzuführen, bei denen die Krankenstände kürzer ausfallen als bei den Arbeiterinnen. Arbeiterinnen weisen im

Durchschnitt sogar um 1,2 Tage längere Krankenstände als ihre männlichen Kollegen auf. Der Rückgang der Krankenstände bzw. die sinkende Krankenstandsdauer wird mit der angespannten Arbeitsmarktsituation und der damit verbundenen Angst um den Arbeitsplatz in Zusammenhang gebracht.

Grafik 5.25: Durchschnittsdauer eines Krankenstandes in Wien (WGKK) 1990 bis 2004 nach Geschlecht



WGKK = Wiener Gebietskrankenkasse.

Quelle: WGKK (2005), S. XXIX.

Die häufigsten Ursachen für Krankenstände waren im Jahr 2004 bei Frauen und Männern Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane, dem folgen (mit deutlichem Abstand) Krankheiten des Skeletts, der Muskeln

und des Bindegewebes sowie Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen. Während bei den Frauen Erkrankungen des Verdauungstraktes an vierter Stelle stehen, sind es bei den Männern Unfälle.

⁴⁴⁷ STADT WIEN (2005), S. 183.

Tabelle 5.29: Krankenstandsfälle und -tage in Wien (WGKK) 2004 nach Krankheitsgruppen und Geschlecht

Krankheitsgruppen (Nummern laut WGKK)	Krankenstandsfälle				Krankenstandstage				Tage pro Fall	
	Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen	Männer
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%		
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	43.877	10,3	41.110	10,7	259.532	4,9	259.827	5,0	5,9	6,3
Gutartige u. bösartige Neubildungen (9–16)	6.533	1,5	4.252	1,1	209.921	4,0	136.374	2,6	32,1	32,1
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	2.397	0,6	2.636	0,7	59.551	1,1	58.237	1,1	24,8	22,1
Krankheiten des Blutes (18)	425	0,1	252	0,1	8.546	0,2	4.172	0,1	20,1	16,6
Psychiatrische Krankheiten (19)	11.631	2,7	7.504	2,0	405.821	7,7	302.482	5,8	34,9	40,3
Krankheiten des Nervensystems (20)	10.915	2,6	6.020	1,6	118.439	2,2	85.849	1,6	10,9	14,3
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	7.095	1,7	6.844	1,8	74.249	1,4	80.418	1,5	10,5	11,8
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	11.883	2,8	11.860	3,1	215.497	4,1	355.920	6,8	18,1	30,0
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	171.854	40,2	151.565	39,5	1.300.598	24,6	1.183.738	22,6	7,6	7,8
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	24.895	5,8	23.848	6,2	242.772	4,6	290.587	5,5	9,8	12,2
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	19.341	4,5	4.610	1,2	236.333	4,5	63.418	1,2	12,2	13,8
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	9.111	2,1	–	–	90.253	1,7	–	–	9,9	–
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	4.747	1,1	5.174	1,3	61.459	1,2	73.545	1,4	12,9	14,2
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln u. des Bindegewebes (43)	58.337	13,6	60.618	15,8	1.250.568	23,6	1.198.218	22,9	21,4	19,8
Kongenitale Missbildungen u. perinatale Affektionen (44, 45)	385	0,1	315	0,1	8.172	0,2	7.183	0,1	21,2	22,8
Symptome u. schlecht bezeichnete Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	21.411	5,0	15.816	4,1	201.132	3,8	163.236	3,1	9,4	10,3
Unfälle (47–51)	21.150	4,9	38.967	10,1	516.627	9,8	923.584	17,6	24,4	23,7
Vergiftungen (52–53)	159	0,0	254	0,1	2.695	0,1	4.078	0,1	16,9	16,1
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	365	0,1	870	0,2	11.550	0,2	24.103	0,5	31,6	27,7
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	1.074	0,3	1.442	0,4	20.798	0,4	27.212	0,5	19,4	18,9
gesamt	427.585	100	383.957	100	5.294.513	100	5.242.181	100	12,4	13,7

WGKK=Wiener Gebietskrankenkasse.

Quelle: WGKK (2005), S. XXXIV.

Auch bei den Krankenstandstagen sind bei beiden Geschlechtern Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane sowie Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes führend, allerdings gefolgt von Unfällen. An vierter Stelle stehen bei den Frauen psychische und Verhaltensstörungen, bei den Männern Herz- und Gefäßerkrankungen.

Bei den Frauen sind Arbeitsausfälle (sowohl was die Krankenstände als auch die Krankenstandstage betrifft) aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems sowie aufgrund urogenitaler Erkrankungen bzw. Geschlechtskrankheiten häufiger als bei Männern. Dazu kommen bei den Frauen Krankenstände aufgrund von Entbindung und Komplikation in der Gravidität.

Dagegen sind bei den Männern Arbeitsausfälle aufgrund von Herz- und Gefäßerkrankungen, Erkrankungen des Verdauungstraktes, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes und vor allem aufgrund von Unfällen häufiger.

Die längsten Krankenstände verursachen bei beiden Geschlechtern die psychischen und Verhaltensstörungen, gefolgt von den Neubildungen (wobei es sich hier überwiegend um bösartige handelt). An dritter Stelle stehen bei den Frauen Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere, bei den Männern Herz- und Gefäßerkrankungen. Bei den Frauen ist jedoch die durchschnittliche Krankheitsdauer aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen etwas geringer als bei den Männern.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Zu den Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten stehen für Wien ebenfalls Daten der Wiener Gebietskrankenkasse zur Verfügung (wobei jedoch nicht zwischen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten getrennt wird). Frauen sind wesentlich seltener von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten betroffen als Männer. Im Jahr 2004 wurden für Frauen 10.594 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, die zu insgesamt 182.998 Krankenstandstagen führten, für Männer 22.585 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten mit insgesamt 413.436 Krankenstandstagen verzeichnet. Bezogen auf den durchschnittlichen Versicherungsstand (Beschäftigte) des Jahres 2004 sind dies je 100 Versicherte des jeweiligen Geschlechts 3,4 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten und 58,4 Krankenstandstage bei den Frauen sowie 7,3 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten und 133,3 Krankenstandstage bei den Männern.

Tabelle 5.30: Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (Schadensfälle und Krankenstandstage) in Wien (WGKK) 2004 nach beruflicher Stellung und Geschlecht

berufliche Stellung	Schadensfälle			Krankenstandstage		
	Frauen	Männer	Frauenanteil %	Frauen	Männer	Frauenanteil %
ArbeiterInnen	4.216	16.558	20,3	82.809	313.690	20,9
Angestellte	6.333	6.027	51,2	100.189	99.746	50,1
gesamt	10.549	22.585	31,8	182.998	413.436	30,7

WGKK=Wiener Gebietskrankenkasse.

Quelle: WGKK (2005), S. XXIX.

Der Frauenanteil an den Schadensfällen und den dadurch verursachten Krankenstandstagen beträgt jeweils etwa ein knappes Drittel und ist bei den ArbeiterInnen

deutlich niedriger als bei den Angestellten (Frauen sind häufiger Angestellte als Arbeiterinnen).

Tabelle 5.31: Anerkannte Berufskrankheiten in Wien und Österreich 1999–2003

Jahr	Wien		Österreich	
	gesamt	Frauenanteil %	gesamt	Frauenanteil %
1999	144	34	1.259	27
2000	160	29	1.268	27
2001	168	30	1.395	28
2002	151	30	1.402	25
2003	124	27	1.178	20

Quelle: AUVA (2004); zitiert nach BMGF (2006).

Die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten war in den letzten Jahren in Wien rückläufig. Im Jahr 2003 gab es in Wien 124 Fälle, etwas mehr als ein Viertel davon betrafen Frauen. Die häufigsten Berufskrankheiten sind (bezogen auf Wien) Infektionskrankheiten, durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit und Hauterkrankungen.⁴⁴⁸

Geschlechtersensible(r) betriebliche(r) Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz

Aufgrund der zum Teil unterschiedlichen Risiken von Frauen und Männern erfordern betriebliche(r) Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz eine Gender-Perspektive: Zu den klassischen Aufgaben des Unfallschutzes und des Mutterschutzes kommt der Schutz der psychischen Gesundheit, die Prävention von Mobbing und sexueller Belästigung hinzu, ebenso wie die Ermöglichung einer frauengerechten flexiblen Arbeitszeitgestaltung, die eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie zulässt. Eine geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung hat vor allem folgende Punkte zu berücksichtigen:

- die Vereinbarkeit von Familie und Beruf;
- Prävention und Abbau psychosozialer Belastungen wie Mobbing, sexuelle Belästigung;
- Berücksichtigung der aus den Arbeitszeiten und -bedingungen (Nacht- und Schichtarbeit, Arbeitsplatz Krankenhaus, etc.) resultierenden gesundheitlichen Belastungen;
- Schaffung von Angeboten zur Gesundheitsförderung (Herz-Kreislauf-Training, Stressmanagement, etc.);
- Kampf gegen gesundheitsschädigende Lebensstilfaktoren (Vermeidung von Nikotin, Alkohol, Schutz vor Passivrauchen, gesunde Betriebsverpflegung, etc.);
- Erschließung und Förderung gesundheitsbezogener Potentiale (Reduzierung von Über- und Unterforderung, Erweiterung von Handlungsspielräumen, Verbesserung sozialer Beziehungen, Förderung der Qualifikation von Frauen, etc.);
- Führungskräfte trainings (Erkennen psychosozialer Belastungen, Kommunikation und Motivation, Konfliktlösung, Teamwork, Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, etc.);

⁴⁴⁸ Stand 2004; zitiert nach AUVA (2005), S. 34.

⁴⁴⁹ Modifiziert nach BMGF (2006), S. 297.

⁴⁵⁰ LÖSCHER-WENINGER (2006), S. 295.

- Schaffung geschlechtersensibler Analyseinstrumente zur Ermittlung von Gefährdungen (MitarbeiterInnenbefragung, Gesundheitszirkel, etc.) und Etablierung betrieblicher Gender-Gesundheitsberichterstattung.⁴⁴⁹

Prävention sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Frauen sind wesentlich häufiger als Männer sexueller Belästigung am Arbeitsplatz ausgesetzt. Die Europäische Richtlinie 2002/73/EG zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen hinsichtlich des Zugangs zur Beschäftigung, zur Berufsbildung und zum beruflichen Aufstieg sowie in Bezug auf die Arbeitsbedingungen wurde in Österreich in den Novellen zum Gleichbehandlungsgesetz (BGBl. I Nr. 66/2004) und zum Bundes-Gleichbehandlungsgesetz BGBl I Nr. 65/2004) umgesetzt.

Dabei geht es vor allem darum, Maßnahmen zu ergreifen, um allen Formen der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und insbesondere Belästigung, einschließlich sexueller, am Arbeitsplatz vorzubeugen. Zusätzlich enthalten sind auch Bestimmungen über die Durchsetzung von Rechtsansprüchen auf dem Gerichts- und/oder Verwaltungsweg sowie eventueller Schlichtungsverfahren und die weitgehende Aufhebung von Schadensobergrenzen.⁴⁵⁰

5.7.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Entwicklung der Frauenarbeitslosigkeit

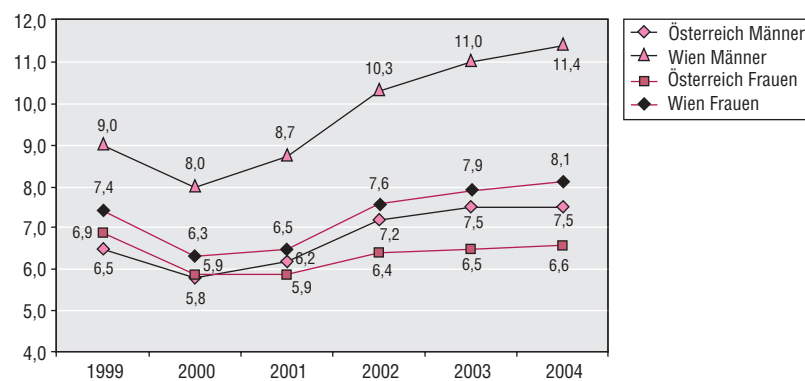
Nach Angaben des Arbeitsmarktservice (AMS) waren in Wien im Jahr 2004 insgesamt (d. h. über das Jahr hinweg gerechnet) 81.860 Frauen und 117.735 Männer als arbeitslos vorgemerkt. Im Jahresdurchschnitt waren 2004 32.742 Frauen und 49.283 Männer von Arbeitslosigkeit betroffen. Frauen waren im Durchschnitt 150 Tage, Männer 156 Tage arbeitslos. Im gesamten Bundesgebiet ist die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit etwas kürzer (Frauen 119 Tage, Männer 115 Tage).⁴⁵¹

Die **Arbeitslosenquote**⁴⁵² der Frauen ist (ebenso wie jene der Männer) in Wien in den 1990er Jahren zunächst gestiegen, war aber Ende des Jahrtausends bei beiden Geschlechtern rückläufig. Allerdings hat sich in den letzten Jahren die Arbeitsmarktsituation in Wien zusehends verschärft. In Wien ist das Niveau der Arbeitslosigkeit (bei beiden Geschlechtern) merkbar höher als im gesamten Bundesgebiet. Wien hat nicht nur Industriearbeitsplätze verloren, sondern musste auch Einschnitte bei den Bundesbediensteten hinnehmen. Um dem entgegen zu wirken, wurde unter anderem vermehrt auf Bemühungen gesetzt, die Stadt als Technologiestandort zu positionieren. Ende Juni 2005 war die Arbeitslosigkeit in Wien zwar rückläufig (minus 2,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr), während sie in allen anderen Bundesländern gestiegen ist. Allerdings ist

in Wien der Anteil der SchulungsteilnehmerInnen des Arbeitsmarktservice stärker gestiegen (plus 38,7 Prozent) als im gesamten Bundesgebiet (plus 18,4 Prozent).⁴⁵³

Die Frauenarbeitslosenquote nahm im Jahr 2004 (Jahresdurchschnitt; nationale Berechnung) in Wien mit 8,1 Prozent einen Wert ein, der unter der Arbeitslosenquote der Männer in Wien (11,4 Prozent), jedoch über jener der Frauen (6,6) und Männer (7,5) im gesamten Bundesgebiet lag. Während im gesamten Bundesgebiet die Arbeitslosenquote der Frauen bis zum Jahr 2000 noch über jener der Männer lag,⁴⁵⁴ ist sie seither, ebenso wie in Wien im letzten Jahrzehnt, niedriger als bei den Männern.⁴⁵⁵

Grafik 5.26: Arbeitslosenquote (Jahresdurchschnitt) in Wien und Österreich 1999 bis 2004 nach Geschlecht



Nationale Berechnungsmethode: Anteil der Arbeitslosen am Arbeitskräftepotential. Die Berechnung erfolgt durch das Arbeitsmarktservice.

Quelle: AMS, Jahresprofile 2001–2004; zitiert nach <http://www.ams.or.at/statistik/>

Überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosigkeit betroffen sind niedrig qualifizierte Frauen (mit Pflichtschulbildung), (niedrig qualifizierte) Wiedereinsteigerinnen, Berufseinsteigerinnen und Migrantinnen. Von

der Altersstruktur her sind 19- bis unter 25-jährige Frauen sowie Frauen im Alter von 50 und mehr Jahren am meisten betroffen. Zu beobachten ist auch eine steigende Akademikerinnenarbeitslosigkeit.⁴⁵⁶

⁴⁵¹ AMS, Arbeitsmarktprofile 2004; <http://www.ams.or.at/>

⁴⁵² Es gibt verschiedene Methoden zur Erfassung der Arbeitslosigkeit: Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die *Registerarbeitslosenquote* (nationale Berechnung), d. h. auf die beim Arbeitsmarktservice als arbeitslos vorgemerkten Personen. Die *internationale Berechnung* basiert auf Umfragedaten (Mikrozensus).

⁴⁵³ Die in Schulungen befindlichen Personen sind nicht in der Arbeitslosenstatistik enthalten. Z. B. waren in Wien im Juli 2005 6.171 Frauen und 8.580 Männer in Schulungen.

⁴⁵⁴ Seit 2000 wird bei der Planung und Durchführung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen der Ansatz des Gender Mainstreaming sukzessive umgesetzt und diese Strategie jeweils durch einen frauenspezifischen Schwerpunkt ergänzt. Laut den Zielvorgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft müssen außerdem mindestens 50 Prozent des Förderbudgets Frauen zugute kommen.

⁴⁵⁵ Die internationale Arbeitslosenquote weist für Österreich für Frauen nach wie vor höhere Werte als für Männer aus. Sie betrug 2004 (Jahresdurchschnitt) bei den Frauen 5,4 Prozent, bei den Männern 4,5 Prozent.

⁴⁵⁶ <http://www.ams.or.at/statistik/>

Laut einer Studie des Instituts für Höhere Studien (IHS),⁴⁵⁷ ist das Ausmaß der Frauenarbeitslosigkeit insgesamt dramatischer als die offiziellen Zahlen zeigen. Zum einen wird die Frauenarbeitslosenquote durch die Verlängerung der Karenzzeit auf drei Jahre und die Erhöhung der Zahl der Teilnehmerinnen an Schulungen reduziert. Bezieht man KarenzgeldbezieherInnen und SchulungsteilnehmerInnen in die Statistik mit ein (das IHS spricht in diesem Zusammenhang von „erweiterter Arbeitslosigkeit“), so ist die Arbeitslosenquote der Frauen ganz erheblich gestiegen und beinahe gleich hoch wie jene der Männer. Zum anderen ist die „versteckte Arbeitslosigkeit“ (z. B. Rückzug aus dem Arbeitsmarkt aufgrund von nicht geglücktem Wiedereinstieg in den Beruf) bei den Frauen höher als bei den Männern. Laut dieser Studie haben nicht Qualifikation und Konjunktur den größten Einfluss auf die Frauenarbeitslosigkeit,⁴⁵⁸ sondern die Konzentration von Frauen auf Branchen mit hoher Arbeitslosigkeit (Dienstleistungen, Gastgewerbe, etc.), ebenso wie die größere Instabilität weiblicher Berufskarrieren. Frauen haben nicht nur im Durchschnitt eine um rund drei Jahre geringere Berufserfahrung als Männer, sondern sind auch häufiger Teilzeit beschäftigt.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeitslosigkeit wirkt sich nicht nur in finanzieller Hinsicht aus, sondern hat für die Betroffenen vielfältige Konsequenzen (Verlust der gewohnten Tagesstruktur,

von Sozialkontakten, der sozialen Anerkennung, Minderung des Selbstwertgefühls, etc.). Sie wird von den meisten Betroffenen als belastend erlebt und kann auch negative Folgen für ihre Gesundheit haben.⁴⁵⁹ Zur Frage der Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die gesundheitliche Situation von Frauen liegen z. T. divergierende Ergebnisse vor. Da Frauen bei Arbeitslosigkeit weiterhin vielfältige Verpflichtungen (wie Haushalt, Kinder, pflegebedürftige Angehörige) haben, wurde argumentiert, dass für sie die negativen Folgen der Arbeitslosigkeit weniger gravierend als für Männer seien. Detaillierte Studien weisen jedoch darauf hin, dass sich die Reaktionsformen auf die Arbeitslosigkeit bei Frauen und Männern angleichen, je mehr die Erwerbstätigkeit zum Bestandteil der weiblichen Normalbiografie wird.⁴⁶⁰

Laut Mikrozensus 1999 zeigen sich für Wien merkbare **Unterschiede im Gesundheitsverhalten und -zustand arbeitsloser und erwerbstätiger Frauen**. Laut Eigenangaben unternehmen arbeitslose Frauen seltener als erwerbstätige gezielte Anstrengungen zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit: Sie legen weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung, auf körperliche Aktivitäten zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und betätigen sich seltener körperlich in der Freizeit. Bei den Männern sind die Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen geringer.

⁴⁵⁷ IHS (2005).

⁴⁵⁸ Die Konjunkturbelebung komme primär Männern zugute und reduziere nicht die Frauenarbeitslosigkeit.

⁴⁵⁹ BMFSFJ (2001), S. 447.

⁴⁶⁰ SCHULTZ-GAMBARD et al. (1987); BRINKMANN, WIEDEMANN (1994); MOHR (1997).

Tabelle 5.32: Indikatoren zum Gesundheitsverhalten und -zustand erwerbstätiger und arbeitsloser Frauen und Männer sowie ausschließlich haushaltsführender Frauen in Wien 1999

	Frauen			Männer	
	erwerbs-tätig (ein-schl. Karenz)	ausschließ-lich haus-haltsführend	arbeitslos	erwerbs-tätig (ein-schl. Karenz)	arbeitslos
erfasste Personen in 1.000	332,4	21,7	82,4	407,0	37,7
Indikatoren zum Gesundheitsverhalten					
gezielte Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit* (%)	68,3	68,6	60,2	66,6	65,3
darunter (Mehrfachnennungen):					
gesundheitsbewusste Ernährung (%)	48,6	50,0	42,5	42,7	40,0
körperliche Aktivitäten (Sport, Bewegung) (%)	42,7	42,5	29,4	48,6	41,2
psychische Aktivitäten (z. B. autogenes Training) (%)	6,8	2,0	9,3	4,9	3,1
gesundheitsschädigendes Verhalten					
darunter:					
tägliches Rauchen (%)	43,3	49,3	58,5	52,0	59,8
starkes Rauchen (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) (%)	6,4	4,6	10,3	11,2	15,2
Indikatoren zum Gesundheitszustand					
Betroffensein von gesundheitlicher(n) Beschwerde(n) (%)	56,9	60,4	66,9	50,9	57,2
Ø Zahl der gesundheitlichen Beschwerden**	1,61	1,88	1,92	1,22	1,94
Beschwerden (Mehrfachnennungen möglich)					
darunter:					
Wetterempfindlichkeit (%)	10,0	13,3	18,0	7,0	8,8
Schlafstörungen (%)	8,7	16,4	19,7	7,4	15,6
Niedergedrücktheit (Depressionen) (%)	4,2	3,6	5,4	2,2	7,7
Nervosität (%)	7,1	7,3	10,6	4,7	10,4
Kreislaufstörungen (%)	13,1	12,9	10,0	6,0	15,9
Herzbeschwerden (%)	1,8	2,7	5,2	2,5	4,1

* Personen ab 15 Jahren.

** Bei insgesamt 25 vorgegebenen Beschwerden.

Quelle: Mikrozensus September 1999; zitiert nach STADT WIEN (2002), S. 73 ff.

Bei arbeitslosen Frauen und Männern ist gesundheits-schädigendes Verhalten, wie z. B. tägliches und starkes Rauchen, vermehrt zu beobachten. Arbeitslose (beider- lei Geschlechts) sind außerdem seltener Ex- und Nicht- raucherInnen als Erwerbstätige.⁴⁶¹ Studien in Deutsch- land zeigen, dass vor allem arbeitslose Jugendliche ver- mehrt gesundheits-schädigendes Verhalten (Rauchen, Alkoholkonsum, etc.) aufweisen.⁴⁶² Ein bereits beste- hendes Suchtverhalten wird durch Arbeitslosigkeit meist verschärft.

Obwohl chronische Erkrankungen bei Arbeitslosen häufiger sind als bei Erwerbstätigen,⁴⁶³ handelt es

sich bei den gesundheitlichen Folgen der Arbeitslo- sigkeit meist nicht um spezifische Krankheiten, son- dern um allgemeine Befindlichkeitsstörungen und psychosomatische Symptome wie Depressivität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität und Konzentrationsstörungen, die vor al- lem bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit zu körper- lichen Beeinträchtigungen führen bzw. sich negativ auf den Verlauf bestehender Krankheiten auswirken können.⁴⁶⁴ Arbeitslose Frauen (und Männer) in Wien berichten häufiger über Wetterempfindlichkeit, Schlafstörungen, Niedergedrücktheit (Depressionen) und Herzbeschwerden als erwerbstätige. Arbeitslose

⁴⁶¹ STADT WIEN (2002), S. 74.

⁴⁶² MAGS (1998).

⁴⁶³ STADT WIEN (2004), S. 101 f.

⁴⁶⁴ KURELLA (1992); MAGS (1998).

Männer geben auch häufiger als erwerbstätige Kreislaufstörungen an.

Bei Arbeitslosen ist des Weiteren eine vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu beobachten. Sowohl Besuche bei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, bei InternistInnen, sonstigen FachärztInnen, aber auch Krankenhausaufenthalte sind bei arbeitslosen Frauen (und Männern) häufiger als bei erwerbstätigen.⁴⁶⁵ Wie die Daten der Wiener Gebietskrankenkasse

zeigen, haben arbeitslose Frauen (und Männer) deutlich mehr Krankenstände und Krankenstandstage je 100 Versicherte als beschäftigte. Die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandes ist bei arbeitslosen Frauen (und Männern) nahezu doppelt so hoch wie bei den beschäftigten. Die Zahl der Krankenstände und Krankenstandstage je 100 Versicherte ist ebenso wie die durchschnittliche Dauer der Krankenstände jedoch bei arbeitslosen Frauen geringer als bei arbeitslosen Männern.

Tabelle 5.33: Krankenstände Arbeitsloser und Beschäftigter in Wien (WGKK) 2004 nach Geschlecht

Kennziffern	Arbeitslose		Beschäftigte	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Durchschnittsdauer eines Krankenstandes in Tagen	21,6	22,1	11,0	11,9
auf 100 Versicherte entfallen:				
Krankenstände	135,9	137,8	118,6	102,4
Krankenstandstage	2.933	3.051	1.303	1.217

WGKK = Wiener Gebietskrankenkasse.

Quelle: WGKK (2005), S. XXIX.

Bei der Bewertung der referierten Ergebnisse ist Folgendes zu beachten:

- Bei den Unterschieden im Gesundheitsverhalten und im Gesundheitszustand zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen können auch Alters- und Bildungsunterschiede, Unterschiede in der beruflichen Qualifikation, etc., die sich ebenfalls auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit auswirken, eine Rolle spielen. Allerdings zeigen sich auch nach Altersstandardisierung, d. h. unter Zugrundelegung einer vergleichbaren Altersstruktur in beiden Gruppen, weiterhin deutliche Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen.⁴⁶⁶
- Ein im Vergleich zu den Erwerbstätigen schlechterer Gesundheitszustand von Arbeitslosen sagt noch nichts über Ursache und Wirkung aus. Einerseits kann Arbeitslosigkeit das Krankheitsrisiko erhöhen (*Kausalitätshypothese*), andererseits können aber auch vor der Arbeitslosigkeit bestehende Krankheiten das Risiko des Arbeitsplatzverlustes

erhöhen (*Selektionshypothese*). Längsschnittuntersuchungen in Deutschland lassen vermuten, dass beide Hypothesen ihre Berechtigung haben: Es zeigte sich, dass das Risiko, arbeitslos zu werden, für gesundheitlich Beeinträchtigte deutlich höher als für Menschen ohne Gesundheitseinschränkungen ist. Außerdem ist es für erstere schwieriger, wieder einen Arbeitsplatz zu finden.⁴⁶⁷ Gleichzeitig konnte nachgewiesen werden, dass sich das gesundheitliche Befinden bei Personen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben, verschlechtert, wohingegen es nach dem Wiedereintritt ins Berufsleben zu einer Verbesserung kommt.⁴⁶⁸

Die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse ist hinsichtlich der Frage der **geschlechtsspezifischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit** auf die Gesundheit ebenfalls begrenzt, da grundsätzliche Unterschiede im Gesundheitsverhalten, -zustand und in der Selbstdarstellung des Gesundheitszustandes zwischen den Ge-

⁴⁶⁵ STATISTIK AUSTRIA (2002), S. 120 ff.

⁴⁶⁶ GROBE, SCHWARTZ (2003), S. 11.

⁴⁶⁷ ELKELES, SEIFERT (1993).

⁴⁶⁸ STARRIN et al. (1989).

schlechtern berücksichtigt werden müssten.⁴⁶⁹ Laut den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 sind arbeitslose Frauen keineswegs gesünder als arbeitslose Männer. So finden sich von den angeführten Beschwerden lediglich Depressionen und Kreislaufstörungen bei arbeitslosen Frauen seltener als bei arbeitslosen Männern.

Fundierte Aussagen zu den Auswirkungen der Arbeitslosigkeit von Frauen auf deren Gesundheit sind nur aufgrund von Längsschnittstudien möglich, die den Gesundheitszustand vor und während der Arbeitslosigkeit erfassen und sich nicht nur auf Selbstangaben der Befragten stützen, sondern auch objektive Befunde mit einschließen sowie den Besonderheiten der weiblichen Lebenssituation Rechnung tragen. Ein weiteres methodisches Problem stellen die langen Zeiträume dar, die in der Regel bis zum Auftreten von Gesundheitsproblemen und Krankheit vergehen. Nicht nur Arbeitslosigkeit, sondern auch Erwerbstätigkeit, Haushalt und Familie können gesundheitsrelevante Belastungen (z. B. bei Konflikten, finanziellen Problemen, übermäßigem Stress) bereithalten. Die im Kontext von Haushalt und Familie auftretenden Belastungen wirken bei einem Verlust der Erwerbsarbeit meist weiter bzw. werden im Falle von Arbeitslosigkeit oft noch verstärkt.⁴⁷⁰ Das Belastungs- und Bewältigungspotenzial ist außerdem je nach Art der Arbeitslosigkeit (Kurzzeit-, Übergangs-, Langzeitarbeitslosigkeit) verschieden und hängt von der Erwerbsorientierung, der sozialen Unterstützung durch die Familie und vom Kontext ab, in dem die Arbeitslosigkeit auftritt. Als besonders belastend erlebt werden stigmatisierende Bewertungen (wie z. B. Arbeitslosigkeit bzw. deren Andauern sei selbst verschuldet).

Zusammenfassend kann betont werden, dass in dem Maße, in dem die Erwerbstätigkeit fester Bestandteil der weiblichen Normalbiografie ist, bei den Frauen die wahrgenommenen Nachteile, die sich aus dem Verlust des Arbeitsplatzes ergeben, steigen. Frauen sind außer-

dem nicht nur durch eigene Arbeitslosigkeit betroffen, sondern tragen auch häufig zur Bewältigung der Probleme und Konflikte bei, die sich aufgrund der Arbeitslosigkeit naher Angehöriger (wie z. B. des Partners, der Kinder) ergeben.⁴⁷¹ Die aufgrund von Arbeitslosigkeit bzw. im Vorfeld von Arbeitslosigkeit auftretenden gesundheitlichen Probleme und deren individuelle und gesamtgesellschaftliche Auswirkungen werden zur Zeit zu wenig bedacht und sind bislang kaum ins Blickfeld arbeitsmarkt-, sozial- und gesundheitspolitischer Überlegungen gerückt. Die Häufung von gesundheitlichen Problemen bei Arbeitslosen sollte (unabhängig von jedweder Kausalität und vom Geschlecht) dazu veranlassen, gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Arbeitslosen zu setzen. Bisher sind auch die im Gesundheitsbereich Tätigen kaum auf die Wahrnehmung gesundheitlicher Probleme Arbeitsloser, insbesondere arbeitsloser Frauen, sensibilisiert, ein Defizit, dem vor allem durch Informationsvermittlung zu begegnen ist. Besondere Beachtung sollte dabei Gruppen, wie z. B. Langzeitarbeitslosen, Wiedereinsteigerinnen, SozialhilfebezieherInnen, die überdurchschnittlich häufig gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, zuteil werden.

5.7.4 Frauen in Pflegeberufen

Ende des Jahres 2003 waren in den Wiener **Krankenanstalten** 13.906 Personen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und 2.973 PflegehelferInnen tätig. Es handelte sich dabei vorwiegend um Frauen (87,3 bzw. 78,0 Prozent). Während innerhalb des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Kinder- und Jugendpflege fast ausschließlich in Händen der Frauen (99,5 Prozent) liegt, ist der Frauenanteil in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege etwas geringer (87,9 Prozent). In der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege sind knapp zwei Drittel Frauen (63,2 Prozent) tätig.

⁴⁶⁹ Frauen beurteilen im Vergleich zu Männern ihren Gesundheitszustand negativer und sind auch eher bereit, über Beschwerden und Krankheit zu berichten.

⁴⁷⁰ MOHR (1997).

⁴⁷¹ GROBE, SCHWARTZ (2003), S. 19; BMFSFJ (2001), S. 453 f.

Tabelle 5.34: Pflegepersonal in den Wiener Krankenanstalten am 31. Dezember 2003 nach Fachrichtungen und Geschlecht

Pflegepersonal nach Fachrichtungen	Frauen	Männer	gesamt	Frauenanteil
	absolut			Prozent
gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege	12.136	1.770	13.906	87,3
davon:				
Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege	10.469	1.446	11.915	87,9
Kinder – und Jugendlichenpflege	1.120	6	1.126	99,5
Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege	547	318	865	63,2
Personal der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	2.318	655	2.973	78,0
davon:				
PflegehelferInnen mit Zeugnis	2.193	621	2.814	77,9
PflegehelferInnen ohne Zeugnis	125	34	159	78,6

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005), S. 381.

Ein weiterer zentraler Bereich der Pflegeberufe ist die **Altenpflege**. Im Jahr 2002 waren in Wien in *Alten- und Pflegeheimen* 6.300 Personen in der Pflege und Betreuung beschäftigt und zwar 2.624 Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, 2.749 Alten-, PflegehelferInnen bzw. AltenfachbetreuerInnen und 712 Prozent HeimhelferInnen.⁴⁷² Die vom *Fonds Soziales Wien* finanziell unterstützten Organisationen der mobilen Pflege und Betreuung beschäftigten im Jahr 2004 202 diplomierte KrankenpflegerInnen, 2.984 HeimhelferInnen, 417 PflegehelferInnen und 520 im Besuchsdienst tätige Personen.⁴⁷³ Auch wenn keine Angaben zum Geschlecht der in der Altenpflege Tätigen vorliegen, ist jedoch davon auszugehen, dass es sich auch hier überwiegend um Frauen handelt. SIMSA et al.⁴⁷⁴ ermittelten in einer Erhebung im Raum Wien und Niederösterreich einen Frauenanteil von 80,8 Prozent in den Heimen und 95,3 Prozent bei den mobilen Diensten.

Arbeitszufriedenheit und Belastungen der Pflegeberufe

Verschiedene Untersuchungen belegen die besonderen physischen und psychischen Belastungen im Berufsalltag des Pflegepersonals, insbesondere im Bereich der Altenpflege.⁴⁷⁵ Vor allem Zeitdruck, psychische Belastung und der Umgang mit schwierigen PatientInnen werden als zentrale Stressquellen genannt.

SIMSA et al.⁴⁷⁶ stellten aufgrund ihrer Erhebung in Alten- und Pflegeheimen und bei den mobilen Diensten im Raum Wien und Niederösterreich fest, dass Beschäftigte in diesen Bereichen mit ihren Arbeitsbedingungen deutlich weniger zufrieden sind als die Beschäftigten insgesamt und die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialbereich. Der normierte Arbeitsklimaindex, dessen Hauptgewicht auf den Aspekten Arbeitszufriedenheit und -belastungen liegt, erreichte im Jahr 2002 bei den Beschäftigten in Österreich 107 Punkte (je höher die Indexzahl, desto besser sind Arbeitsklima und -zufriedenheit), bei Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen lag er sogar etwas darüber, nämlich bei 109 Punkten, dagegen war die Zufriedenheit bei den untersuchten Beschäftigten in der Altenpflege im Raum Wien und Niederösterreich mit 96 Punkten deutlich niedriger. Vor allem psychischer Stress, das niedrige Einkommen und die Dienstzeiten tragen dazu bei, dass die Berufe in der Altenpflege deutlich weniger attraktiv sind als andere Berufe. 43,2 Prozent der Befragten in den Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe fühlen sich durch Zeitdruck, 38,7 Prozent durch die seelisch belastende und aufreibende Arbeit und 34,9 Prozent durch den Umgang mit schwierigen PatientInnen, Angehörigen und sonstigen PartnerInnen stark belastet bzw. belastet. Belastungen aufgrund von Einsamkeit bzw. Isolation am Arbeitsplatz sind im Vergleich dazu eher selten.

⁴⁷² ÖBIG (2004). Zusätzlich gab es 215 Beschäftigte im Medizinisch-technischen Dienst.

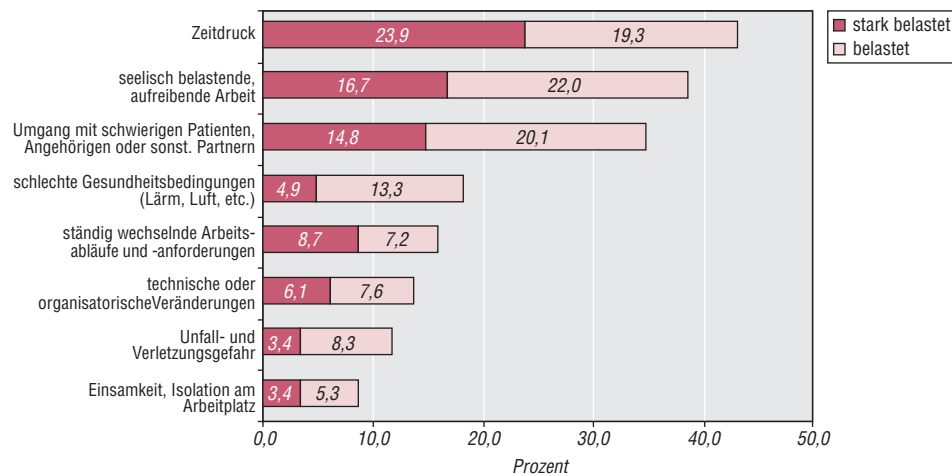
⁴⁷³ FONDS SOZIALES WIEN (2005), S. 38 ff.

⁴⁷⁴ SIMSA (2004), S. 63.

⁴⁷⁵ MAUNZ, STEYRER (2001); SIMSA et al. (2003); SIMSA (2004).

⁴⁷⁶ SIMSA et al. (2003).

Grafik 5.27: Berufliche Belastungen von MitarbeiterInnen in der Altenhilfe (Alten- und Pflegeheime, mobile Dienste) im Raum Wien und Niederösterreich 2003



Quelle: SIMSA et al. (2003), S. 69.

Am meisten belastet (in allen Dimensionen) fühlen sich die MitarbeiterInnen der mobilen Dienste. Dazu tragen auch die prekären Arbeitsbedingungen in den sozialen Diensten bei, wo sich hohe Anteile atypischer Beschäftigung, d. h. Beschäftigungsverhältnisse mit fehlender Zeitkontinuität des Arbeitseinsatzes, geringeren Arbeitsstunden, etc. finden.⁴⁷⁷ Die Belastung durch Zeitdruck und den ständigen Wechsel der Arbeitsabläufe und -anforderungen ist für MitarbeiterInnen der mobilen Dienste besonders hoch, am wenigsten Belastung wird durch technische und organisatorische Veränderungen verspürt.⁴⁷⁸

Bund und Länder haben sich bereits 1994 im Artikel 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) auf die Sicherung eines flächendeckenden, qualitäts- und bedarfsgerechten Angebots für pflegebedürftige Personen festgelegt, dem Ausbau der ambulanten Dienste wurde dabei klare Priorität eingeräumt („ambulant vor stationär“). Angesichts dieser Tatsache und der hohen Belastung der MitarbeiterInnen der mobilen Dienste zeichnet sich hier besonderer Handlungsbedarf ab. Durch finanzielle Kürzungen, die einige Organisationen im Bereich der mobi-

len Dienste betreffen, werden die ohnehin bereits in hohem Maße vorhandenen Belastungen zusätzlich verschärft, was sowohl zur Überforderung der Organisation als auch der MitarbeiterInnen führen kann.⁴⁷⁹

Die Studie von SIMSA,⁴⁸⁰ die neben der empirischen Erhebung auch eine Analyse von Sekundärquellen und -literatur sowie Leitfadeninterviews mit personalverantwortlichen Führungskräften beinhaltete, verdeutlicht das Fehlen von Personalmanagementstrategien in den untersuchten Organisationen der Altenhilfe. Implizit spielt Personalmanagement in den Leitbildern in erster Linie im Hinblick auf Aus- und Weiterbildung eine Rolle. Die Organisationen agieren „meist eher personalverwaltungsorientiert, d. h. das Personal wird verwaltet statt mittels gezielter Strategien gemanagt bzw. aktiv entwickelt. Insbesondere die Personalbindung wird stark vernachlässigt. In kleineren Organisationen bleibt aufgrund der akuten Personalknappheit im Bereich der Pflege und der Führung häufig keine Zeit zur Ausarbeitung von Strategien.“⁴⁸¹ Eine Studie in einem österreichischen Landeskrankenhaus⁴⁸² verdeutlicht, dass Management- und Führungsqualitäten wesentlich

⁴⁷⁷ SIMSA (2004), S. 59.

⁴⁷⁸ SIMSA et al. (2003), S. 93.

⁴⁷⁹ SIMSA et al. (2003).

⁴⁸⁰ SIMSA et al. (2003).

⁴⁸¹ SIMSA (2004), S. 71.

⁴⁸² MAUNZ, STEYRER (2001).

dazu beitragen, die mit der Pflege verbundenen Belastungen zu reduzieren. Je positiver Führungskräfte wahrgenommen werden, desto geringer sind die emotionale Erschöpfung, die reduzierte Leistungsfähigkeit und die Dehumanisierung der MitarbeiterInnen. Tendenzen der emotionalen Erschöpfung sind umso stärker, je mehr Eigen- und Fremdbild der Führungskraft auseinanderklaffen. Solche Divergenzen führen anscheinend zu fehlender wechselseitiger Berechenbarkeit und damit zu vermehrten Kommunikationskonflikten.

Pflegepersonalmangel: Ursachen und Strategien zur Beseitigung

In den letzten Jahren wurde in Österreich, und besonders in Wien, das Phänomen des „Pflegenotstands“ diskutiert.⁴⁸³ Allerdings fehlen für Wien verlässliche Daten zum tatsächlichen Bedarf an Pflegepersonal. Im Jahr 2002 gab im Rahmen einer Erhebung mehr als die Hälfte aller Einrichtungen der institutionellen Pflege in Österreich an, Personal zu suchen.⁴⁸⁴ Besonders ungünstig ist die Situation beim Fachpersonal: Mehr als vier Fünftel der in die Untersuchung einbezogenen Alten- und Pflegeheime sahen bei der Rekrutierung von diplomiertem Personal große Schwierigkeiten. Auch für Anbieter von ambulanten Diensten für ältere Menschen waren Personal- und vor allem Fachkräftemangel wesentliche Probleme.

Der Begriff „Pflegenotstand“ umfasst mehrere Komponenten, welche in enger Beziehung zueinander stehen und die Situation von verschiedenen Blickwinkeln beleuchten: den Mangel an Pflegepersonal, die Qualitätsmängel in der pflegerischen Versorgung und die Berufswirklichkeit des Pflegepersonals.⁴⁸⁵ Der relativen Abnahme an Pflegekräften steht in Spitälern, Alten- und Pflegeheimen sowie ambulanten Diensten ein steigender Versorgungsbedarf gegenüber, der vor allem auf die zunehmende Zahl älterer Menschen und die steigenden Erwartungen an die Pflege, bei gleichzeitiger Abnahme der Zahl pflegender Angehöriger, zurückzuführen ist.

Als **Ursachen des „Pflegenotstands“** werden die geringe Zahl an Ausbildungsplätzen, der geringe Berufs-

zugang, die kurze Berufsverweildauer (viele in der Pflege Tätige kehren nach Berufspausen nicht mehr in den Beruf zurück) und die Beschränkungen der Rekrutierung von Pflegepersonal aus dem Ausland diskutiert. Die *Ursachen für den geringen Berufszugang* und die *kurze Berufsverweildauer* liegen vor allem in den mit dem Pflegeberuf verbundenen Belastungen (Zeitdruck, körperliche Belastung, ständiger Umgang mit Leiden, Tod, etc.), der Organisation der Pflege (Personalführung, Arbeitszeit, geringe Aufstiegsmöglichkeiten, etc.) sowie im schlechten Image der Pflegeberufe, insbesondere im Bereich der Altenpflege.

Um die Attraktivität des Pflegeberufs und die Qualität der Pflege zu erhöhen, ist eine Reihe von **Maßnahmen** erforderlich.⁴⁸⁶

- **Verbesserung des Umgangs mit Berufsrisiken:** Dazu zählen die Unterstützung durch organisatorische Maßnahmen und technische Hilfsmittel bei belastenden Tätigkeiten, präventive Maßnahmen zur Verringerung psychischer Belastungen sowie die Unterstützung und Krisenintervention bei emotionaler Überforderung.
- **Entwicklung einer „neuen“ Organisationskultur:** Eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit ist vor allem durch eine Organisationskultur zu erreichen, welche den MitarbeiterInnen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung einräumt, sie unterstützt, ihnen Wertschätzung entgegenbringt, Risiken so weit wie möglich reduziert und Fehler in positivem Sinne nutzt („aus den Fehlern lernen“).
- **Entwicklung einer „neuen“ Führungskultur:** Die Auswahl der Führungskräfte sollte sich an den Aufgaben der Institutionen und der Qualifikation der BewerberInnen orientieren, eine angemessene Bezahlung und sonstige Anreize fördern die Qualität des Personals. Laufende Schulungen (Führungskrafttrainings zur Verbesserung der Kommunikationskultur und des Konfliktmanagements, zur Vermittlung von Wissen, das eine rasche Orientierung an wissenschaftlich abgesicherten Standards und Erfolg versprechenden Implementierungsmodellen bietet) können ebenso wie die Akademisierung zur Verbesserung der Führungsqualitäten beitragen. Bei der Bezahlung ist darauf Rücksicht zu

⁴⁸³ KRAJIC et al. (2003) und (2005).

⁴⁸⁴ SCHNEIDER, ÖSTERLE (2003).

⁴⁸⁵ KRAJIC et al. (2003), S. 5.

⁴⁸⁶ Nach KRAJIC et al. (2003).

nehmen, dass es durch das Mehr an Verantwortung als Führungskraft durch den Wegfall von Zulagen nicht zu Gehaltseinbußen kommt.

- **Verstärkte MitarbeiterInnenorientierung:** Es soll verstärkt auf die Fähigkeiten, Qualifikationen, Kompetenzen (z. B. ExpertInnenwissen) und Bedürfnisse der MitarbeiterInnen eingegangen, die Möglichkeiten zu Mitbestimmung und Übernahme von Verantwortung gestärkt werden. Unnötige Problemkonzentrationen, ungleiche Verteilung von Belastungen und Gratifikationen sind zu vermeiden, Mobilität, Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der MitarbeiterInnen zu fördern. Letzteres kann vor allem durch verstärkte Einbeziehung der MitarbeiterInnen in die Gestaltung der Rahmenbedingungen der Arbeit (Dienstplan, Maßnahmen zur Risikoverminderung, des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung) und bei der Verbesserung der Qualität der Pflege (z. B. durch Einführung von Gesundheits- und Qualitätszirkeln, durch Entwicklung von Pflegeorganisationsmodellen mit selbständigen Arbeitsbereichen für erfahrene MitarbeiterInnen) erreicht werden. Gratifikationen sowie die Unterstützung der MitarbeiterInnen bei besonderen Bedürfnissen (Wohnen, Arbeitsweg, Arbeitsutensilien, Familie, Beruf, Kinderbetreuung) fördern die Motivation. Arbeitszufriedenheit und -motivation sind am ehesten durch *integrierte Strategien* zu erreichen, welche viele Verbesserungsmaßnahmen zusammenfassen und erfolgreich umsetzen, wie z. B. die Modelle des „Primary Nursing“⁴⁸⁷, des „Magnetspitals“⁴⁸⁸ und die betriebliche Gesundheitsförderung zur Verbesserung der psychosozialen und körperlichen Gesundheit.⁴⁸⁹
- **Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Pflege:** Dringend erforderlich sind Maßnahmen zur Förderung der öffentlichen Anerkennung von Pflegeberufen (Imagekampagne), eine angemessene Entlohnung (unter Berücksichtigung von Leistung, Erfahrung, Qualifikationen und Belastungen), die Hebung der Ausbildungsqualität (z. B. durch Akademisierung der Ausbildung von Führungskräften und ExpertInnen) und die Förderung der Pflegeforschung.

- Für die **Erhöhung des Berufszugangs** sind zusätzliche Ausbildungsplätze, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die rechtliche Erleichterung der Arbeitsmigration, die Verbesserung des Ansehens durch Imagekampagnen und eine positivere Darstellung des Berufs durch die Öffentlichkeit und die Pflegekräfte vorrangig. Eine **Erhöhung des Wiedereinstiegs** lässt sich am ehesten durch familien-gerechte Arbeitszeitregelungen, die Aufrechterhaltung des Kontakts während der Berufspause, durch Möglichkeiten zu geringfügiger Beschäftigung, eine der Erfahrung angemessene Gehaltseinstufung beim Wiedereinstieg, eine gezielte Anwerbung sowie durch Bereitstellung entlastender Kinderbetreuungsangebote erreichen.⁴⁹⁰

Gesundheitsförderndes Altern von MitarbeiterInnen in Spitälern und Pflegeeinrichtungen

Spitäler und Pflegeeinrichtungen zählen zu den am stärksten belastenden Arbeitsbereichen. Besonders hohe Anforderungen stellt der Pflegeberuf aufgrund der starken körperlichen und psychosozialen Belastungen an *ältere ArbeitnehmerInnen*. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die beruflichen Anforderungen nicht auf die Veränderungen des Alterns (in Bezug auf körperliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit) abgestimmt sind. In Anbetracht dessen hat das Wiener Informationsnetzwerk „Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen“ das gesundheitsfördernde Altern von MitarbeiterInnen 2005 zum Jahresthema gemacht.

Für die Pflege sind Zusammenhänge zwischen Belastungen (wie z. B. Belastungen des Bewegungs- und Stützapparats) und vorzeitigem Ausscheiden aus dem Berufsleben gut dokumentiert. Dagegen gibt es über altersbedingte Probleme bei ÄrztInnen und anderen Berufsgruppen kaum Informationen. Fokus-Interviews des im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur geförderten Projekts „Gesundheit – MitarbeiterInnen – Krankenhaus“ zeigen, dass auch ÄrztInnen zu den besonders stark belasteten Berufsgruppen (insbesondere durch die langen

⁴⁸⁷ Es handelt sich dabei um eine Form der Pflegeorganisation, bei der jede/r PatientIn eine Pflegeperson zugeordnet bekommt, die von der Aufnahme bis zur Entlassung die Verantwortung trägt.

⁴⁸⁸ Es handelt sich hier um Einrichtungen, die aufgrund eines Bündels von Qualitätsmerkmalen verstärkt Personal anziehen.

⁴⁸⁹ KRAJIC et al. (2003).

⁴⁹⁰ KRAJIC et al. (2003).

Dienstzeiten) zählen. Es gibt jedoch kaum Möglichkeiten, auf „Schonarbeitsplätze“ auszuweichen.

Für die Organisationen ergeben sich in Bezug auf ältere MitarbeiterInnen folgende Herausforderungen:

- Ältere MitarbeiterInnen sind nicht mehr im selben Maße körperlich und psychisch belastbar wie jüngere, müssen aber großteils dieselben Tätigkeiten verrichten.
- Gehen hoch qualifizierte MitarbeiterInnen in den vorzeitigen Ruhestand gehen viel Wissen und Erfahrung verloren; neue MitarbeiterInnen müssen eingeschult werden.
- Nachbesetzungen sind oft nicht möglich, so dass sich der Druck auf die verbleibenden MitarbeiterInnen weiter erhöht.

Ausgehend von diesen Fakten wurde in Wien bereits im Jahr 1999 das Pilotprojekt „Meisterhafte Pflegekunst – Alter(n)sgerechte und gesundheitsgerechte Karrierewege im Pflegeberuf“⁴⁹¹ initiiert, das langfristig einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf entgegenwirken wollte. Das Modell wurde auf drei Stationen von Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) erprobt und evaluiert.

In einem weiteren, von 1996 bis 2001 im Rahmen des KAV laufenden Projekt konnten positive Erfahrungen mit der Reduktion der täglichen Arbeitszeit im Pflegebereich gesammelt werden. Im Kaiserin-Elisabeth-Spital wurde, um Überforderung und chronischem Stress entgegenzuwirken, die tägliche Arbeitszeit von 12,5 Stunden auf 8 bis 10 Stunden reduziert. Es zeigte sich, dass die Zustimmung zur Verkürzung der Dienste umso größer war, je mehr Erfahrung das Personal mit einem 8-Stunden-Dienst hatte. Besonders bei den älteren Pflegenden war die Zufriedenheit mit der Arbeitszeitverkürzung hoch. Weniger Krankenstände und Überstunden waren erforderlich.

Im Herbst 2005 hat das Wiener Informationsnetzwerk zur „Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen“⁴⁹² eine Kampagne zum Thema „Altern in Gesundheit“ für MitarbeiterInnen des Wiener KAV gestartet. Die erarbeiteten **Lösungsansätze** betreffen sowohl die *Organisationsentwicklung*, d. h. Arbeitsbedin-

gungen, -anforderungen und -umfeld, die *Führungskräfte-Entwicklung* einschließlich der Arbeitskultur, die *Personalentwicklung*, d. h. die Entwicklung von Humanressourcen sowie *persönliche Beiträge* zur Gesunderhaltung und zum lebenslangen Lernen.⁴⁹³ Diese Prozesse greifen ineinander und sollten möglichst kombiniert umgesetzt werden. Erforderlich ist die Unterstützung durch Träger-Organisationen, oberste Verwaltung und Politik, da manche Lösungen nur auf der Basis einer Flexibilisierung und Deregulierung rechtlicher Rahmenbedingungen möglich sind.

Organisationsentwicklung: Die altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen sollte MitarbeiterInnen einen ausgewogenen Mix aus psychischen und physischen Anforderungen bieten, die Entwicklung persönlicher Bewältigungsmöglichkeiten von Arbeitsbelastungen fördern und bei Bedarf nötige Unterstützung bereitstellen. Wichtig ist ein umfassender Gesamtansatz, der folgende Punkte beinhaltet:

- *Strategische Orientierung:* Verankerung des Bekenntnisses zu altersgerechter Arbeitsorganisation im Leitbild des Betriebs und der Alterns-Orientierung als Aufgabe in relevanten Unternehmensbereichen (Qualitätsmanagement, Personalmanagement, Arbeitsmedizin).
- Entwicklung guter betrieblicher Praxis:
 - a) *Altersgerechte Einstellung neuer MitarbeiterInnen* mit dem Ziel, eine Altersheterogenität der Belegschaft zu erreichen und so die Fähigkeiten älterer und jüngerer MitarbeiterInnen optimal zu kombinieren. Bei Kündigungen sollte nicht das Alter, sondern die tatsächliche Kompetenz bestimmend sein.
 - b) *Flexible und moderne Arbeitsorganisation*, welche Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Arbeitszeit (Teilzeitstellen, stundenweises Arbeiten, Aufteilen eine Stelle auf mehrere Personen) und Arbeitsautonomie (Entscheidungskompetenz im eigenen Arbeitsbereich) ermöglicht. Innerbetriebliche Mobilität (Beförderung, Job Rotation, z. B. Stationswechsel, Wechsel vom Stationsdienst in den Funktionsdienst, von der Station in die Ambulanz und umgekehrt) sind ebenfalls Instrumente, welche die Motivation erhalten.

⁴⁹¹ <http://www.oegvp.at/2000e.pdf>

⁴⁹² <http://www.gspwien-info.net/index.htm>

⁴⁹³ http://www.gspwien-info.net/downloads/factsheet_aging.pdf

- c) *Arbeitsplatzgestaltung und betriebliche Gesundheitsförderung* in Spitälern und Pflegeeinrichtungen zielt vor allem auf die Organisation der Dienste ab (z. B. die Möglichkeit der Reduktion von Nachtdiensten und möglichst schonender Schichtdienste für ältere MitarbeiterInnen). Für ältere MitarbeiterInnen im Pflegebereich eignen sich z. B. Stationsstrukturen mit kleinen Einheiten, Primary Nursing und Zimmerpflege. Hinsichtlich der Arbeitsplatzgestaltung spielen die Berücksichtigung von Ergonomie und die Kompensation der Abnahme von körperlichen Fähigkeiten und Sinnesfunktionen z. B. durch Beleuchtung und größere Schrift eine wichtige Rolle.
- *Förderung von Fort- und Weiterbildung* um berufliche Neuerungen kennen zu lernen, persönliche Kompetenzen (z. B. Stressbewältigung) und Lebensstile zu erweitern. Fort- und Weiterbildung bzw. lebenslanges Lernen können ebenso wie die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (Supervision, Coaching) helfen, veränderte berufliche Anforderungen besser zu bewältigen.
 - *Einstellungswandel und Abbau von Vorurteilen* gegenüber älteren MitarbeiterInnen in den Betrieben. Voraussetzung für die Verbesserung der Arbeitssituation älterer MitarbeiterInnen ist ein Einstellungswandel und der Abbau intergenerationeller Vorurteile bei allen MitarbeiterInnen, aber auch auf der Führungs-Ebene.

Unterstützung der Altersorientierung durch die Führungs-Ebene: Führungskräfte können viel zur Entwicklung einer „Alterskultur“ beitragen und so dem Verlust hoch kompetenter MitarbeiterInnen vorbeugen. Ein positives, kooperatives und dialogorientiertes Betriebsklima hilft, Vorurteile abzubauen und so die intergenerationelle Zusammensetzung von Teams gezielt zu fördern, Ältere zur Fortbildung motivieren, in der Laufbahnplanung zu unterstützen und ihnen Feedback zu geben (Leistungen anerkennen und Defizite ansprechen und bearbeiten).

Berücksichtigung der Altersorientierung in der Personalentwicklung: Die Personalentwicklung ist in hohem Maße für die Entwicklung altersgerechter Unternehmen verantwortlich, auch sie muss im Hinblick darauf sensibilisiert werden. Eine altersorientierte Personalentwicklung umfasst eine vorausschauende Rekrutierungspolitik (ausgewogener Altersmix), eine

gezielte Förderung lebenslangen Lernens bei MitarbeiterInnen aller Altersgruppen (auch bei älteren), den Einsatz spezifischer personalentwicklerischer Instrumente (wie z. B. MitarbeiterInnen-Orientierungsgespräche, Potenzialanalysen, Zielvereinbarungen, Mentorensysteme, Coaching) sowie die gezielte Unterstützung beim Ausstieg aus dem Beruf bzw. beim Übergang in die Pension (Umschulung, gleitender Ausstieg, Coaching).

Persönliche Beiträge zu gesundem Altern: Wichtig für gesundes Altern ist ein gesunder aktiver Lebensstil während des gesamten Lebenslaufs (Sport/Bewegung, gesunde Ernährung, maßvoller bzw. abstinenter Umgang mit Alkohol und Nikotin, mentale Gesundheitsförderung), lebenslanges Lernen (Weiterbildung, Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung durch Coaching, Supervision), Gesundheitsvorsorge bzw. Früherkennung von Gesundheitsproblemen, eine sinnerefüllte Arbeit und bewusste Laufbahngestaltung, bei der altersgeeignete Tätigkeiten mit zunehmendem Alter ausgebaut und ungeeignete reduziert werden.

Altersgeeignete Tätigkeiten sind leitende, koordinierende Funktionen; lehrende, ausbildende, beratende Tätigkeiten; in Eigenverantwortung auszuführende Tätigkeiten; Aufgaben, die Erfahrung, Fachwissen, Routine erfordern; Aufgaben, die soziale Fähigkeiten voraussetzen.

Eher ungeeignet sind körperlich oder psychisch anstrengende Tätigkeiten; Zeit- und Leistungsdruck; Schicht- und Nachtarbeit; Daueraufmerksamkeit; soziale Isolation; hohe Umgebungsbelastung (Lärm, Hitze, Kälte); zu wenig Erholungsmöglichkeiten.

Politische Unterstützung: Auch Politik und Verwaltung können einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie unterstützende Rahmenbedingungen schaffen, wie z. B. stärkere Flexibilisierung und Deregulierung von Arbeitszeiten; spezifische Anreizsysteme für die Beschäftigung älterer MitarbeiterInnen; gesetzliche Ahndung von Altersdiskriminierung; Regelung zu Länge von Diensten in Abhängigkeit von Belastungen; spezifische Krankenstands- und Teilzeitarbeitsregelungen, tarifvertragliche und sozialversicherungsrechtliche Anpassungen für Ältere. Bei der Realisierung dieser politischen Forderungen kommt auch den Gewerkschaften eine wichtige Rolle zu.

5.7.5 Frauen als pflegende Angehörige

Siehe auch: *Bedarf an Hilfe und Pflege (Kapitel 5.8.6).*

Der überwiegende Teil der Pflege findet im familiären Umfeld statt. Österreichweit wird etwa 80 Prozent des Pflegebedarfes in der Familie durch Angehörige oder private Helfer (insbesondere Frauen) abgedeckt, etwa 10 Prozent durch soziale Dienste.⁴⁹⁴ Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit von Frauen wird die Pflege von Angehörigen nach wie vor vornehmlich von Frauen (Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter) erbracht. Es handelt sich dabei um einen weiteren Bereich, der meist mit bereits bestehenden Arbeitsfeldern (Erwerbs-, Haus-, Familienarbeit) in Einklang zu bringen ist.

Laut Mikrozensus 2002⁴⁹⁵ gibt es in Wien (in der Bevölkerung ab 18 Jahren) rund 78.600 Personen, die (überwiegend unbezahlt) Hilfs- und Pflegeleistungen verrichten, das sind 6,0 Prozent der Wohnbevölkerung. In ganz Österreich sind es etwas mehr, nämlich 6,7 Prozent (8,5 Prozent der Frauen, 4,7 Prozent der Männer).

43,6 Prozent jener, die in Wien private Hilfs- und Pflegeleistungen verrichten, leisten Hilfe bei persönlichen Verrichtungen (z. B. Waschen, Anziehen, Essen geben), 76,7 Prozent übernehmen Bring- und Holdienste (z. B. Arzt-, Behördenwege), 79,2 Prozent leisten sonstige Hilfe (z. B. Einkaufen, Kochen, Aufräumen). Der überwiegende Teil der BetreuerInnen (48,9 Prozent) wendet für Hilfs- und Pflegeleistungen pro Woche 5 bis unter 15 Stunden auf, 21,4 Prozent 15 oder mehr Stunden.

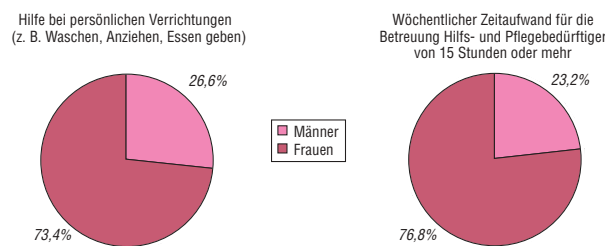
Insgesamt werden in Wien 84.700 Personen betreut. 27,3 Prozent der betreuten Personen sind mit der be-

treuenden Person in einer Wohnung, weitere 10,2 Prozent leben zwar in einer anderen Wohnung, aber im selben Haus. Die übrigen 62,3 Prozent der Betreuten leben an einem anderen Ort. Österreichweit lebt ein höherer Anteil der betreuten Personen (40,1 Prozent) mit der betreuenden Person in einer Wohnung.

In 30,9 Prozent der Fälle wird die eigene Mutter betreut, in 23,4 Prozent der Fälle andere Verwandte, in 15,2 Prozent der Fälle EhegattInnen (LebensgefährtInnen) und in 10,4 Prozent der Fälle Bekannte. Dagegen wird der eigene Vater nur in 5,9 Prozent der Fälle, die Schwiegermutter bzw. der Schwiegervater nur in 5,5 Prozent bzw. 0,5 Prozent der Fälle betreut. Allerdings ist, wie die Auswertungen für das gesamte Bundesgebiet zeigen, wer wen betreut, ebenso wie der Zeitaufwand für die Betreuung und die Art der Hilfeleistung, je nach Geschlecht verschieden. Knapp zwei Drittel der Mütter werden von ihren Töchtern betreut, Väter im Vergleich dazu häufiger von ihren Söhnen. Für Nicht-Verwandte werden unentgeltliche Hilfs- und Pflegeleistungen nahezu ausschließlich (nämlich zu 83 Prozent) von Frauen erbracht. Frauen wenden pro Woche im Durchschnitt für die Betreuung 11,4 Stunden, Männer 9,0 Stunden auf. Während Männer häufiger als Frauen Bring-, Hol- und Begleitedienste (z. B. Arzt-, Behördenwege) verrichten, überwiegen bei den Frauen Hilfeleistungen bei persönlichen Verrichtungen (also im Wesentlichen die Pflege).

Österreichweit wird Hilfe bei persönlichen Verrichtungen (z. B. Waschen, Anziehen, Essen geben) zu 73,4 Prozent von Frauen erbracht. Auch bei höherem Betreuungsaufwand (15 und mehr Stunden) sind es vorwiegend die Frauen (76,8 Prozent), die die Betreuung übernehmen.

Grafik 5.28: Personen, die Hilfe bei persönlichen Verrichtungen leisten bzw. mehr als 15 Stunden wöchentlich für die Betreuung Hilfs- und Pflegebedürftiger aufwenden in Österreich 2002 nach Geschlecht (Prozent)



Quelle: Mikrozensus September 2002; STATISTIK AUSTRIA (2003); eigene Berechnungen.

⁴⁹⁴ RUBISCH, PHILIPP et al. (2001).

⁴⁹⁵ STATISTIK AUSTRIA (2003b).

Eine Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG)⁴⁹⁶ über pflegende Angehörige von PflegegeldbezieherInnen kommt für Österreich unter anderem zu folgenden Ergebnissen:

- Der überwiegende Teil der privaten Betreuungsleistungen zu Hause wird von Frauen erbracht. 79 Prozent der erfassten pflegenden Angehörigen sind weiblich. Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen liegt bei 58 Jahren und streut von 20 bis 96 Jahren.
- Der überwiegende Teil der privaten Pflegepersonen (40 Prozent) sind Ehe- bzw. Lebenspartner, mehr als ein Viertel Kinder (vor allem Töchter), die ihre Eltern pflegen.
- 30 Prozent aller Hauptpflegepersonen sind erwerbstätig. 56 Prozent waren vor der Übernahme der Pflege erwerbstätig.
- 47 Prozent der Betreuungspersonen verfügen entweder über kein Einkommen oder nur ein Einkommen bis 700 Euro (durchschnittliches Monatsnettoeinkommen ohne 13. und 14. Monatsgehalt und exklusive einer eventuellen Abgeltung für Betreuungsleistungen). Ca. ein Fünftel aller Betreuungspersonen verfügt über kein eigenes Einkommen. Der Großteil (91 Prozent) derer, die kein eigenes Einkommen haben, sind Frauen.
- Nahezu ein Fünftel der Betreuungspersonen verfügt über keine Pensionsversicherung, d. h. ihre Versorgung im Alter ist nicht geklärt. 82 Prozent der Betreuungspersonen sind pensionsversichert, 43 Prozent aufgrund eigener Berufstätigkeit. Die Ursachen für die mangelhafte Absicherung pflegender Angehöriger liegen zum Teil in den hohen Kosten einer freiwilligen Selbst- bzw. Weiterversicherung, aber auch Informationsmangel und mangelhaftes Problembewusstsein spielen eine Rolle.⁴⁹⁷ Dieser Befund verweist auf die Notwendigkeit der Verbesserung pensionsversicherungsrechtlicher Maßnahmen für pflegende Angehörige.
- Drei Viertel aller Betreuungspersonen versorgen PflegegeldbezieherInnen der Pflegegeldstufen eins bis drei, ein Fünftel betreut PflegegeldbezieherInnen der Stufen vier und fünf und sieben Prozent PflegegeldbezieherInnen der beiden höchsten Pflegestufen.
- Weit über die Hälfte (58 Prozent) der Betreuungspersonen gaben an, dass durch das Pflegegeld die Betreuung und Pflege zu Hause erst möglich wurde.

Allerdings bringt das Pflegegeld keine ausreichende wirtschaftliche Entlastung, um die Erwerbstätigkeit aufzugeben.

- Ein Drittel der pflegenden Angehörigen halten behinderungsbedingte Wohnungsadaptierungen für erforderlich.
- Beinahe drei Viertel der betreuten PflegegeldbezieherInnen sind weitgehend mobil. Fast die Hälfte der Betreuten ist mehrmals pro Woche verwirrt, 17 Prozent sind völlig verwirrt.
- In einem Viertel der Fälle werden mobile Dienste in Anspruch genommen, am häufigsten Hauskrankenpflege (mit fast 47 Prozent), Heimhilfe (39 Prozent) und Essen auf Rädern (30 Prozent). Die Gründe, warum mobile Dienste nicht bzw. in nur unzureichendem Maße in Anspruch genommen werden, liegen nicht in einer grundsätzlich ablehnenden Haltung (48 Prozent) bzw. im Scheitern der Finanzierbarkeit (42 Prozent). Zwölf Prozent der befragten Personen gaben an, dass in ihrer Umgebung keine Dienste angeboten werden. Dies trifft vor allem auf ländliche Gebiete zu.
- Es bestehen signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Nutzung von mobilen Diensten und der Verfügbarkeit von Einkommen, der Erwerbstätigkeit und der Schulbildung: Personen mit eigenem Einkommen nehmen eher mobile Dienste in Anspruch als Personen ohne eigenes Einkommen; vollzeitbeschäftigte Betreuungspersonen nehmen signifikant häufiger mobile Dienste in Anspruch als Betreuungspersonen ohne Beschäftigung; Betreuungspersonen mit höheren Schulabschlüssen nutzen signifikant häufiger mobile Dienste als Personen mit niedrigerem Bildungsniveau.
- Im Falle der Abwesenheit der privaten Hauptpflegeperson ist im Akutfall in rund 83 Prozent der Fälle für eine Ersatzpflege vorgesorgt, während Ersatzpflege im geplanten Fall in rund 71 Prozent der Fälle gesichert ist.

Motive für die Übernahme einer Pflege

Es gibt unterschiedliche Beweggründe für die Übernahme der Pflege naher Angehöriger.⁴⁹⁸ Neben *altruistischen* und dem *Selbstwert dienlichen* Motiven, haben *normative Vorstellungen* großen Einfluss.⁴⁹⁹ BUIJSSEN unterscheidet zwischen *positiven* (Liebe oder Zuneigung, Wieder-

⁴⁹⁶ ÖBIG (2005). Angeschrieben wurden 3.417 PflegegeldbezieherInnen. Der Rücklauf betrug 34 Prozent.

⁴⁹⁷ BADELDT et al. (1997).

gutmachungs- und Dankbarkeitsimpulse, religiöse oder karitative Motive, etc.) und *negativen* Beweggründen (z. B. Angst vor Stigmatisierung durch die soziale Umwelt, familiärer Druck).⁵⁰⁰ Meist sind mehrere (positive und/oder negative) Motive zutreffend. Beweggründe und deren Intensität können sich im Verlauf der Pflege ändern.⁵⁰¹ Damit Pflege und deren Aufrechterhaltung gelingt, sollte zumindest ein positives Motiv vorhanden sein.⁵⁰² Überwiegend positive Motive führen aber nicht zwangsläufig zu geringeren Belastungen. Der unbedingte Wunsch, die Angehörigen zu betreuen, kann leicht zur Überforderung führen. Das Vorhandensein ausschließlich negativer Motive, erhöht die Gefahr „liebloser“ Pflege (mit Verwahrlosung, Aggression, körperlicher Gewaltanwendung, etc.).⁵⁰³

Obwohl in der Regel positive Beweggründe vorherrschen, spielt insbesondere bei pflegenden Ehefrauen der familiäre Druck eine nicht unerhebliche Rolle.⁵⁰⁴ Es gilt für sie (und ihre Umwelt) als selbstverständlich, die Pflege des Ehemannes zu übernehmen. Mögliche Alternativen werden daher meist gar nicht wahrgenommen. Insgesamt spielen Motive wie Pflichtgefühl, Treue, Verzicht, Nächstenliebe, etc. bei den älteren Frauen eine wichtigere Rolle als bei den jüngeren.⁵⁰⁵ Auch die Pflege eines behinderten Kindes durch die Mütter gilt meist als selbstverständlich.

Oft handelt es sich bei der Übernahme der Pflege eines/r Angehörigen um *keine bewusste* Entscheidung.⁵⁰⁶ Vor allem bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit bleibt oft kaum Zeit, sich auf die Situation vorzubereiten, Informationen einzuholen und notwendige Vorkehrungen zu treffen.

Die *Bereitschaft zur Pflege*, insbesondere jene *älterer Angehöriger*, wird vor allem durch folgende Faktoren beeinflusst: (frühere) gegenseitige Hilfeleistungen, die (frühere) emotionale Beziehung, internalisierte Normen, Familienstand, Familienorientierung, Alter, Wohnsituation, Bildung, Berufstätigkeit und nicht zuletzt die finanzielle Situation.

Wichtige Voraussetzungen für die häusliche Pflege sind nach Meinung der Pflegenden ausreichend Zeit (98 Prozent), Sympathie und Zuneigung für die pflegebedürftige Person (96 Prozent), die eigene Gesundheit (92 Prozent), die räumlichen Gegebenheiten (82 Prozent) und die familiäre Unterstützung (80 Prozent). Dagegen sind fachliche Unterstützung (54 Prozent), Beratung durch professionelle Pflegekräfte (44 Prozent), regelmäßige Bezahlung (43 Prozent) und sonstige finanzielle Anreize (22 Prozent) nach Meinung der Pflegenden zwar nicht unbedeutend, aber insgesamt weniger wichtig.⁵⁰⁷ *Entscheidend für die tatsächliche Aufnahme der Pflege* waren unter 19 vorgegebenen Motiven sechs Faktoren, nämlich Pflicht, Selbstwert, soziale Motive, mangelndes Vertrauen in andere, finanzielle Motive und pragmatische Überlegungen. Allerdings gibt es *geschlechts- und altersspezifische* Unterschiede: Während jüngere Frauen vorwiegend die Verpflichtung sehen, sind bei jüngeren Männern pragmatische Gründe ausschlaggebend. Im mittleren Alter (45 bis 64 Jahre) ist bei Frauen mangelndes Vertrauen in andere ein wichtiger Grund, dagegen stehen bei den Männern mittleren Alters soziale und/oder pragmatische Motive im Vordergrund. Finanzielle Aspekte sind insbesondere bei älteren Pflegenden von großer Bedeutung.⁵⁰⁸ Ehepaare übernehmen die Pflege des anderen aufgrund der Zuneigung und lebenslangen Gemeinsamkeiten selbstverständlicher als Kinder dies bei ihren Eltern tun.⁵⁰⁹

⁴⁹⁸ Mangels einschlägiger aktueller Untersuchungen in Österreich stützen wir uns hier vorwiegend auf Ergebnisse aus dem benachbarten Ausland.

⁴⁹⁹ HALSIG (1998).

⁵⁰⁰ BUIJSSEN (1996).

⁵⁰¹ REICHERT et al. (2002), S. 16 ff.

⁵⁰² BUIJSSEN (1996).

⁵⁰³ SCHULZ-NIESWANDT (1998).

⁵⁰⁴ GÖRRES (1998); HEJDA (2000).

⁵⁰⁵ FISCHER et al. (1995).

⁵⁰⁶ HALSIG (1998); KÄSLER-HEIDE (1998).

⁵⁰⁷ FUCHS (1999).

⁵⁰⁸ FUCHS (1999).

⁵⁰⁹ ADLER et al. (1996); BRUDER (1998).

Belastungen und Ressourcen pflegender Angehöriger

Die vorliegenden Untersuchungen verweisen durchgängig auf ein hohes Maß an Belastungen bei pflegenden Angehörigen. Laut der oben zitierten Studie des ÖBIG⁵¹⁰ fühlen sich mehr als zwei Drittel (70 Prozent) der privaten Hauptpflegepersonen von PflegegeldbezieherInnen bei ihrer Betreuungs- und Pflegearbeit „ab und zu“ bzw. „fast immer“ überlastet. Als psychisch belastend werden insbesondere die Verantwortung, die Überforderung und die Aussichtslosigkeit erlebt.

Die ständige Überlastung kann zu körperlichen und psychischen Erkrankungen, wie Burnout, führen. Eine Studie in den USA stellte fest, dass sich die Pflege auf die Lebenserwartung auswirkt: Das Sterblichkeitsrisiko ist bei pflegenden EhegattInnen (im Alter von 66 und 93 Jahren) um 63 Prozent höher als im Normalfall, wenn die Pflege als stressreich und belastend erlebt wird. Bei Entlastung durch Beratung und ambulante Dienste sinkt die Sterblichkeitsrate auf 8 Prozent.

Zu den *Belastungen pflegender Angehöriger* zählen vor allem:

- die Notwendigkeit ständiger Anwesenheit und der Anpassung des Tagesablaufs an die Pflegetätigkeit;
- die hohe körperliche und psychische Beanspruchung, die sich auf den Gesundheitszustand auswirkt;
- die ständige Konfrontation mit physischem und psychischem Abbau des/der Pflegebedürftigen sowie die Angst vor einer weiteren Verschlechterung;
- Verhaltensweisen des/der Pflegebedürftigen wie Klagen, Unzufriedenheit, Aggressivität, Passivität oder Niedergeschlagenheit;
- mangelnde Kommunikationsfähigkeit insbesondere bei geistig behinderten, psychisch veränderten und verwirrten Pflegebedürftigen;
- Harn- und/oder Stuhlinkontinenz;

- eine konflikthafte erlebte Beziehung bzw. fehlende Zuneigung zu dem/r Pflegebedürftigen/n;
- das Gefühl der Überforderung aufgrund der zahlreichen familiären Ansprüche;
- mangelnde Freizeit und soziale Kontakte aufgrund der zeitlichen Beanspruchung;
- mangelnde Anerkennung und Unterstützung durch die soziale Umwelt bzw. Konflikte mit Angehörigen wegen zu geringer Unterstützung;
- mangelnde Unterstützung durch mobile Dienste oder mangelnde Kooperation.⁵¹¹

Besonders belastend ist die Pflege von *Demenzkranken*: Über 84 Prozent der Personen, die Demenzkranke pflegen, geben an, zu wenig Zeit für die eigenen Interessen zu haben, ebenso viele sind der Ansicht, die Pflege koste sie sehr viel Kraft. Nahezu zwei Drittel (65 Prozent) fühlen sich körperlich erschöpft, 63 Prozent fühlen sich am Morgen unausgeschlafen. Über die Hälfte (57 Prozent) äußern den Wunsch, aus der Pflegesituation auszubrechen, ebenso viele (54 Prozent) berichten von Einbußen an Lebenszufriedenheit aufgrund der Pflege. Vor allem die Persönlichkeitsveränderungen der betreuten Person, das Nicht-Wiedererkennen der Pflegeperson führen meist zu großen seelischen Belastungen bei den betreuenden Angehörigen. Die Weglauftendenzen des/der Kranken erfordern eine ständige Anwesenheit. Der überwiegende Teil der Befragten (79 Prozent) verspürt große Traurigkeit über das Schicksal der/s Demenzkranken.⁵¹²

Das Ausmaß der Belastungen hängt auch vom *Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. Behinderung* ab. So fühlen sich Personen, die Pflegebedürftige mit hoher Pflegestufe, mit hohem wöchentlichen Betreuungsaufwand oder psychisch veränderte Pflegebedürftige betreuen und ihre Erwerbstätigkeit wegen der Übernahme der Pflege aufgegeben haben, besonders belastet.⁵¹³

Eine Rolle für das Ausmaß der Belastung spielt auch das *Alter der Pflegeperson und das verwandtschaftliche Verhältnis* zum/r Pflegebedürftigen.⁵¹⁴ So fällt es pflegenden Ehefrauen (vor allem wenn sie selbst bereits in einem fortgeschrittenen Alter sind und gesundheitliche Probleme haben) schwerer, die Pflegetätigkeiten aus-

⁵¹⁰ ÖBIG (2005).

⁵¹¹ REICHERT et al. (2002), S. 21 ff.

⁵¹² GRÄSSEL (1996).

⁵¹³ SCHNEEKLOTH, MÜLLER (2000).

⁵¹⁴ BRUDER (1998).

zuführen als pflegenden Töchtern oder Schwiegertöchtern.⁵¹⁵ Pflegende Ehefrauen sind außerdem (selbst bei hohem Ausmaß an Pflegebedürftigkeit) nur selten bereit, Hilfe durch andere Familienmitglieder oder soziale Dienste in Anspruch zu nehmen. Das Risiko, die Belastungsgrenzen zu überschreiten und selbst pflegebedürftig zu werden, ist daher bei ihnen besonders hoch.

Aber auch *jüngere Frauen*, die neben der Pflege der Eltern oder Schwiegereltern, eine eigene Familie und Kinder haben und darüber hinaus oft *erwerbstätig* sind, fühlen sich oft an der Grenze ihrer Belastbarkeit.⁵¹⁶ Abgesehen von den aufgrund der Pflege auftretenden persönlichen und familiären Problemen (soziale Isolation, gesundheitliche Einschränkungen, Konflikte innerhalb der Familie) leidet häufig auch die berufliche Tätigkeit (z. B. aufgrund nachlassender Leistungsfähigkeit) unter der Pflege.

Das Ausmaß der Belastung hängt unter anderem von der *Inanspruchnahme zusätzlicher Hilfe(n)* ab, wobei allerdings Angehörige der mittleren und oberen sozialen Schichten bzw. Einkommensklassen häufiger auf ergänzende oder unterstützende professionelle Dienste zurückgreifen (können) als Angehörige der unteren Sozial- und Einkommensschichten.⁵¹⁷ Männer sind aufgrund ihres Pflegeverständnisses eher bereit als Frauen, Aufgaben zu delegieren und private sowie professionelle Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.⁵¹⁸

Zu erwartende zukünftige Trends

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der zunehmenden Zahl älterer Menschen wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft weiter steigen, die Zahl der pflegenden Angehörigen eher sinken. Allein zwischen 2000 und 2002 ist österreichweit die Zahl der PflegegeldbezieherInnen bei den Frauen um rund 12.000 und bei den Männern um rund 8.000 gestiegen. Die höchsten Zuwächse waren in absoluten Zahlen in

den unteren Pflegegeldstufen zu verzeichnen, der prozentuelle Anstieg war allerdings (mit ca. 14 Prozent) bei den PflegegeldbezieherInnen der beiden höchsten Stufen am stärksten.⁵¹⁹ Allein aus demografischen Gründen (d. h. unter gleich bleibenden sonstigen Bedingungen) wird bis 2011 ein Ansteigen der PflegegeldbezieherInnen auf rund 400.000 erwartet.⁵²⁰

Demografische und soziale Entwicklungen (Abnahme der Zahl jüngerer Menschen, zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen, Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen, v. a. der verstärkte Trend zu Singlehaushalten und die geringere Heiratsneigung, etc.) lassen für die Zukunft einen drastischen Rückgang der informellen, unbezahlten Pflegeleistungen erwarten. Diese Vermutung wird auch durch Untersuchungen über die zukünftige Entwicklung der Bereitschaft zur informellen Pflege bestärkt,⁵²¹ wobei in städtischen Milieus generell von geringerer Bereitschaft zur informellen Pflege auszugehen ist.

In Zukunft vor allem in Wien vermehrt zum Tragen kommt die Pflege älterer MigrantInnen. Untersuchungen in Deutschland⁵²² verweisen auf eine überaus hohe Bereitschaft von Kindern älterer MigrantInnen, ihre Eltern zu pflegen (81 Prozent). Ähnliches gilt auch für die Übernahme der Pflege eines behinderten Kindes. Wie REINPRECHT⁵²³ aufgrund seiner Untersuchung von MigrantInnen in Wien feststellt, verfügen ältere MigrantInnen (insbesondere TürkInnen) im Vergleich zu österreichischen SeniorInnen über ein weitaus engmaschigeres und emotional belastbareres Netz an sozialen Beziehungen. Nur 6 Prozent der MigrantInnen (im Vergleich zu 12 Prozent der österreichischen SeniorInnen) sind isoliert und haben keine Kontakte (hauptsächlich allein lebende Frauen). Allerdings verliert auch bei MigrantInnen mit zunehmendem Alter das soziale Netzwerk an Größe, Festigkeit und emotionaler Dichte und beschränkt sich auf die engsten Familienmitglieder, was zur Verstärkung innerfamiliärer Ab-

⁵¹⁵ FISCHER et al. (1995).

⁵¹⁶ BRINK (2002); BOEGER, PICKARTZ (1998).

⁵¹⁷ MAYER, WAGNER (1996).

⁵¹⁸ REICHERT et al. (2002), S. 30.

⁵¹⁹ ÖBIG (2004), S. 17.

⁵²⁰ STADT WIEN (2003), S. 244.

⁵²¹ BLINKERT UND KLIE (2000).

⁵²² TÜSÜN (2002).

⁵²³ REINPRECHT (2000).

hängigkeiten und erhöhtem Konformitätsdruck führt. Dies birgt nicht nur die Gefahr, dass Integrationsbarrieren auf die nächste Generation übertragen werden und spezifische Lebensformen (wie etwa Doppelleben, Leben in zwei Kulturen) entstehen. Es ist daher auch bei MigrantInnen nicht als selbstverständlich anzusehen, „dass die Kinder (oder auch Enkelkinder) dieser ersten Generation die Eltern (oder Großeltern) im Alter versorgen oder pflegen“.⁵²⁴

Maßnahmen zur Erleichterung der Situation pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige stehen unter massivem Stress, eine Entlastung kann primär durch flexible mobile Dienste und finanzielle Unterstützung erreicht werden. Laut einer neuen Studie⁵²⁵ über pflegende Angehörige von PflegegeldbezieherInnen sind aus der Sicht der pflegenden Angehörigen folgende Verbesserungen im Pflegesystem notwendig: mehr Informationen über rechtliche, pflegerische und medizinische Angelegenheiten sowie eine zentrale Anlaufstelle und telefonische Hotline, eine Erhöhung des Pflegegeldes, größeres Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen, mobilen Diensten, Tagesbetreuungsstätten sowie die Schaffung von Nachtbetreuungsangeboten.

Beratung vor Übernahme der Pflege im Sinne einer Qualitätssicherung: Pflegende Angehörige übernehmen die Pflege häufig völlig unvorbereitet und haben oft wenig Ahnung, wie stark diese auf ihr tägliches Leben einwirkt.⁵²⁶ Der Mangel an Erfahrung und Wissen bezieht sich nicht nur auf die rechtlichen Rahmenbedingungen, Ansprüche, Antragsprozeduren, sondern auch auf Wohnraumadaptierungen, geeignete Pflegehilfsmittel und -materialien, Pflegetechniken, den Umgang mit persönlicher Überforderung, die Ansprechpartner für Belastungs- und Beziehungsfragen.

Eine ausführliche Beratung ist Voraussetzung für eine Erhöhung der Qualität der häuslichen Pflege. In diesem Zusammenhang ist auch der aufgrund der Studie „Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung“⁵²⁷ eingebrachte Vorschlag, die Auszahlung des Pflegegeldes an eine ausführliche Beratung zu knüpfen, zu prüfen. Da-

bei kann es sich um eine zugehende, nach Art der Behinderung bzw. Krankheit und Pflegegeldstufe differenzierte Beratung handeln. Aber auch im weiteren Verlauf der Pflege ist Qualitätssicherung bedeutsam.

Schnittstellenmanagement: Häufig tritt (vermehrte) Pflegebedürftigkeit nach Krankenhausaufenthalten auf. Ein wichtiges Moment ist in solchen Fällen die Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus. Die Zusammenarbeit des Krankenhauses mit allen Beteiligten (PatientInnen bzw. deren Angehörige, HausärztInnen, soziale Dienste, Selbsthilfegruppen, etc.) kann wesentlich dazu beitragen, den Einstieg in die Pflege zu erleichtern. Aus diesem Grunde wurde im Jahr 2002 das Modellprojekt „PatientInnenorientierte Krankenbetreuung – PIK“ initiiert, im Zuge dessen Maßnahmen zur Optimierung des Schnittstellenmanagements entwickelt wurden. Im Rahmen des seit dem Jahr 2005 laufenden Projekts „PIK-Transfer“, an dem während aller Projektphasen PatientInnen und Angehörige aktiv beteiligt waren, wird derzeit an der Umsetzung weiterer Initiativen zur strukturellen Weiterentwicklung des Wiener Gesundheits- und Sozialwesens gearbeitet. *(Eine detaillierte Darstellung der Modellprojekte findet sich in Kapitel 8.5.4.)*

Bereitstellung von Angeboten zur Entlastung: Dazu zählen u. a. breitenwirksame Angebote an Pflegehilfskursen, Pflegeberatung, Gesprächskreise pflegender Angehöriger, Bildung eines familiären „Pflegeteams“ und Aussprache zwischen den Beteiligten (Mediation), Begleitung in Krisensituationen, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtbetreuung. Um die noch immer bestehende Hemmschwelle, professionelle Hilfe anzunehmen, zu überwinden, müssen Pflegende informiert werden, dass sie sich Hilfe holen können und wo sie diese Beratungsangebote erhalten. Die Angebote sollen nicht nur zur Entlastung in körperlicher sondern auch in psychischer Hinsicht beitragen. Wichtig ist, dass die sozialen Dienste und Heime (etwa in den Bereichen Kurzzeitpflege, Betreuung am Wochenende, Betreuung am Abend) zu mehr Flexibilität befähigt werden. So sollte z. B. sicher gestellt sein, dass in den Sommermonaten Kurzzeitpflegeplätze, die es zwar in den Pflegeeinrichtungen gibt, auch ohne langfristige Anmeldung zur Verfügung stehen und auch bei kleinem Budget leistbar sind.

⁵²⁴ REINPRECHT (2000), S. 76.

⁵²⁵ ÖBIG (2005).

⁵²⁶ Zitiert nach ZENTAS (2000), S. 223.

⁵²⁷ ÖBIG (2004b).

Finanzielle Absicherung: Die Abgeltung der Leistungen der pflegenden Angehörigen bzw. deren ökonomische Absicherung durch sozialversicherungsrechtliche Maßnahmen ist ein weiterer wesentlicher Faktor für die Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft.⁵²⁸ Es gibt zwar die Möglichkeit einer begünstigten Weiterversicherung für bestimmte Anspruchsberechtigte in der Pensionsversicherung, allerdings sollte die sozialversicherungsrechtliche Absicherung für alle pflegenden Angehörigen gelten. Wichtig sind auch vermehrte Möglichkeiten zu flexibler Arbeitszeitgestaltung für pflegende Angehörige. Hingewiesen sei auch auf die regelmäßige Anpassung des Pflegegeldes an die Preissteigerungsraten sowie die stärkere Berücksichtigung von Menschen mit besonderem Pflegebedarf beim Pflegegeld (Demenz, behinderte Kinder).

Bereitstellung spezieller gesundheitsfördernder Maßnahmen: Dazu zählen Urlaubsangebote mit oder ohne pflegebedürftige Angehörige, Kuren, spezielle Maßnahmen vor Ort (z. B. Rückenschul- und Entspannungskurse, Erlernen von Bewältigungsstrategien [z. B. Yoga, autogenes Training]), die präventiv schützen und stabilisieren. Gerade hier ist auf Seiten der Gesundheitspolitik Nachholbedarf festzustellen.

Stärkere gesellschaftliche Anerkennung der familialen Pflegetätigkeit: Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit kann auf die Belastungen pflegender Angehöriger aufmerksam gemacht werden, aber auch auf die positiven Seiten einer Pflege. Dies könnte die Inanspruchnahme entlastender Angebote seitens der Pflegenden fördern. Das Gefühl, Anerkennung zu bekommen, wirkt sich positiv auf das Belastungsempfinden und die Lebenszufriedenheit aus.

Förderung der innerfamiliären Unterstützung und der Pflegebereitschaft von Männern: Die Verantwor-

tung für die Pflege und deren Durchführung darf nicht länger als „reine Frauensache“ angesehen werden. Die Männer sind aufgefordert einen gleichberechtigten Beitrag zu leisten. Das bedeutet aber auch, dass Frauen sich ihre Grenzen eingestehen und bereit sein müssen, Aufgaben abzugeben. Wichtig ist, dass sie lernen, die Unterstützung aktiv einzufordern. Elterliche und schulische Erziehung können einen wichtigen Beitrag zu vermehrter Beteiligung der Männer und so zu wirklicher Gleichberechtigung (wie in skandinavischen Ländern) leisten.

Verbesserungen im Bereich der Familienhospizkarenz: Ab 1. Juli 2002 besteht für ArbeitnehmerInnen die Möglichkeit, ihre sterbenden Angehörigen oder ihre schwerst erkrankten Kinder im Rahmen der Familienhospizkarenz für eine gewisse Dauer (bis maximal sechs Monate) zu begleiten. Sie können dazu ihre Arbeitszeit reduzieren oder sich karenzieren lassen. Während dieser Zeit sind die ArbeitnehmerInnen in der Kranken- und Pensionsversicherung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung abgesichert. In besonderen Härtefällen können diese Personen eine Zuwendung aus dem Familienhospizkarenz-Härteausgleich⁵²⁹ erhalten. Bisher nehmen allerdings nur wenige dieses Angebot in Anspruch. So waren es im Jahr 2003 österreichweit nur ca. 500 Personen, der Großteil davon Frauen. Der Grund für den geringen Zulauf dürfte zum einem an der fehlenden finanziellen Absicherung des Lebensunterhaltes der Pflegeperson während der Karenz, zum anderen an der Angst, den Job zu verlieren, liegen, auch wenn es einen Kündigungsschutz gibt. Abhilfe könnte hier eine Art Karenzgeld bzw. eine Abgeltung für die Einschränkung der beruflichen Tätigkeit bieten. Auch die fehlende Anrechnung längerer Karenzzeiten auf die Pensionsansprüche sowie die fehlende flächendeckende Versorgung mit mobilen palliativen Supportteams werden als Hindernisse für eine breite Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz genannt.⁵³⁰

⁵²⁸ ZENTAS (2000), S. 226.

⁵²⁹ <http://www.bmsg.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0142>

⁵³⁰ LANDAU (2004).

5.8 Gesundheitszustand und Gesundheitsrisiken älterer Frauen

Zusammenfassung

Ca. ein Viertel der Frauen in Wien ist 60 Jahre oder älter, jede zehnte Frau hat das 75. Lebensjahr erreicht. Der Frauenanteil nimmt in den höheren Altersgruppen stark zu. Charakteristisch neben der **Feminisierung des Alters** ist die **Singularisierung**, die wiederum insbesondere Frauen betrifft. Im Alter von 85 und mehr Jahren sind in Wien mehr als drei Viertel der Frauen verwitwet, jedoch nur ca. 40 Prozent der Männer. Entsprechend hoch ist der Anteil allein lebender älterer Frauen.

Die im Lebenslauf vorhandenen geschlechtsspezifischen Disparitäten setzen sich im Alter fort bzw. verstärken sich. Ältere Frauen sind im Vergleich zu älteren Männern in mehrfacher Hinsicht (Einkommen, Wohnverhältnisse, Freizeitgestaltung, familiäre Unterstützung, Gesundheitszustand, Bedarf an Hilfe und Pflege, etc.) benachteiligt, was sich in ihrer geringeren Lebenszufriedenheit niederschlägt.

Die höhere Lebenserwartung der Frauen hat ihren Preis: Chronische Erkrankungen und **Multimorbidität**, d. h. das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Erkrankungen sowie Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sind im Alter bei Frauen häufiger als bei Männern. Im Vordergrund unter den chronischen Krankheiten älterer Frauen stehen Krankheiten des Bewegungsapparats und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ältere Frauen erleiden deutlich häufiger Unfälle (insbesondere Heim- und Freizeitunfälle) als Männer. Hauptgefahr für ältere Frauen sind Stürze, die bei geriatrischen Patientinnen mit erheblichen Folgen, wie z. B. Sturzangst, Brüchen, Spitalsaufenthalten, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verbunden sind und zum Teil tödlich enden. Insbesondere bei allein stehenden Frauen ist das Sturzrisiko deutlich erhöht. Ebenso wie in der Gesamtbevölkerung sind auch im Alter Frauen und Männer insgesamt in ähnlichem Maße von **psychischen und Verhaltensstörungen** betroffen und auch im Alter finden sich bei bestimmten Diagnosen geschlechtsspezifische Ausprägungen.

Summary: State of health and health risks of elderly women

*Approximately one in four women in Vienna are 60 years or older, and one in ten are 75 or older. The share of women increases significantly in the older age groups. In addition to the **feminisation of ageing, singularisation** is characteristic of ageing today and also affects mainly women. More than 75 percent of Viennese women age 85 or older are widowed, but only approximately 40 percent of men. Consequently the proportion of elderly women living on their own is particularly high.*

The gender disparities visible all throughout life become more pronounced in high age. Elderly women are disadvantaged in multiple ways compared to men (income, living conditions, leisure activities, family support, state of health, need for assistance and nursing care, etc.), which leads to a lower satisfaction with their life.

*The higher life expectancy of women does not come without a price: Chronic illnesses and **multimorbidity**, i.e. the coexistence of several diseases, and the need for assistance and nursing care are more frequent in elderly women than men. The most frequent chronic diseases in elderly women are disorders of the locomotive system and cardiovascular diseases. Elderly women also have more accidents (in particular home and leisure accidents) than men. The main risk for elderly women is falling, which can have severe consequences for geriatric patients, e.g. fear of falling, fractures, hospital stays, need for assistance or nursing care, and can even be lethal. The risk of falling is significantly higher in women living on their own. **Mental and behavioural disorders** in elderly women and men are distributed similarly as in the population in general, and there are also notable gender differences in some disorders.*

Ältere Frauen leiden deutlich häufiger als Männer unter Depressionen und Angststörungen, ältere Männer dagegen haben häufiger psychische Störungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Ein hohes Ausmaß psychischer Beschwerden findet sich bei mehrfach benachteiligten älteren Frauen, wobei vor allem eine Kumulation von finanziellen, sozialen, gesundheitlichen Problemen, einschließlich kritischer Lebensereignisse, ins Gewicht fällt. Ein besonderes Gesundheitsrisiko, dem ältere und vor allem hochaltrige Frauen unterliegen, sind **Demenzerkrankungen**. Für diese Erkrankungen wird ein weiteres Ansteigen der Zahl der Betroffenen prognostiziert.

Anhand einer Reihe von Krankheiten, von denen ältere Menschen betroffen sind, lässt sich zeigen, dass **präventive Maßnahmen, Früherkennung und Rehabilitation** auch im Alter weiterhin wirksam sind.

Ältere Frauen sind deutlich häufiger als ältere Männer auf **Einrichtungen der Altenhilfe** angewiesen. Eine geschlechtssensible Qualitätssicherung in den Einrichtungen der Altenhilfe scheint daher besonders wichtig. Probleme, denen in Zukunft vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken sein werden, sind unter anderem die Medikation im Alter, Gewalt gegenüber älteren Menschen sowie der Umgang mit psychischen Problemen (z. B. Depression, Alkoholismus) älterer Menschen.

*Depression and anxiety disorders are far more frequent in elderly women than men, while elderly men are more frequently affected by mental disorders connected with alcohol consumption. A high amount of mental disorders can be found in multiply disadvantaged elderly women, in particular influenced by the accumulation of financial, social and health problems including critical life events. A particular health risk for elderly and very old women are **dementia disorders**. A further increase in dementia patients is expected.*

*Taking several diseases, which affect elderly persons as an example, it can be demonstrated that **preventive measures, early detection and rehabilitation** are also effective in high age.*

*Elderly women more frequently need the assistance of **geriatric care institutions**. A gender sensitive quality assurance in nursing care for the elderly is therefore particularly necessary. Issues that need to be addressed are among others medication in old age, violence against elderly people and the treatment of mental health problems (e.g. depression, alcoholism) in elderly people.*

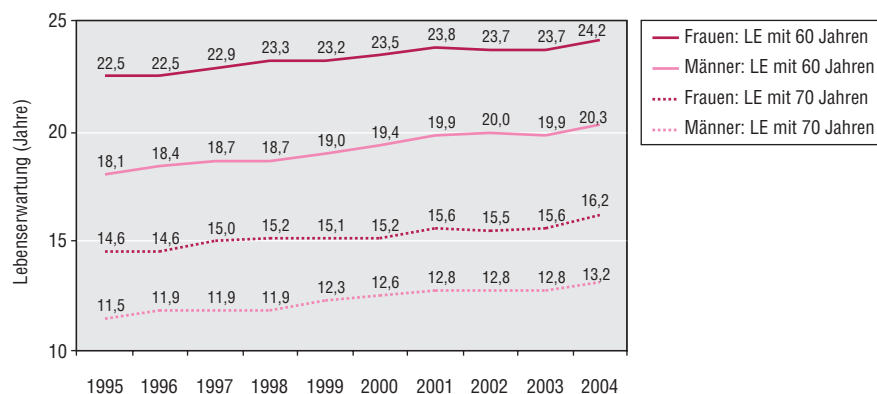
5.8.1 Demografische Gegebenheiten

Im Jahr 2004 (Jahresdurchschnitt) waren in Wien 215.829 Frauen und 142.016 Männer 60 Jahre oder älter. 90.633 Frauen und 39.344 Männer hatten ein Alter von 75 oder mehr Jahren. Ein Viertel der Frauen (25,5 Prozent) und knapp ein Fünftel der Männer (18,5 Prozent) in Wien ist 60 Jahre oder älter, jede zehnte Frau (10,7 Prozent) und jeder zwanzigste Mann (5,1 Prozent) ist 75 Jahre oder älter.

Charakteristisch für das höhere Alter ist die **Feminisierung**, wobei der Frauenanteil mit zunehmendem Alter deutlich steigt: Während unter den 60- bis 69-Jährigen 53,8 Prozent Frauen sind, beträgt der Frauenanteil unter den 70- bis 78-Jährigen 62,4 Prozent und steigt bei den 80-Jährigen und Älteren auf nahezu drei Viertel (73,7 Prozent). Ausschlaggebend dafür ist die **höhere Lebenserwartung** der Frauen.⁵³¹ In Wien hatten im Jahr 2004 im Alter von 60 Jahren Frauen mit 24,2 Jahren, Männer jedoch nur mehr mit 20,3 Jahren zu rechnen. Mit 70 Jahren hatten Frauen im Durchschnitt noch 16,2 Jahre, Männer jedoch lediglich 13,2 Jahre vor sich.

⁵³¹ Vgl. dazu die Ausführungen im Abschnitt 4.1.

Grafik 5.29: Lebenserwartung mit 60 und 70 Jahren in Wien 1995 bis 2004 nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.

Ein weiterer Aspekt des höheren Alters, der insbesondere Frauen trifft, ist die zunehmende **Singularisierung**: Der Anteil der Verwitweten und allein Lebenden ist bei den älteren Frauen deutlich höher als bei den älteren Männern und nimmt bei den Frauen im höheren Alter stärker als bei den Männern zu. Während nach den Ergebnissen der Volkszählung 2001 in Wien im Alter von 65 bis 74 Jahren noch 45,5 Prozent der Frauen und 77,0 Prozent der Männer verheiratet sind, sind es im Alter von 75 bis 84 Jahren nur mehr etwa ein Viertel der Frauen (24,3 Prozent), jedoch 72,2 Prozent der Männer. Im Alter von 85 und mehr Jahren sind nur mehr 7,1 Prozent der Frauen, aber mehr als die Hälfte der Männer (50,9 Prozent) verheiratet. Parallel dazu steigt der Anteil der Verwitweten bei den Frauen erheblich stärker. So sind z. B. im Alter von 85 und mehr Jahren mehr als drei Viertel der Frauen (78,0 Prozent) verwitwet, aber lediglich 41,5 Prozent der Männer.⁵³² Entsprechend hoch ist auch die Zahl der Ein-Personenhaushalte bei den älteren Frauen in Wien. Im Jahr 2003 entfielen in Wien 28,4 Prozent der Ein-Personenhaushalte von Frauen auf 75-Jährige und Ältere, dagegen entfielen von den Ein-Personenhaushalten der Männer nur 6,5 Prozent auf Männer ab 75 Jahren.⁵³³

Ältere Frauen leben nicht nur häufiger allein, sie sind auch öfter von Altersarmut betroffen als Männer. In Wien war im Jahr 2001 das durchschnittliche Jahres-

nettoeinkommen der Pensionistinnen um 28,4 Prozent niedriger als jenes der Pensionisten. 10 Prozent der Pensionistinnen hatten lediglich 5.156 Euro Jahresnettoeinkommen. Bei den Männern belief sich das niedrigste Einkommensdezil auf 8.287 Euro.⁵³⁴ Eine ungünstige Einkommenssituation wirkt sich negativ auf die gesamte Lebenssituation aus, sowohl was die Wohnsituation, die Ernährung, den Gesundheitszustand als auch die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und vieles andere mehr betrifft.

5.8.2 Gesundes Älterwerden

Gesundes Älterwerden ist für Frauen und Männer nicht nur eine Frage der körperlichen und seelischen Gesundheit, sondern es handelt sich dabei um einen komplexen, mehrdimensionalen Prozess, der neben gesundheitlichem Wohlbefinden und gesundheitsbewusstem Verhalten vor allem die selbständige, selbstverantwortliche und sinnerfüllte Lebensgestaltung⁵³⁵ mit einschließt. Die Weltgesundheitsorganisation hat sich daher mit ihrem Programm „**Aktiv Altern**“ zum Ziel gesetzt, durch Förderung der aktiven und selbständigen Lebensführung älterer Menschen zur Verbesserung ihrer Lebensqualität beizutragen. Die/der Einzelne kann, ebenso wie die Gesellschaft, viel dazu beitragen, dass Menschen im Alter möglichst lange fit und gesund bleiben. Eine gesunde Lebensweise, das Sich-

⁵³² STATISTIK AUSTRIA, Volkszählung 2001; eigene Berechnungen.

⁵³³ STATISTIK AUSTRIA (2005b), S. 259; eigene Berechnungen.

⁵³⁴ STATISTIK AUSTRIA; zitiert nach STADT WIEN (2003a), S. 222.

⁵³⁵ Vgl. dazu die Ottawa-Erklärung der WHO (1986).

Einbringen in Familie und Gesellschaft und ein den älteren Menschen unterstützendes Umfeld tragen wesentlich zum Wohlbefinden im Alter bei. Einerseits sind dies gute Voraussetzungen für ein aktives Altern, andererseits bietet aktive Lebensführung die besten Chancen für ein Leben in Gesundheit. Es ist daher wichtig, dass ältere Menschen auch Gelegenheit bekommen, aktiv zu bleiben.

Die aktive Teilnahme älterer Menschen am Leben der Gemeinschaft ist nicht nur Selbstzweck, sondern auch von gesamtgesellschaftlichem Nutzen. Ältere Menschen, insbesondere Frauen, leisten seit jeher in hohem Maße einen wichtigen Beitrag (Hilfe für Kinder, Enkelkinder, Pflege von nahen Angehörigen oder Freunden, freiwillige Tätigkeiten in Vereinen, Organisationen, etc.). Obwohl die Volkswirtschaften auf die Leistungen älterer Menschen angewiesen sind, werden sie bisher jedoch kaum in der Aufschlüsselung des Bruttosozialprodukts berücksichtigt. Dies führt dazu, dass der Beitrag der älteren Menschen für die Gemeinschaft häufig unterschätzt und übersehen wird.

Das WHO-Programm „Aktiv Altern“ unterstützt eine Politikentwicklung, welche die Bemühungen zu aktivem Leben im Alter fördert und so versucht, die alters-

bedingte Krankheitslast, einschließlich der damit verbundenen Kosten, zu verringern. Im Rahmen des WHO-Programms „Aktiv Altern“ werden Beispiele für den Erfolg und das Scheitern politischer Initiativen zur Unterstützung aktiven und gesunden Alterns gesammelt und die Länder bei der Entwicklung von Maßnahmen unterstützt, wobei vor allem auch die Beseitigung der Altersarmut, die insbesondere Frauen trifft, ein wichtiges Anliegen ist.

Das Programm „**Gesunde Städte und städtische Gesundheitspolitik**“ des WHO Centre for Urban Health, setzt sich für gesundes Älterwerden in den Städten ein. Im Rahmen dieses Programms wurde ein Profil der Gesundheit und der Lebensbedingungen älterer Menschen in Wien (Wiener Healthy Ageing Profile) erstellt, das ein Instrument der Gesundheitsplanung, des Monitorings von Veränderungen und der Verantwortlichkeit für die Gesundheit der älteren Bevölkerung darstellt.⁵³⁶ Besonderes Augenmerk gilt hier auch geschlechtsspezifischen Aspekten des Alterns und der Gesundheit.

Eine Betrachtung der Gesundheit im Alter hat von einem erweiterten Gesundheitsverständnis auszugehen, das folgende Aspekte umfasst:

Tabelle 5.35: Aspekte eines erweiterten Gesundheitsverständnisses

Körperliche und seelische Erkrankungen
Körperliches und seelisches Wohlbefinden
Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit
Erhaltene Aktivität im Sinne der Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben
Selbständigkeit im Alter
Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung
Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen
Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger sozialer Beziehungen
Fähigkeit zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten
Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibender Einschränkungen und Verluste
Fähigkeit zur Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste

Quelle: KRUSE (1999).

Gesundes Altern beinhaltet unter anderem auch die Fähigkeit, mit neuen Anforderungen (Belastungen, Konflikten, vermehrt auftretenden chronischen Erkrankungen, etc.) umzugehen und zu leben und trotz vorhande-

ner gesundheitlicher Belastungen ein zufriedenes und sinnerfülltes Leben führen zu können.⁵³⁷ Neben *personalen Faktoren* (Bildung, Einkommen, Wohnsituation, Ressourcen und Belastungen, Gesundheitsverhalten,

⁵³⁶ STADT WIEN (2005).

⁵³⁷ KRUSE et al. (2002), S. 11.

körperliche und geistige Aktivität, Einstellungen, Erkrankungen in früheren Lebensjahren, etc.) spielen auch *gesellschaftliche, ökologische und infrastrukturelle Bedingungen* für die Gesundheit im Alter eine Rolle. Besondere Bedeutung kommt der medizinischen und rehabilitativen Versorgung zu.

Geschlechtsspezifische Ausprägungen der Lebensqualität im Alter

Mit steigender Lebenserwartung gewinnen Fragen der Lebensqualität im Alter an Bedeutung. Die Weltgesundheitsorganisation versteht unter Lebensqualität „die Wahrnehmung der eigenen Rolle im Kontext des die alternde Person umgebenden Kultur- und Wertsystems unter Berücksichtigung ihrer Ziele, Erwartungen, Werte und Sorgen. Dieses Konzept ist weit gespannt und umfasst in komplexer Weise die körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, das Maß an Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen, das persönliche Wertsystem und die Beziehung zu wichtigen Aspekten des Umfelds.“⁵³⁸

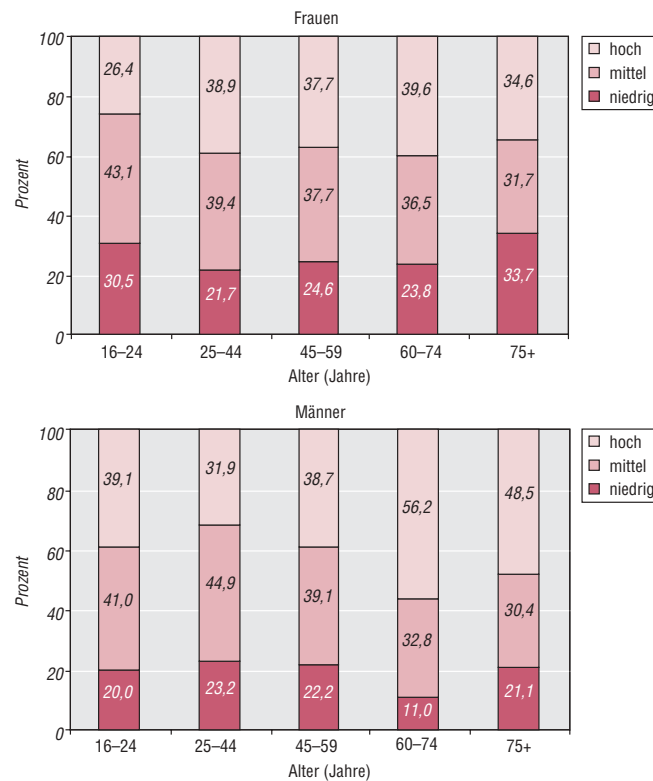
Es zeigt sich, dass Lebensbereiche wie Arbeit, beruflicher Erfolg, politischer Einfluss, etc. älteren Menschen in der Regel weniger wichtig sind als jüngeren, dagegen nehmen die körperliche und seelische Gesundheit, die geistige Leistungsfähigkeit, die Fähigkeit, die eigene Autonomie und Unabhängigkeit zu wahren, die Kontrolle über die eigene Lebenssituation, die sozialen Kontakte zu Familie und Freunden, die materielle Lage, die Ausstattung der Wohnung, der Schutz vor Kriminalität, die Möglichkeiten zur Mobilität sowie die medizinische und soziale Betreuung bei älteren Menschen besonderen Stellenwert ein und erfordern entsprechende Aufmerksamkeit.⁵³⁹

Ein Ausdruck der Lebensqualität im Alter ist die Lebenszufriedenheit. Generell sind ältere Frauen mit ihrem Leben weniger zufrieden als ältere Männer. Während nach der Pensionierung (etwa im Alter von 60 bis 74 Jahren) die Lebenszufriedenheit bei Frauen und (Männern) sogar etwas steigt, sind im höheren Alter (etwa ab 75 Jahren) bei beiden Geschlechtern merkbare Einbußen an Lebenszufriedenheit zu verzeichnen. Im höheren Alter sind etwas mehr als ein Drittel der Frauen, aber nahezu die Hälfte der Männer in Wien mit ihrem Leben hoch zufrieden.

⁵³⁸ WHO (1994); zitiert nach WHO (2002), S. 13.

⁵³⁹ HECKHAUSEN, SCHULZ (1995).

Grafik 5.30: Lebenszufriedenheit (Index)* in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Personen in Privathaushalten ab 16 Jahren.

* Der Index der generellen Lebenszufriedenheit umfasst die Zufriedenheit mit folgenden Bereichen: Gesundheit, familiäre Situation, Beziehungen zu Nachbarn, Freunden und Bekannten, finanzielle Situation, Leben allgemein.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Die gerontologische Forschung spricht in diesem Zusammenhang vom „Paradox der Lebenszufriedenheit im hohen Alter“.⁵⁴⁰ Damit ist gemeint, dass die Lebenszufriedenheit im Alter trotz zunehmender Verlusterfahrungen relativ stabil bleibt. Und zwar wird vermutet, dass innerpsychische Mechanismen dazu beitragen, die Integrität des subjektiven Wohlbefindens alternder Menschen zu schützen. Die hohe „Resilienz“ (Widerstandsfähigkeit) alter und selbst hochaltriger Menschen, d. h. die Fähigkeit, sich trotz widriger Lebensumstände Zufriedenheit und eine positive Lebenseinstellung zu bewahren, gilt als bedeutsames Potenzial des Alters.

Frauen sind sowohl aufgrund ihrer schlechteren Ausgangssituation als auch aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung stärker mit Problemen und Herausforderun-

gen des Alterns konfrontiert als Männer. Dies erklärt auch ihre geringere Lebenszufriedenheit. Die gerontologische Forschung verweist in diesem Zusammenhang auf die **soziale Ungleichheit im Lebenslauf und seine geschlechtsspezifische Dimension**: Die durch gesellschaftliche Rollenzuschreibungen und die Sozialisation bedingten Ungleichheiten durchdringen alle Lebensphasen und werden im Alter verstärkt. Sie führen bei den Frauen zu einer Kumulation (d. h. einem Zusammentreffen) von Benachteiligungen und Problemen sowohl in gesundheitlicher, sozialer als auch finanzieller Hinsicht.⁵⁴¹ Auch die gesellschaftlichen Veränderungen und der Strukturwandel des Alters zeigen ihre negativen Begleiterscheinungen und Konsequenzen vermehrt bei Frauen.⁵⁴² Frauen sind im Alter mit mehr grundlegenden Veränderungen bzw. Verlusten lebensbestimmen-

⁵⁴⁰ STAUDINGER (2000).

⁵⁴¹ HÖPFLINGER et al. (1994).

⁵⁴² BACKES (1994).

der Aufgaben und Beziehungen konfrontiert, altersrelevante Einschnitte konzentrieren sich bei ihnen auf einen längeren Zeitraum als bei den Männern. Während bei den Männern die Beendigung der Erwerbsarbeit und die damit verbundene Neubestimmung von Inhalten und Zielen sowie die Bewältigung des Angewiesenseins auf Unterstützung durch andere, in der Regel durch die Partnerin, die zentralen Themen sind, sind für Frauen zusätzliche Veränderungen und Verluste charakteristisch. Neben dem Auszug der Kinder, dem Ende der eigenen Berufstätigkeit bzw. jener des Partners sind ältere Frauen auch häufig mit der Übernahme neuer familiärer Aufgaben (Betreuung der Enkelkinder, Pflege kranker und/oder alter Familienmitglieder, meist hochbetagter Eltern, Schwiegereltern und später des Partners, etc.) konfrontiert. Im höheren Alter stehen bei den Frauen die Bewältigung des Partnerverlustes und des Allein-Weiterlebens, Fragen der Hilfe durch die eigenen Kinder und/oder professionelle Kräfte bzw. des Umzugs in ein Alten- und Pflegeheim im Vordergrund.⁵⁴³ Insgesamt ist die Lebenslage älterer Frauen von stärkeren Einschränkungen als jene der Männer bestimmt. Die in früheren Lebensphasen angelegten geschlechtsspezifischen Disparitäten setzen sich im Alter fort und spitzen sich meist im hohen Alter zu. Die Befunde zu Familienstand, Haushaltstyp, Wohnbedingungen, Bildungsstand, Einkommen und Vermögen, Gesundheit und

Pflegebedarf zeigen, dass das Altern bei Frauen mit größeren materiellen, sozialen und gesundheitlichen Risiken verbunden ist als bei Männern.⁵⁴⁴ Laut Berliner Altersstudie wirken sich die subjektiven Bewertungen von Einkommen und Vermögen, der Gesundheit, des sozialen Netzwerks sowie der Freizeitaktivitäten am stärksten auf die Lebenszufriedenheit bzw. die Lebensqualität älterer Menschen aus.⁵⁴⁵

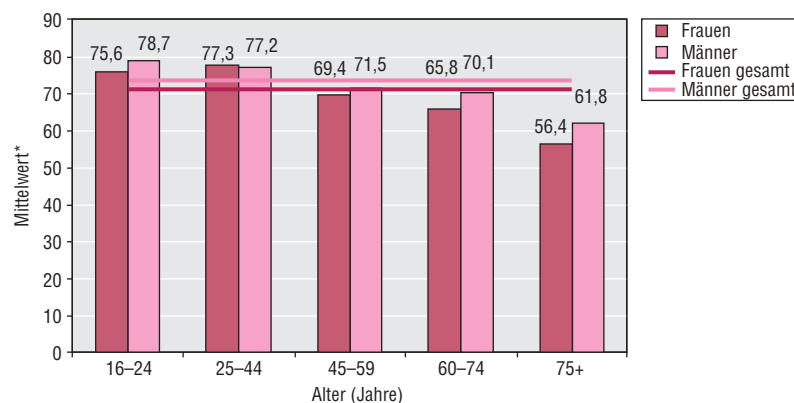
5.8.3 Körperliche Gesundheitsrisiken

Auch bei einem erweiterten Gesundheitsverständnis gilt das Vorhandensein körperlicher Erkrankungen als wichtige Determinante für den Gesundheitszustand.

Selbst berichtete Morbidität

Ein wichtiger Maßstab zur Beurteilung der Gesundheit älterer Menschen ist die **Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes**. Insgesamt beurteilen Frauen ihren Gesundheitszustand etwas negativer als Männer. Sowohl bei den Frauen als auch den Männern verschlechtert sich die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes mit zunehmendem Alter. Bei den Frauen ist die Abnahme ausgeprägter als bei den Männern, während sich im jüngeren Alter keine ausgeprägte Geschlechterdifferenz zeigt.

Grafik 5.31: Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Eigenangaben; Personen in Privathaushalten ab 16 Jahren.

* Skala von 0 bis 100: 0 bezeichnet den „denkbar schlechtesten Zustand“, 100 den „denkbar besten Zustand“.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 178.

⁵⁴³ BACKES (1994).

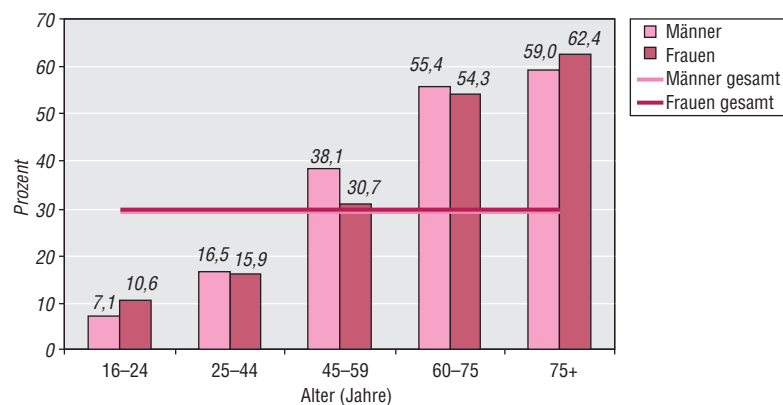
⁵⁴⁴ KRUSE (2002).

⁵⁴⁵ MAYER, BALTES (1996).

Trotz der im Alter vermehrt vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen, sollte nicht übersehen werden, dass es unter den älteren Menschen, selbst unter Hochaltrigen, große Unterschiede im gesundheitlichen Befinden gibt. Festzustellen sind außerdem, wie der Vergleich der Ergebnisse des Mikrozensus 1991 mit jenen des Jahres 1999 zeigt, deutliche Verbesserungen im gesundheitlichen Befinden älterer Menschen, insbesondere den Frauen. So ist etwa seit 1991 bei den Frauen im Alter von 75 und mehr Jahren der Anteil jener mit „sehr guter“ oder „guter“ Gesundheit von 28,6 Prozent auf 50,5 Prozent gestiegen. Bei den Männern fiel der Anstieg etwas geringer aus, bei ihnen war in dieser Altersgruppe ein Anstieg von 35,0 Prozent auf 50,3 Prozent zu beobachten.⁵⁴⁶

Charakteristisch für den Gesundheitszustand älterer Menschen ist das Vorhandensein **chronischer Erkrankungen**, wobei die Betroffenheit mit zunehmendem Alter steigt. Ältere Frauen leiden häufiger unter chronischen Krankheiten als ältere Männer. Nach Eigenangaben sind in Wien von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung ab 16 Jahren 29,3 Prozent der Männer und 29,7 Prozent der Frauen chronisch krank. Von den 60- bis 75-Jährigen haben 55,4 Prozent der Männer und 54,3 Prozent der Frauen eine (oder auch mehrere) chronische Krankheit(ein), von den 75-Jährigen und Älteren bereits 59,0 Prozent der Männer und 62,4 Prozent der Frauen.

Grafik 5.32: Chronische Erkrankungen in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Personen ab 16 Jahren in Privathaushalten, Eigenangaben.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2004), S. 89.

Bei älteren Menschen ist die Prävalenz bei den meisten Krankheitsgruppen höher als bei jüngeren Erwachsenen. Die häufigsten körperlichen Erkrankungen sind (wie die Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 zeigen) bei den Frauen ab 60 Jahren die Erkrankungen des Bewegungsapparats, gefolgt von

Krankheiten des Kreislaufsystems, des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Bei den 60-jährigen und älteren Männern dagegen sind Krankheiten des Kreislaufsystems am häufigsten, gefolgt von Krankheiten des Bewegungsapparats.

⁵⁴⁶ STADT WIEN (2002), S. 87 f.

Tabelle 5.36: Häufigste Krankheitsgruppen bei 60-Jährigen und Älteren in Wien 2001 nach Geschlecht

Personen im Alter von 60 und mehr Jahren			
Frauen		Männer	
Krankheitsgruppe	Prozent*	Krankheitsgruppe	Prozent*
Bewegungsapparat	27,8	Kreislaufsystem	20,8
Kreislaufsystem	15,2	Bewegungsapparat	17,4
Nervensystem/Sinnesorgane	9,6	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	9,2
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	8,8	Nervensystem/Sinnesorgane	7,5
Atmungsorgane	6,5	Atmungsorgane	6,4
Verdauungsorgane	6,2	Verdauungsorgane	6,3
Verletzungen/Vergiftungen	4,9	Verletzungen/Vergiftungen	4,9
Neoplasien	2,0	Neoplasien	3,7
Urogenitalorgane	1,5	sonstige	2,9

Personen in Privathaushalten.

* Betroffene in Prozent, Eigenangaben.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 197 ff.

Die häufigste chronische Erkrankung bei älteren Frauen und Männern ist (laut Mikrozensus 1999) der erhöhte Blutdruck. Während bei den Männern die Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen am häufigsten betroffen ist, steigt bei den Frauen der Anteil der Betroffenen mit zunehmendem Alter. Am zweithäufigsten sind (bei beiden Geschlechtern) im Alter von 45 bis 74 Jahren Schäden an der Wirbelsäule, im Alter von 75

und mehr Jahren Herzerkrankungen. Eine wichtige Rolle im Krankheitsspektrum älterer Menschen spielen des Weiteren Gelenkerkrankungen an Hüfte und Bein sowie die Zuckerkrankheit. Auch Augenkrankheiten werden mit zunehmendem Alter häufiger. Bei den Männern finden sich im höheren Alter (zurückzuführen auf das häufigere Rauchen) vermehrt auch Lungenerkrankungen.

Tabelle 5.37: Häufigste chronische Erkrankungen in Wien 1999 ausgewählter Altersgruppen nach Geschlecht

45 bis 59 Jahre		60 bis 74 Jahre		75 und mehr Jahre	
Art der Erkrankung*	%	Art der Erkrankung*	%	Art der Erkrankung*	%
Frauen					
erhöhter Blutdruck	9,6	erhöhter Blutdruck	14,4	erhöhter Blutdruck	16,3
Schäden an der Wirbelsäule	9,1	Schäden an der Wirbelsäule	12,8	andere Herzerkrankungen	9,9
Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	5,1	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	8,5	Schäden an der Wirbelsäule	9,7
niedriger Blutdruck	4,9	Zuckerkrankheit	6,4	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	9,5
Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	4,3	andere Herzerkrankungen	6,1	Zuckerkrankheit	6,5
sonstige chronische Krankheiten	3,3	Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	4,9	Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	5,2
Venenentz.,-thrombose, Krampfadern	2,9	Gelenksrheumatismus	4,8	Gelenksrheumatismus	5,1
Hautallergien	2,8	Gefäßstörungen an den Beinen	4,7	Augenkrankheiten	4,6
Männer					
erhöhter Blutdruck	8,9	erhöhter Blutdruck	20,6	erhöhter Blutdruck	15,1
Schäden an der Wirbelsäule	8,5	Schäden an der Wirbelsäule	9,7	andere Herzerkrankungen	11,7
Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	3,9	Zuckerkrankheit	7,4	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	7,9
Zuckerkrankheit	3,1	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	6,2	Zuckerkrankheit	6,9
Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	2,9	andere Herzerkrankungen	6,1	Schäden an der Wirbelsäule	6,2
sonstige chronische Krankheiten	2,5	Augenkrankheiten	3,3	Augenkrankheiten	4,8
andere Herzerkrankungen	2,2	Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	3,0	Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	4,4
andere Magenkrankheiten (Gastritis)	2,1	Lungenasthma	2,9	Lungenasthma	4,0

Personen in Privathaushalten, Eigenangaben.

* Sortiert nach den häufigsten im Mikrozensus erfassten chronischen Erkrankungen. Krebserkrankungen finden sich unter den sonstigen Erkrankungen.

Quelle: Mikrozensus 1999; zitiert nach STADT WIEN (2004), S. 93 f.; eigene Berechnungen.

Unfälle und Stürze im Alter

Siehe auch: Abschnitt „Osteoporose“ (Kapitel 5.8.8).

Unfälle im Alter haben erhebliche individuelle und volksgesundheitliche Folgen, wobei doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen sind. Im Jahr 2004 wurden in Wien insgesamt 112.300 Unfälle registriert, wobei das altersspezifische Unfallrisiko (Unfälle je 1.000 Personen bestimmten Alters) im Alter stark steigt. Mehr als die Hälfte der in Wien registrierten Unfälle (65.400 bzw. 58,2 Prozent) waren Heim- und Freizeitunfälle. Besonders hoch ist der Anteil der Heim- und Freizeitunfälle unter

der älteren Bevölkerung. Der überwiegende Teil der Heim- und Freizeitunfälle älterer Menschen ereignet sich in der Wohnung (beim Gehen bzw. Laufen).⁵⁴⁷

Hauptgefahr für SeniorInnen sind Stürze, d. h. ungewolltes zu Boden gehen ohne äußere Ursache. Im Vordergrund steht dabei der Sturz auf gleicher Ebene (also Stolpern, Ausrutschen, etc.). Nach vorliegenden Studien stürzen fast ein Drittel der 65-Jährigen und Älteren sowie die Hälfte der 80-Jährigen und Älteren mindestens einmal pro Jahr, und zwar Frauen häufiger als Männer. Insbesondere bei allein stehenden Frauen ist das Sturzrisiko deutlich erhöht.⁵⁴⁸

⁵⁴⁷ INSTITUT SICHER LEBEN (2005).

⁵⁴⁸ TROMP et al. (1998); LORD et al. (2001); BMFSFJ (2002), S. 159.

Sturzursachen und Risikofaktoren

Über 90 Prozent der Stürze älterer Menschen sind multifaktoriell bedingt, d. h. nicht auf eine einzelne Ursache bzw. einen einzelnen Risikofaktor zurückzuführen, sondern eine Folge von komplexen Interaktionen zwischen einem nicht mehr zu optimalen Reaktionen fähigen Organismus und der Umgebung.⁵⁴⁹ Stolpert ein junger Mensch z. B. über eine Stufe, führt dies meist nicht zu einem Sturz. Bei älteren Menschen, insbesondere Hochbetagten, deren Reaktionsvermögen sowie deren Abstütz- und Abwehrreflexe nicht nur durch die Folgen des Alterungsprozesses, sondern häufig auch durch Krankheiten eingeschränkt sind, ist in solchen Situationen die Wahrscheinlichkeit von Stürzen und damit verbundenen Verletzungen sehr hoch.

Das Sturzrisiko steigt mit der *Zahl der Risikofaktoren*.⁵⁵⁰ Während bei zu Hause lebenden Betagten, für die kein Risikofaktor vorlag, eine jährliche Sturzinzidenz von 27 Prozent ermittelt wurde, betrug sie z. B. bei jenen, für die vier oder mehr Risikofaktoren gefunden wurden, 78 Prozent.⁵⁵¹

Unterschieden werden **drei Gruppen von Risikofaktoren**, deren Zusammenwirken das Sturzrisiko erhöht, nämlich intrinsische, extrinsische und Verhaltensfaktoren.

- Unter *intrinsischen Faktoren* werden physiologische und krankheitsbedingte Veränderungen wie z. B. Balance-Defizite, kognitive und sensorische Defizite, etc. verstanden. Auf der Basis vorliegender Studien lassen sich die **intrinsischen Sturzrisiken** für ältere Menschen folgendermaßen zusammenfassen und bewerten:

Tabelle 5.38: Intrinsische Sturzrisikofaktoren

Risikofaktor	Sign./Total*	Mittl. RR/OR**	Konfidenzintervall
muskuläre Schwäche	10/11	4.4	1.5–10.3
Stürze in Anamnese	12/13	3.0	1.7–7.0
Gangstörung	10/12	2.9	1.3–5.6
Gleichgewichtsstörung	8/11	2.9	1.6–5.4
Benützung von Gehhilfen	8/8	2.6	1.2–4.6
Sehstörung	6/12	2.5	1.6–3.5
Arthrose	3/7	2.4	1.9–2.9
ADL-Defizite***	8/9	2.3	1.5–3.1
Depression	3/6	2.2	1.7–2.5
kognitive Einschränkung	4/11	1.8	1.0–2.3
Alter>80 Jahre	5/8	1.7	1.1–2.5

* Anzahl der Studien mit signifikantem Resultat/Gesamtzahl der Studien zu diesem Faktor.

** Relatives Risiko (RR) für prospektive und Odds Ratio (OR) für retrospektive Studien. Odds Ratio (OR, Chancenverhältnis) bezeichnet das Verhältnis (Ratio) der Chance/des Risikos (Odds), dass ein Ereignis oder Endpunkt in der experimentellen Gruppe eintritt, zu der Chance/dem Risiko, dass das Ereignis in der Kontrollgruppe eintritt. Eine OR von 1 bedeutet, dass zwischen den Vergleichsgruppen kein Unterschied besteht. Bei ungünstigen Endpunkten zeigt eine OR <1, dass die experimentelle Intervention wirksam ist, um das Risiko für das Auftreten dieser ungünstigen Endpunkte zu senken.

*** ADL (activities of daily living) = Aktivitäten des täglichen Lebens.

Quelle: American Geriatric Society (2001); zitiert nach GROB (2004), S. 17.

Gut belegte *intrinsische Risikofaktoren* für Stürze sind muskuläre Schwäche, Instabilitäten beim Stehen und Gehen, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Atemnot,

schlechtes Sehvermögen, Abnahme des Tastempfindens, Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, vorangegangene Stürze, ein vorangegan-

⁵⁴⁹ GROB (2004), S. 16.

⁵⁵⁰ TINETTI (1997); NEVITT (1991).

⁵⁵¹ TINETTI (1997).

gener Schlaganfall, eine Parkinson'sche Erkrankung, Arthrose, kognitive Defizite (Demenz) und Inkontinenz. Daneben sind auch Aspekte der psychosozialen Befindlichkeit, wie z. B. geringe Lebenszufriedenheit, geringes seelisches Wohlbefinden, fehlende Zukunftsorientierung, Depressionen bzw. depressive Verstimmung, Verlusterlebnisse (z. B. Tod eines nahen Angehörigen), das Gefühl geringer sozialer Unterstützung, Einsamkeit und Mangel an sozialen Kontakten, mangelndes Interesse an der Umwelt und niedriges soziokulturelles Aktivitätsniveau sind häufig mit dem Sturzgeschehen im Alter assoziiert.

- *Extrinsische Faktoren* beziehen sich auf die Beschaffenheit der Wohnung und der Wohnumgebung, z. B. schlechte Beleuchtung, glatte Bodenbeläge, nicht markierte Stufen, unbefestigte Teppiche, freilaufende Kabel, unpassende Schuhe, schlecht geputzte Brille, Schnee und Glatteis, etc. Eine Studie des Institutes „Sicher Leben“ zeigt, dass an etwa 80 Prozent der Stürze von SeniorInnen *externe Umstände* mitbeteiligt sind. Wohnung und Wohnumfeld können sich im Alter zur unüberwindbaren Hürde entwickeln, vor allem so genannte „Stolperfallen“ spielen eine große Rolle. Das falsche Abschätzen des Treppennendes lässt ältere Menschen häufig über die letzte Stufe stolpern oder stürzen. Handläufe gehen meist nicht über das Treppennende hinaus. Schlechte Beleuchtung, instabile oder fehlende Treppengeländer, glatte Fußböden in Küche und Bad, glatte Bädewannen, rutschende oder aufstehende Teppiche, herumliegende Kabel, zu hoch angebrachte Regale, nicht rutschfestes Schuhwerk, etc. erhöhen die Unfallgefahr. Es ist daher besonders wichtig, Gefahrenquellen in der Wohnung (wie rutschende Teppiche, Stufen ohne Handlauf, Badezimmer ohne Haltegriffe, mangelnde Beleuchtung, etc.) auszuforschen und zu beseitigen und die Wohnung altersgerecht zu gestalten.

- Eine wichtige Rolle spielen beim Sturzgeschehen *Verhaltensfaktoren*, wie z. B. risikoreiches, den jeweiligen körperlichen Fähigkeiten und Ressourcen nicht angepasstes Verhalten, mangelndes Training, Bewegungsarmut, etc.
- *Medikamente* nehmen eine gewisse Sonderstellung ein: Da sie dem Körper von außen zugeführt werden, sind sie extrinsische Faktoren, sie erhalten jedoch ihre Bedeutung für das Sturzgeschehen erst im Zusammenwirken mit intrinsischen. Medikamente können sich je nach individueller Konstitution unterschiedlich auswirken. Zu beachten sind auch die Nebenwirkungen von Medikamenten.⁵⁵² Insbesondere Sedativa, Muskelrelaxantien, Antihypertensiva sowie Psychopharmaka, wie z. B. Antidepressiva, die vor allem älteren Frauen häufig verordnet werden, können zu Blutdruckabfall und Schwindel führen und so das Reaktionsvermögen herabsetzen. Vor allem die Multimedikation (vier und mehr Medikamente) gilt als Risikofaktor für Stürze.

Die Risikofaktoren für Stürze sind meist auch für andere geriatrische Syndrome, wie z. B. Inkontinenz und funktionelle Abhängigkeit von Bedeutung. So konnte nachgewiesen werden, dass vier Faktoren, nämlich Seh- und Hörstörung, Angst sowie Behinderung an den oberen und unteren Extremitäten stark mit dem Vorliegen von Sturz und Inkontinenz und dem Ausmaß an funktioneller Abhängigkeit korrelieren.⁵⁵³

Folgen von Stürzen

Die Sturzfolgen bei alten Menschen, insbesondere Hochbetagten, reichen von ausgedehnten Quetschungen, großen Blutergüssen, Kopfverletzungen mit konsekutiven Blutungen innerhalb des Schädels (Subduralhämatomen) bis hin zu Frakturen mit ernsthaften Konsequenzen. Aufgrund der Ergebnisse publizierter Studien bei geriatrischen PatientInnen lassen sich folgende Prävalenzen von Sturzfolgen ermitteln.⁵⁵⁴

⁵⁵² Vgl. dazu GROB (2004), S. 17.

⁵⁵³ TINETTI et al. (1995).

⁵⁵⁴ SIX (1992); zitiert nach GROB (2004), S. 19.

Tabelle 5.39: Sturzfolgen bei geriatrischen PatientInnen

Verletzungen <ul style="list-style-type: none"> • ohne Verletzung • leichte Verletzung • schwere Verletzung • Fraktur 	Prävalenz 50–60% 30–40% 15–25% 2–6%
Mortalität <ul style="list-style-type: none"> • unmittelbar • konsekutiv • bei langer Liegezeit • bei Hospitalisationspflicht • bei Schenkelhalsfraktur 	0.1% 25%/12 Monate 50%/12 Monate 50%/12 Monate 15–45%/12 Monate
Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistung <ul style="list-style-type: none"> • Spitalseinweisung • ärztliche Konsultation 	2–3% 11–25%
Psychische Folgen <ul style="list-style-type: none"> • Post-Fall-Syndrom 	11–20%

Quelle: SIX (1992); zitiert nach GROB (2004), S. 19.

Ca. 30 bis 40 Prozent der Älteren, die stürzen, erleiden eine leichte Verletzung, 15 bis 25 Prozent eine schwere und 2 bis 6 Prozent eine Fraktur. 2 bis 3 Prozent werden stationär behandelt. Bis zu 50 Prozent der alten Menschen, die wegen eines Sturzes stationär behandelt werden müssen, und 15 bis 45 Prozent der PatientInnen mit einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur sterben innerhalb eines Jahres.⁵⁵⁵ Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts führen ca. 1 bis 2 Prozent der Stürze zu einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur.⁵⁵⁶ Auf das mit Osteoporose verbundene erhöhte Frakturrisiko wird später noch eingegangen. Neuere Studien lassen vermuten, dass bei Frauen mit Osteoporose das Sturzrisiko auch aufgrund verminderter Kraft und Balance erhöht ist.⁵⁵⁷

Stürze können bei älteren Menschen zu einem nachweisbaren Verlust an Selbständigkeit und *Hilfs- und Pflegebedarf* führen. Vor allem bei betagten Frauen, die viele Medikamente einnehmen, depressive Symptome zeigen und in der Wohnung gestürzt sind, ist das Risiko funktioneller Abhängigkeit nach einem Sturz deutlich erhöht.⁵⁵⁸ Eine groß angelegte prospektive Kohortenstudie⁵⁵⁹ kam zu dem Ergebnis, dass 18 Prozent der Pa-

tientInnen mit Hüftfrakturen innerhalb von 6 Monaten verstarben. Die Überlebenden hatten große Schwierigkeiten bei ihren alltäglichen Verrichtungen, was zum Teil zur Einweisung in ein Pflegeheim führte. 6 Monate nach erlittener Hüftfraktur war nur noch rund die Hälfte der PatientInnen fähig, sich selbständig anzuziehen, nur 15 Prozent konnten ohne Hilfsmittel und nur 6 Prozent längere Strecken gehen. Nur 33 bis 40 Prozent der PatientInnen können nach einer Oberschenkelhalsfraktur ihre persönlichen Verrichtungen (Waschen, Anziehen, etc.) weiterhin durchführen und nur 14 bis 21 Prozent die Tätigkeiten des täglichen Lebens (Einkaufen, Essen zubereiten, Wäsche waschen, etc.).⁵⁶⁰

Eine wichtige Ursache für bestehende Kompetenzeinbußen ist die **Angst vor weiteren Stürzen**. Vor allem allein lebende alte Menschen sind, wenn sie nicht mehr in der Lage sind aufzustehen und Hilfe zu holen, oft schwer traumatisiert (*Liegetrauma*). „Ein Sturz kann auch ein vormals positives Lebensprogramm komplett durcheinander bringen, den Rückzug aus dem aktiven Leben einleiten, das Selbstgefühl zerstören und Perspektivlosigkeit und Depression auslösen.“⁵⁶¹

⁵⁵⁵ SIX (1992); zitiert nach GROB (2004), S. 19.

⁵⁵⁶ KRUSE, GABER et al. (2002).

⁵⁵⁷ LIU-AMBROSE et al. (2003).

⁵⁵⁸ STEL et al. (2004).

⁵⁵⁹ MAROTTOLI (1992).

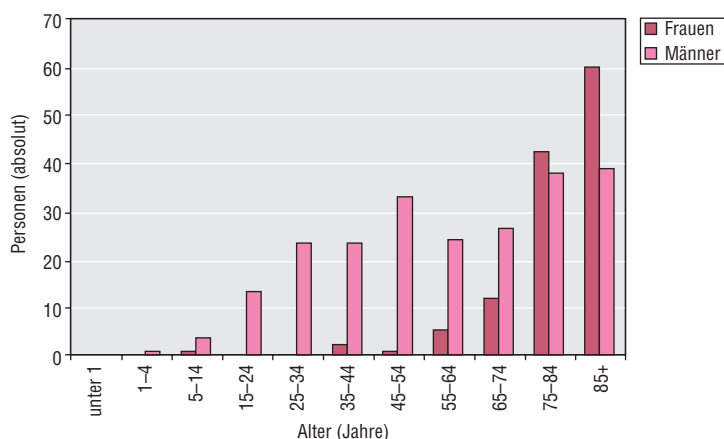
⁵⁶⁰ KRUSE, GABER, et al. (2002), S. 16.

Der Sturz ist im geriatrischen Kontext meist mehr als ein Unfall. Sturzangst („fear of falling“) bzw. das „Post-Fall-Syndrom“ ist bei geriatrischen PatientInnen, die gestürzt sind, weit verbreitet. Es handelt sich dabei um eine tief sitzende Angst vor erneuten Stürzen, die zu großer Unsicherheit beim Stehen und Gehen, zu ängstlichem Festhalten an Mobiliar und Gegenständen führt. Das klinische Syndrom ist häufig von einer depressiven Symptomatik begleitet und äußert sich in erheblicher (Zukunfts-)Angst und Selbstwertzweifeln. „Post-Fall-Syndrom“-PatientInnen erleben den Sturz als einen „erniedrigenden Vorfall“, verbunden mit der Frage, ob sie „je wieder auf die ‚Füße‘ kommen“. Diese PatientInnen sind sehr viel schwerer zu rehabilitieren und bedürfen spezieller psycho- und pharmakotherapeutischer Intervention.

Der Sturz verschlechtert bei geriatrischen PatientInnen die Prognose bezüglich der Lebenserwartung.

Im Jahr 2004 sind in Wien 200 Frauen und 224 Männer aufgrund von Unfällen gestorben. 81,0 Prozent der tödlichen Unfälle von Frauen und 46,0 Prozent jener von Männern betrafen ältere Menschen (ab 65 Jahren). 70,4 Prozent der tödlichen Unfälle älterer Frauen und 67,3 Prozent jener älterer Männer waren Unfälle durch Sturz.⁵⁶² Insgesamt sind im Jahr 2004 von den 65-Jährigen und Älteren 114 Frauen und 70 Männer aufgrund von Stürzen gestorben. Während bis zum Alter von 75 Jahren mehr Männer als Frauen einen tödlichen Sturzunfall erleiden, sind ab diesem Alter mehr Frauen als Männer betroffen.

Grafik 5.33: Tödliche Sturzunfälle (ICD-10 <W00-W19>) in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 152 f.

Das Risiko einen Sturzunfall mit tödlichem Ausgang zu erleiden, nimmt mit dem Alter deutlich zu. Es steigt, bezogen auf 100.000 der jeweiligen Altersgruppe, bei den Frauen von 18,0 Fällen bei den 65- bis 74-Jährigen auf 61,6 Fälle bei den 75- bis 84-Jährigen und schließlich auf 267,9 Fälle bei den 85-Jährigen. Bei den Männern nimmt es von 50,8 Fällen bei den 65- bis 74-Jährigen auf 116,6 Fälle bei den 75- bis 84-Jährigen bzw. auf 576,8 Fälle bei den 85-Jährigen und Älteren zu. Trotz des höheren Risikos der Männer im Alter einen Sturzunfall mit tödlichem Ausgang zu erleiden, sind in abso-

luten Zahlen unter der älteren Bevölkerung (aufgrund des höheren Frauenanteils) mehr Frauen als Männer von tödlichen Sturzunfällen betroffen.

Präventive Maßnahmen, Rehabilitation

Durch geeignete **Präventionsmaßnahmen** lässt sich selbst bei Hochbetagten das Unfall- bzw. Sturzrisiko erheblich reduzieren. Viele der Risikofaktoren für Stürze sind vermeidbar oder zumindest beeinflussbar (wie Unzulänglichkeiten in der Wohnung bzw. der Wohn-

⁵⁶¹ STEL (2004).

⁵⁶² Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 152 f.; eigene Berechnungen.

umgebung). In der geriatrischen Praxis hat sich für präventive und rehabilitative Maßnahmen das **Modell der Sturzabklärung** bewährt. Dabei wird systematisch nach bekannten Risikofaktoren gesucht und im Einzelfall geprüft, welche Risikofaktoren in welchem Maße für das Sturzgeschehen verantwortlich waren. Aufgrund des komplexen Zusammenwirkens von Risikofaktoren ist ein multidimensionaler Präventionsansatz von Bedeutung, der *intrinsische, extrinsische* und *Verhaltensfaktoren*, ebenso wie die *Medikamenteneinnahme* mit einschließt (siehe oben).

Bereits der erste Sturz ist als Warnsignal zu werten und sollte Anlass sein, nach den oft versteckten Ursachen zu suchen. **Sturzprotokolle**, wie sie bereits in geriatrischen Einrichtungen zum Einsatz kommen, können (bei entsprechender Auswertung) wesentlich dazu beitragen, Risikofaktoren zu erkennen und in der Folge zu minimieren.⁵⁶³ Entsprechende Abklärungs-Empfehlungen sind bereits verfügbar.⁵⁶⁴ Sturzprävention (Beseitigung der identifizierten Risikofaktoren, Kraft- und Balance-Training, etc.) trägt auch zur Verringerung des Risikos von Pflegebedürftigkeit im Alter bei. Knochenbrüche lassen sich am ehesten durch Reduktion der Sturzhäufigkeit verhindern.

Zur Vermeidung von Unfällen älterer Menschen wurde in Wien im Rahmen des WHO-Projekts „Gesunde Stadt“ die **„Initiative Sicher gehen über 60“** gestartet. Gemeinsam mit dem „Institut Sicher Leben“ wurde ein Unfallverhütungsprogramm für ältere Menschen auf der Grundlage der Expertise eines Arbeitskreises mit Fachleuten ausgearbeitet.

1996 wurde eine Servicestelle der Stadt Wien beim „Institut Sicher Leben“ eingerichtet, die als Informations- und Koordinationsstelle dient. Das Angebot umfasst Beratung, Heimhilfe-Ausbildung, Schulungen, SchülerInnenwettbewerb („Sicherheitsspürnasen bei Oma & Co“). Erarbeitet wurden Unterlagen und Vorschläge für Maßnahmen im Bereich der Sicherheit für ältere Menschen (Vorträge, Präsentationen und Schulungsunterlagen für HeimhelferInnen). Zudem wurden verschiedene Informationsmaterialien aufgelegt („Sicherheit zu Hause“, SeniorInnen-Verkehrsfolder „Die Reifeprü-

fung“, Bezugsquellenliste „Sicherheitsprodukte für den Haushalt älterer Menschen“, etc.).

Ziele des Projekts sind die Weckung des *Gefahrenbewusstseins* älterer Menschen durch *fachkundige Information und Beratung* der Betroffenen, die *Übermittlung von Wissen* (durch Informationsmaterial, Schulungen) an jene, die Aufklärungsarbeit leisten (MitarbeiterInnen der sozialen Dienste, Gesundheitsberufe und pflegende Angehörige) sowie die Schaffung einer *weniger unfallträchtigen Umwelt durch Verankerung des Problembewusstseins* für die Unfallgefahren der SeniorInnen in Wirtschaft und Politik.

Besonders bedeutsam ist die **Rehabilitation** verunfallter bzw. gestürzter älterer Menschen. Selbst nach hüftgelenknahen Frakturen sind gute Erfolge zu erzielen, so dass PatientInnen weitgehend wieder in die gewohnte Umgebung entlassen und selbständig leben können. So wird z. B. in Wien im Sophienspital ein so genanntes „Home-Organisation-Training“ einschließlich Beratung von PatientInnen und Angehörigen zur Angstreduzierung vor der Entlassung durchgeführt. Bei vorhandenen Betreuungsdefiziten werden SozialarbeiterInnen und soziale Dienste eingeschaltet (vgl. dazu auch den Abschnitt zur „Osteoporose“ in Kapitel 5.8.8).

5.8.4 Psychische und Verhaltensstörungen

Für Wien (und Österreich) liegen keine Daten zur Inzidenz und Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen⁵⁶⁵ älterer Menschen vor. International wird geschätzt, dass ca. ein Viertel der über 65-Jährigen an psychischen Störungen leidet.⁵⁶⁶ In der Berliner Altersstudie wurden für die 70- bis 100-Jährigen folgende Prävalenzen ermittelt: 13,9 Prozent leiden an einer Demenz, 9,1 Prozent an einer depressiven Störung (5,4 Prozent an einer Major Depression, 2,0 Prozent an einer Dysthymia, 1,0 Prozent an einer Demenz mit Depression sowie 0,7 Prozent an einer depressiven Anpassungsstörung), 1,9 Prozent an einer Angststörung, 0,6 Prozent an einer organisch bedingten wahnhaften Störung oder Halluzinose, weitere 0,6 Prozent an einer organisch bedingten Persönlichkeitsstörung und 0,7 Prozent an einer schizophrenen und paranoiden Störung.⁵⁶⁷

⁵⁶³ HÖPFLINGER et al. (2003).

⁵⁶⁴ GUIDELINES FOR PREVENTION OF FALLS IN OLDER PERSONS (2001).

⁵⁶⁵ Zum Begriff „Psychische und Verhaltensstörungen“ vergleiche Kapitel 4.6.

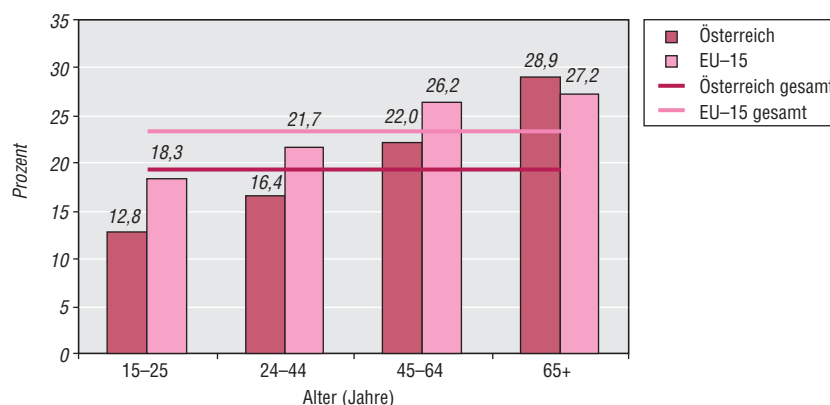
⁵⁶⁶ KRUSE, GABER et al. (2002), S. 18.

Während in der globalen Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung insgesamt und bei älteren Menschen kein Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht, finden sich bei einzelnen psychischen Störungen deutliche **Unterschiede zwischen Frauen und Männern**. So sind etwa chronische Angstzustände und affektive Störungen im Alter bei Frauen häufiger als bei Männern. Depressive Symptome werden bei betagten Frauen annähernd doppelt so häufig wie bei betagten Männern diagnostiziert. Die Gründe dafür sind vielschichtig und zum Teil umstritten. Frauen sind im Alter häufiger als Männer mit kritischen Lebensereignissen (z. B. Tod des Partners, von Freunden) konfrontiert. Gleichzeitig werden affektive Störungen bei Frauen oft anders als bei Männern interpretiert und bewertet. Bei Männern treten psychische Störungen eher im

Zusammenhang mit Suchtproblemen (vor allem Alkohol) auf. Demenzielle Erkrankungen sind bei Frauen häufiger als bei Männern. Der hohe Anteil an Alzheimer-Patientinnen ist unter anderem durch die höhere Lebenserwartung älterer Frauen zu erklären.

Einen generellen Überblick über psychische Gesundheitsprobleme älterer Menschen in Österreich gibt eine Eurobarometer-Erhebung aus dem Jahr 2003. Dabei zeigt sich eine Zunahme psychischer Gesundheitsprobleme mit dem Alter. Im Vergleich zum Europäischen Durchschnitt (bezogen auf die 15 Länder vor der Erweiterung der Europäischen Union) finden sich psychische Gesundheitsprobleme in Österreich unter jüngeren Personen und im mittleren Alter seltener, bei älteren Personen jedoch der Tendenz nach häufiger.

Grafik 5.34: Gegenwärtige psychische Gesundheitsprobleme in Österreich und der Europäischen Union (EU-15) 2003 nach Alter



Mental Health-Index (MHI-5), Score 52 oder weniger.

Quelle: Eurobarometer 58.2; zitiert nach EORG (2003).

Psychische Beschwerden (wie depressive Verstimmung, Angstzustände) finden sich vor allem im hohen Alter überdurchschnittlich häufig. Frauen sind häufiger von solchen Symptomen betroffen als Männer. „Es handelt sich dabei um beginnende, intermittierende oder residuale Zustände bekannter psychischer Krankheiten oder um („komorbide“) Begleitsyndrome anderer psychischer oder somatischer Erkrankungen, möglicherweise teilweise auch um eigenständige Krank-

heitszustände.“⁵⁶⁸ Symptome dieser Art führen zu hohem Leidensdruck und haben vermehrte Arztbesuche zur Folge.⁵⁶⁹ Basierend auf den Ergebnissen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 wurde ein Index konstruiert, der sowohl Zahl als auch Stärke der psychischen Beschwerden mit einschließt.⁵⁷⁰ 12,7 Prozent der 75-jährigen und älteren Männer und doppelt so viele Frauen in diesem Alter (26,0 Prozent) berichten über ausgeprägte psychische Beschwerden.

⁵⁶⁷ MAYER, BALTES (1996).

⁵⁶⁸ HELMCHEN (2001), S. 181 ff.

⁵⁶⁹ STADT WIEN (2004).

Tabelle 5.40: Psychische Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Index) in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Männer			Frauen		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
16–24	77,2	20,8	20,0	63,0	26,6	10,4
25–44	67,4	26,7	5,9	63,1	28,9	8,0
45–59	63,2	30,6	6,2	52,5	36,1	11,4
60–74	66,6	27,6	5,8	50,7	36,8	12,6
75+	53,4	33,9	12,7	40,0	34,0	26,0
gesamt	66,5	27,5	5,9	56,1	32,2	11,7

Index von 0–12: niedrig = Punktwert 0 (beschwerdefrei); mittel = Punktwert 1–3; hoch = Punktwert 4–12.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2004a), S. 89.

Zusammenfassend sei betont, dass zwar der größere Anteil älterer Frauen, selbst bei gesundheitlichen Einbußen und sozialen Verlusten, keine psychischen und psychosomatischen Störungen aufweist.⁵⁷¹ Eine Kumulation von Beeinträchtigungen bzw. die gleichzeitige Abnahme physischer, kognitiver, sozialer und materieller Ressourcen kann jedoch zur Verringerung der psychischen Widerstandsfähigkeit beitragen. Dies wird auch anhand einer Analyse von Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys deutlich. Aufgrund der

multiplen Klassifikationsanalyse wurde für Wien ein hohes Ausmaß an psychischen Beschwerden für über 75jährige Frauen mit österreichischer Staatsbürgerschaft, mit Kleinstrenten, einer hohen Belastung durch Lebensereignisse (wie etwa den Tod Nahestehender), einer niedrigen Lebenszufriedenheit, schlechter körperlicher Fitness, niedrigem Kohärenzgefühl und häufigem Alltagsstress identifiziert. Für diese Bevölkerungsgruppe wurde aus dem berechneten Modell folgender Erwartungswert (Mittelwert) prognostiziert:

Tabelle 5.41: Gruppenspezifischer Erwartungswert psychischer Beschwerden in Wien 2001

Faktor	Ausprägung	Effekt
Gesamtmittelwert	allgemeines Niveau	1,01
Geschlecht	weiblich	+1,10
Alter	75+	+1,47
Staatsbürgerschaft	Österreich	+1,07
persönliche finanzielle Lage	kaum das Notwendigste	+1,03
Lebensereignisse	hoch	+1,44
Lebenszufriedenheit	niedrig	+1,56
fit genug	nie	+1,74
Arbeitsstress	nicht berufstätig	+1,21
Kohärenzgefühl	niedrig	+1,32
Leiden unter Alltagsstress	oft	+1,41
prognostizierter Erwartungswert	gruppenspezifisches Niveau	5,36

Ergebnisse der multiplen Klassifikationsanalyse (Mittelwert)

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

⁵⁷⁰ Berücksichtigt wurden Schlafstörungen; Müdigkeit; Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen; Melancholie, Depression, Unglücklichsein; Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit; Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen. Für leichte Beschwerden wurde 1 Punkt, für starke wurden 2 Punkte vergeben.

⁵⁷¹ Vgl. dazu MAYER, BALTES (1996); KOHLI et al. (2000).

Die beschriebene Bevölkerungsgruppe weist ein mehr als fünfmal höheres Niveau an psychischen Beschwerden als die untersuchte Gesamtpopulation auf (Erwartungswert von 5,36 vs. 1,01).

5.8.5 Multimorbidität

Eine wichtige Rolle im höheren Alter spielt, insbesondere bei Frauen, die Multimorbidität, d. h. das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer, meist chronischer Erkrankungen. So z. B. wurden in der Berliner Altersstudie bei 96 Prozent der 70-jährigen und älteren Menschen mindestens eine und bei 30 Prozent fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Krankheiten diagnostiziert. Mit ein Grund für die häufigere Multimorbidität der älteren Frauen ist ihre höhere Lebenserwartung. Die Multimorbidität beschränkt sich nicht allein auf körperliche Krankheiten, sondern schließt auch psychische Krankheiten mit ein, stellt hohe Anforderungen an Diagnostik und Therapie und erfordert entsprechendes geriatrisches Fachwissen.

Multimorbidität ist darauf zurückzuführen, dass die Abnahme der funktionellen Reservekapazität im Alter nicht auf ein Organ oder Organsystem beschränkt ist, sondern meist mehrere Organe oder Organsysteme gleichzeitig betrifft. Bei den auftretenden Krankheiten handelt es sich sowohl um in kausalem Zusammenhang stehende als auch kausal unabhängige Erkrankungen, wobei sich die einzelnen Krankheiten häufig einander negativ beeinflussen (Beispiel: hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit und Fettstoffwechselstörung). Je mehr chronische Krankheiten vorhanden sind, desto häufiger treten auch akute Krankheiten auf. Multimor-

bide ältere Menschen haben eine deutlich erhöhte Mortalität. In der Berliner Alterstudie zeigte sich, dass bei Vorhandensein von fünf oder mehr mittel- bis schwergradigen Erkrankungen die Mortalität in den darauf folgenden 28 Monaten mit 26 Prozent deutlich höher war als bei Vorhandensein von weniger als fünf behandlungsbedürftigen Diagnosen (9 Prozent).

5.8.6 Bedarf an Hilfe und Pflege

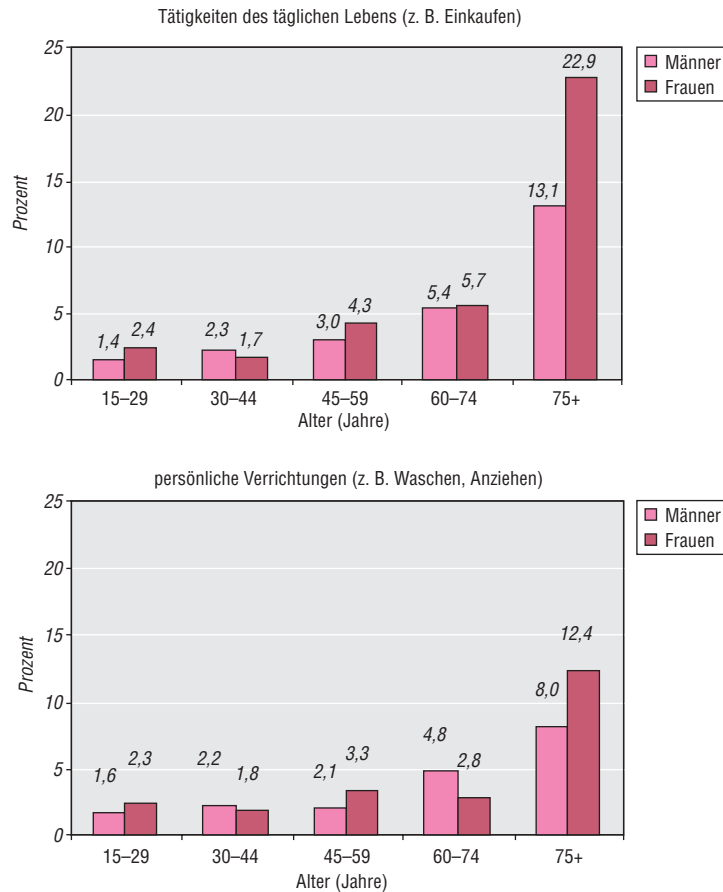
In Österreich können 60-jährige Frauen 18,5 Jahre, 60-jährige Männer 15,7 Jahre mit einem Leben in guter Gesundheit und ohne Behinderungen (*healthy life expectancy*) rechnen.⁵⁷² Mit 60 Jahren haben Frauen im Durchschnitt ein um 2,8 Jahre längeres behinderungsfreies Leben vor sich als Männer.

Dennoch sind Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung länger und (insbesondere im hohen Alter) auch häufiger als Männer mit gesundheitlichen Einschränkungen, Multimorbidität, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit konfrontiert.

In Wien benötigen laut Eigenangaben von den in Privathaushalten lebenden Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren 5,7 Prozent der Frauen und 5,4 Prozent der Männer Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens, bei den 75-Jährigen und Älteren steigt dieser Anteil bei den Frauen auf 22,9 Prozent und bei den Männern auf 13,1 Prozent. Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen benötigen von den 60- bis 74-Jährigen 2,8 Prozent der Frauen und 4,8 Prozent der Männer, von den 75-Jährigen und älteren 12,4 Prozent der Frauen und 8,0 Prozent der Männer.

⁵⁷² WHO (2002a).

Grafik 5.35: Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens und persönlichen Verrichtungen in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Mikrozensus 1999; zitiert nach STADT WIEN (2002), S. 110f.

Einen Überblick über die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gibt auch die Statistik über den Pflegegeldbezug.⁵⁷³ Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach der Höhe des Pflegebedarfs, insgesamt gibt es 7 Pflegestufen. In Wien gab es im Dezember 2002 57.870 PflegegeldbezieherInnen (Bundespflegegeld). Dazu kommen noch 12.357

BezieherInnen von Landespflegegeld. Über drei Viertel (77,2 Prozent) der BezieherInnen von Bundespflegegeld in Wien hatten Pflegegeld der Stufen eins bis drei. Nur 2,4 Prozent erhielten Pflegegeld der höchsten Pflegestufen (Stufe 6 und 7). Im gesamten Bundesgebiet waren es 3,9 Prozent.

⁵⁷³ Seit 1993 wird, unabhängig von Einkommen, bei ständigem Pflegebedarf von monatlich mehr als 50 Stunden Pflegegeld gewährt.

Tabelle 5.42: PflegegeldbezieherInnen (Bundespflegegeld; alle Entscheidungsträger) in Wien und Österreich 2002 nach Pflegestufe

Pflegestufe	Wien		Österreich*	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Stufe 1	14.117	24,4	58.868	19,4
Stufe 2	20.013	34,6	109.502	36,2
Stufe 3	10.519	18,2	52.008	17,2
Stufe 4	7.993	13,8	45.658	15,1
Stufe 5	3.797	6,6	24.947	8,2
Stufe 6	834	1,4	7.027	2,3
Stufe 7	597	1,0	4.739	1,6
gesamt	57.870	100	302.749	100

* Inklusive BezieherInnen im Ausland.

Quelle: SOZIALE SICHERHEIT (2003), Heft 5, S. 250.

Das Durchschnittsalter der BezieherInnen von Bundespflegegeld betrug in Österreich im Dezember 2002 bei den Frauen 80,0 Jahre, bei den Männern war es mit 72,4 Jahren deutlich niedriger.

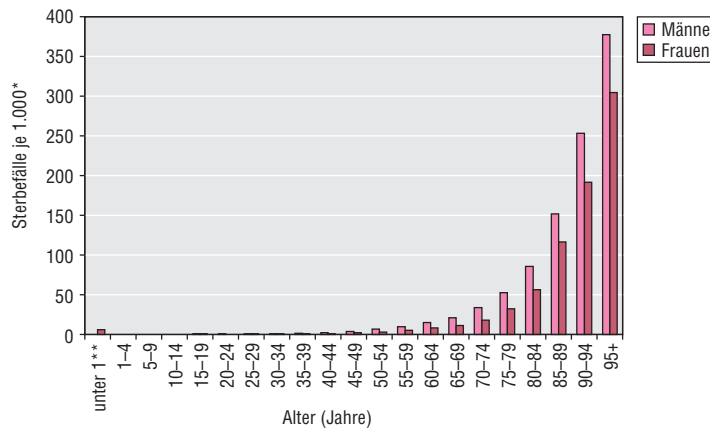
SCHNEIDER und ÖSTERLE⁵⁷⁴ gehen davon aus, dass die Zahl der Hilfs- und Pflegebedürftigen größer als die Zahl der PflegegeldbezieherInnen ist, da der Bezug des Pflegegelds erhebliche Einschränkungen bei den so genannten „Aktivitäten des täglichen Lebens“ voraussetzt. So z. B. brauchen auch Demenzkranke (aufgrund ihres Drangs zum Weglaufen) bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit meist rund um die Uhr Betreuung.

5.8.7 Mortalität und Todesursachen

Im vergangenen Jahrzehnt war die Zahl der **Sterbefälle** bei beiden Geschlechtern weiter rückläufig. Gab es in Wien im Jahr 1995 noch 19.783 Sterbefälle, waren es 2004 nur mehr 15.983 (8.873 Frauen und 7.110 Männer). 85,5 Prozent der Sterbefälle von Frauen und ca. zwei Drittel (68,1 Prozent) jener von Männern betrafen Personen im Alter von 65 und mehr Jahren. 40,6 Prozent der verstorbenen Frauen, aber nur 18,8 Prozent der verstorbenen Männer hatten ein Alter von 85 oder mehr Jahren erreicht. Die altersspezifischen Sterbeziffern (Sterbefälle je 1.000 Personen in den jeweiligen Altersgruppen) nehmen im höheren Alter deutlich zu. Obwohl in absoluten Zahlen (aufgrund des höheren Frauenanteils) mehr Frauen als Männer versterben, sind die altersspezifischen Sterbeziffern der Männer, insbesondere im fortgeschrittenen Alter, deutlich höher als jene der Frauen.

⁵⁷⁴ SCHNEIDER, ÖSTERLE (2003).

Grafik 5.36: Sterbefälle in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht



* Altersspezifische Sterbeziffer = Zahl der Sterbefälle je 1.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner der jeweiligen Altersgruppe.
 ** Bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.

Quelle: Statistik Austria, bearbeitet von der Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien; zitiert nach STADT WIEN (2005), S. 85.

Nicht nur die Sterblichkeit, auch das Spektrum der Todesursachen (gemessen am Grundleiden) unterscheidet sich nach Alter und Geschlecht. Während bei den im jüngeren Alter, d. h. zwischen 45 und 64 Jahren Verstorbenen unabhängig vom Geschlecht bösartige Neubildungen häufigste Todesursache sind, sind bei den im höheren Alter (ab 65 Jahren) Verstorbenen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems dominierende Todesursache. Bei ersteren spielen außerdem Krankheiten der Verdauungsorgane, Verletzungen und Vergiftungen als Todesursache eine größere Rolle als bei im höheren Alter (ab 65 Jahren) Verstorbenen. Bei letzteren dagegen haben

Krankheiten der Atmungsorgane größere Bedeutung. Während bei den vorzeitig (d. h. im Alter von 45 bis 64 Jahren) verstorbenen Frauen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems geringeren Anteil an den Todesursachen als bei den vorzeitig verstorbenen Männern, verhält es sich bei den Sterbefällen ab 65 Jahren gerade umgekehrt. Krebserkrankungen spielen als Todesursache im Rahmen der vorzeitigen Sterblichkeit bei den Frauen eine größere Rolle als bei Männern, dagegen ist bei den im Alter von 65 und mehr Jahren Verstorbenen der Anteil der Krebssterbefälle bei den Männern höher als bei den Frauen.

Tabelle 5.43: Todesursachen (ICD-10, Hauptgruppen) in Wien 2004 ausgewählter Altersgruppen nach Geschlecht

Todesursachen (Pos. Nr. ICD10)	Frauen			Männer		
	Alter (Jahre)					
	gesamt	45 bis 64	65+	gesamt	45 bis 64	65+
	Sterbefälle = 100 Prozent					
gesamt <A00–Y89>	8.873	1.031	7.576	7.110	1.762	4.844
	Prozent					
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <I00–I99>	50,6	18,1	56,6	39,8	25,3	48,3
Bösartige Neubildungen <C00–C97>	24,2	50,4	20,5	29,1	38,7	27,5
sonstige Krankheiten <A00–B99, D01–H95, L00–R99>	12,2	12,2	11,2	12,4	11,7	10,4
Krankheiten der Atmungsorgane <J00–J99>	5,0	3,9	5,3	5,6	3,7	6,7
Krankheiten der Verdauungsorgane <K00–K93>	4,4	10,2	3,6	6,8	13,4	3,8
Verletzungen und Vergiftungen <V01–Y89>	3,5	5,1	2,7	6,3	7,2	3,3

Sortiert nach der Häufigkeit der Todesursachengruppen bei den Frauen (gesamt).

Quelle: Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), 152 f.; eigene Berechnungen.

5.8.8 Osteoporose

Siehe auch: Abschnitt „Unfälle und Stürze im Alter“ (Kapitel 5.8.3).

Bei den älteren Frauen stehen von den subjektiven Beschwerden her nicht die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern die meist mit chronischen Schmerzzuständen verbundenen Krankheiten des Bewegungsapparates (Arthrosen, Osteoporose, Dorsopathien, etc.) im Vordergrund.⁵⁷⁵ So gaben im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 (bezogen auf einen Zeitraum von zwei Wochen) 54 Prozent der 75-jährigen und älteren Frauen Schmerzen im Bereich der Arme, Hände, Beine, Knie, Hüften und Gelenke an, 47 Prozent berichteten über Schmerzen im Rücken- und Lendenbereich.

Osteoporose ist eine systemische Skelettkrankheit mit Verringerung der Knochenmasse und Zerstörung der Mikroarchitektur des Knochengewebes, wodurch es zu eingeschränkter Knochenfestigkeit und erhöhtem Frakturrisiko kommt.⁵⁷⁶ Die heute wichtigste messbare Determinante der Knochenfestigkeit ist die Knochendichte. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) hat 1994 quantitative, auf der Knochenmineraldichte beruhende Kriterien für die Diagnose der Osteoporose festgelegt. Und zwar liegt eine Osteoporose vor, wenn die Knochendichte mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Mittelwert junger gesunder Erwachsener liegt. Sind bereits Knochenbrüche eingetreten, so handelt es sich

um eine schwere Osteoporose. Bei einer Knochendichte von 1 bis zu 2,5 Standardabweichungen unterhalb des Normwerts handelt es sich um eine Osteopenie, die als Vorstufe der Osteoporose gilt.⁵⁷⁷ Der Anteil der Frauen mit Osteoporose an irgendeiner Skelettlokalisation nimmt (ebenso wie das Frakturrisiko) exponentiell mit dem Alter zu.⁵⁷⁸ Die Knochendichte ist für 70 bis 80 Prozent der Variabilität der Festigkeit eines Knochens bzw. des Frakturrisikos verantwortlich. Daher lässt sich mit Hilfe der Knochendichtemessung auch das Frakturrisiko (z. B. von Wirbel- und Hüftfrakturen) bestimmen. Ausschlaggebend für die Knochenfestigkeit sind des Weiteren die Geometrie, die Mikroarchitektur, die Umbauaktivität sowie die Materialeigenschaften des Knochens, Faktoren, die unter dem Begriff „Knochenqualität“ zusammengefasst werden.⁵⁷⁹

Verbreitung

Für Wien (und Österreich) liegen keine Angaben zur Prävalenz der Osteoporose vor. Die international verfügbaren Angaben variieren. Dies ist einerseits auf unterschiedliche Definitionen und Messverfahren, andererseits auf tatsächliche Unterschiede zwischen Ländern und Regionen zurückzuführen.⁵⁸⁰ Von Osteoporose betroffen sind vorwiegend Frauen. Im Rahmen des Nationale Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III) wurden für die weiße Bevölkerung in den USA auf der Basis der WHO-Definition folgende Prävalenzen ermittelt:

⁵⁷⁵ MAYER, BALTES (1996).

⁵⁷⁶ NIH (2000); LIPPUNER (2004).

⁵⁷⁷ WHO (1994).

⁵⁷⁸ LIPPUNER (2004), S. 7 f.

⁵⁷⁹ LIPPUNER (2004), S. 7.

⁵⁸⁰ SCHWENKGLLENKS, SZUCS (2004), S. 27.

Tabelle 5.44: Prävalenz der Osteopenie und der Osteoporose in der weißen Bevölkerung der USA auf der Basis der NHANES-III-Daten

Alter (Jahre)	Osteopenie*		Osteoporose*	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	Prozent			
50–59	59		4	
60–69	51		20	
70–79	56		43	
80+	43		52	
50+	52	35 bis 48	20	5 bis 8

* WHO-Definition, Messort: Oberschenkelhals.

Quelle: LOCKER et al. (1995) und (1997); zitiert nach SCHWENKLENKS, SZUCS (2004), S. 28.

Nach diesen Schätzungen wären in Wien von den 50-Jährigen und älteren Frauen rund 166.000 von einer Osteopenie und rund 64.000 von einer Osteoporose betroffen.

Risikofaktoren

Osteoporose entsteht aufgrund einer längerfristigen negativen Bilanz zwischen Auf- und Abbau des Knochens (d. h. eines Überwiegens des Knochenabbaus). Ob und wie rasch eine negative Umbaubilanz zu Osteoporose und Frakturen führt, hängt, abgesehen von der Abbaugeschwindigkeit, vom Ausgangsmaterial (Peak Bone Mass) ab. Dieses wird während der Kindheit und Jugend erworben und von genetischen, Umwelt- und Lebensstilfaktoren beeinflusst. Die Knochenmasse er-

reicht ihr Maximum etwa im 30. Lebensjahr und sinkt danach bei Frauen bis zum 90. Lebensjahr um bis zu 50 Prozent. Frauen weisen eine niedrigere Peak Bone Mass als Männer auf, zudem erfährt ihre Knochenmasse in den ersten 10 Jahren der Menopause eine akzelerierte Phase des Umbaus. Bei den Männern ist der altersbedingte Knochenmineralverlust um rund ein Drittel geringer als bei den Frauen.⁵⁸¹

Der Knochenverlust in der zweiten Lebenshälfte ist bei der Frau vor allem durch den postmenopausalen Östrogenmangel sowie durch Alterungsprozesse verursacht. Diese beiden Formen der Osteoporose werden oft auch als Typ-I bzw. Typ-II Osteoporose bezeichnet. Die Osteoporose wird durch verschiedene Risikofaktoren gefördert und ist häufig multifaktoriell bedingt.

Tabelle 5.45: Risikofaktoren für osteoporotische Frakturen

weibliches Geschlecht frühe Menopause Alter* primäre oder sekundäre Amenorrhö primärer oder sekundärer Gonadonismus beim Mann asiatische oder weiße ethnische Herkunft vorausgegangene Fragilitätsfraktur* Glukokortikosteroid-Therapie* hoher Knochen turnover*	Familienanamnese mit Hüftfraktur* geringe Sehschärfe* niedriges Körpergewicht* neuromuskuläre Erkrankungen* Rauchen (Zigaretten)* exzessiver Alkoholkonsum Langzeit-Immobilisation geringe Kalziumzufuhr Vitamin D-Mangel
--	---

Die mit * gekennzeichneten Risikofaktoren beeinflussen das Frakturrisiko über die Knochendichte hinaus durch (zusätzliche) andere Mechanismen.

Quelle: LIPPUNER (2004), S. 8.

⁵⁸¹ LIPPUNER (2004), S. 11.

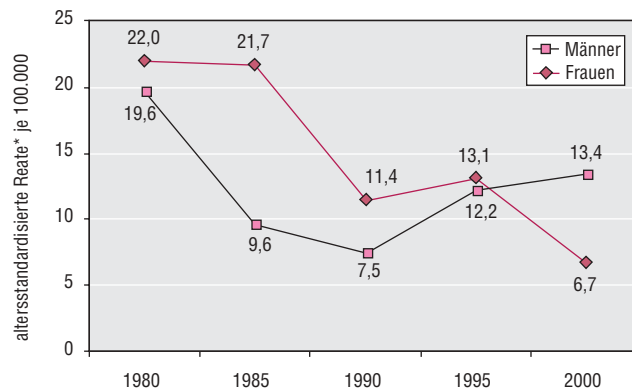
Beim Zustandekommen osteoporotischer Frakturen sind neben der verringerten Knochenfestigkeit meist zusätzliche sturzauslösende Faktoren zu berücksichtigen (vgl. dazu den Abschnitt „Unfälle und Stürze im Alter“ im Kapitel 5.8.3).

Folgen von Osteoporose, Morbidität und Mortalität

Die Osteoporose ist vor allem aufgrund von Frakturen, die meist nach Stürzen oder auch spontan auftreten, klinisch und auch unter Kostengesichtspunkten bedeutsam. Zu den klassischen Osteoporose-Frakturen zählen Wirbel-, Schenkelhals- und Unterarmfrakturen (Handgelenk). Prospektive Studien belegen, dass bei Frauen (und Männern) mit niedriger Knochendichte nahezu alle Frakturtypen vorkommen.⁵⁸² Die Frakturen verursachen nicht nur Schmerzen, sondern führen auch zu erhöhter Morbidität und Mortalität. Bei bereits vorhandener

Fraktur erhöht sich (unabhängig vom Frakturtyp), das Risiko, eine weitere zu erleiden, um 50 bis 100 Prozent.⁵⁸³ Da nicht alle Frakturtypen bzw. Frakturen im Krankenhaus behandelt werden, ist die Erfassung der osteoporosebedingten Frakturen schwierig. Vor allem von Wirbelfrakturen Betroffene gehen häufig nicht zum Arzt. Oft werden solche Brüche erst später zufällig entdeckt. Relativ vollständig erfasst werden die hüftgelenksnahen Frakturen, da sie fast ausschließlich im Krankenhaus behandelt werden müssen. In Wiener Krankenanstalten waren im Jahr 2003 2.853 stationäre Aufenthalte von Frauen und 1.047 von Männern mit der Abgangsd Diagnose „Fraktur des Femurs“, d. h. Schenkelhalsbruch, zu verzeichnen.⁵⁸⁴ Das Frakturrisiko nimmt mit zunehmendem Alter deutlich zu. Schenkelhalsbrüche weisen absolut wie relativ in den letzten Jahren einen steigenden Trend auf.⁵⁸⁵ Dagegen sind zum Tod führende Komplikationen bei den Frauen im Abnehmen begriffen, nicht jedoch neuerdings bei den Männern.

Grafik 5.37: Sterblichkeit von Personen ab 50 Jahren aufgrund hüftgelenksnaher Frakturen (ICD-9 <820>) in Wien seit 1980 (5-Jahresabstände) nach Geschlecht



* Altersstandardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik der Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Im Jahr 2001 sind in Wien von der Bevölkerung ab 50 Jahren 43 Frauen und 36 Männer aufgrund hüftgelenksnaher Fraktur verstorben. Dies entspricht einer rohen Rate von 13,2 Verstorbenen pro 100.000 bei den Frauen und 15,4 Verstorbenen pro 100.000 bei den

Männern. Altersstandardisiert waren bei den Frauen 5,6 und bei den Männern 12,7 Sterbefälle pro 100.000 mit diesem Grundleiden zu verzeichnen. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, infolge der Komplikationen bei einem Schenkelhalsbruch zu sterben.⁵⁸⁶

⁵⁸² SEELEY et al. (1991), NGUYEN et al. (1996).

⁵⁸³ KLOTZBUECHER et al. (2000).

⁵⁸⁴ STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 229.

⁵⁸⁵ WIMMER-PUCHINGER et al. (1999), S. 60.

⁵⁸⁶ WIMMER-PUCHINGER et al. (1999), S. 60.

Prävention und Rehabilitation

Primäre Prävention: Es ist wichtig, als Reserve für den späteren Knochenabbau eine möglichst hohe Peak Bone Mass aufzubauen. Diese ist jedoch zu 50 bis 80 Prozent genetisch bestimmt. Ernährungsfaktoren (eine dem Lebensalter angepasste Kalziumversorgung, Protein- und Vitamin-D-Zufuhr), körperliche Aktivität und hormonelle Faktoren (Pubertät) spielen bei der Skelettentwicklung eine wichtige Rolle. Eine vermehrte Ausübung gewichtsbelastender körperlicher Aktivität in der Adoleszenz schlägt sich (15 Jahre später) in einer signifikant höheren Peak Bone Mass nieder und bestimmt diese zu rund 15 Prozent mit.⁵⁸⁷ Ein Mangel an körperlicher Aktivität führt zu Knochenverlust und gilt als Risikofaktor für Osteoporose. Auch Faktoren, welche den Zeitpunkt und Verlauf der Pubertät beeinflussen (z. B. Fehl- bzw. Mangelernährung, Spitzensport) spielen in der Ausbildung der Peak Bone Mass eine Rolle. Eine späte Pubertät wirkt sich ungünstig aus.

Sekundäre Prävention: Zu den Maßnahmen, die dazu beitragen, einen bereits begonnenen Knochenabbau zu verlangsamen bzw. zu hemmen, zählen eine ausgewogene kalziumreiche Ernährung, ausreichende körperliche Aktivität, Vermeidung von Noxen sowie die medikamentöse Behandlung. Die adäquate Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr kann über die Nahrung oder medikamentös erfolgen. Kalziumquellen sind vor allem Milchprodukte und kalziumhaltige Mineralwasser. Zur Verwertung von Kalzium braucht der Körper ausreichend Vitamin D. Dieses wird bei Sonneneinstrahlung auf die Haut vom Körper selbst gebildet, aber auch mit der Nahrung aufgenommen. Weitere modifizierbare Risikofaktoren sind Rauchen, Alkoholkonsum und mangelnde körperliche Aktivität. Empfohlen wird eine dem Krankheitsgrad angemessene körperliche Aktivität mit regelmäßiger Belastung des Skeletts und Auftrainieren der Muskulatur. Durch den Aufbau oder Erhalt der Muskelmasse wird das Sturzrisiko gesenkt und ein besserer Knochenschutz für den Fall eines Sturzes gewährleistet. Liegen der Osteoporose Grunderkrankungen zugrunde, spricht man von *sekundärer Osteo-*

porose. Hier gilt es die Möglichkeiten der Therapie der Primärkrankheit auszuschöpfen, gleichzeitig aber auch den Knochen zu behandeln.

Medikamentöse Therapien können von ihrem Wirkmechanismus her in zwei übergeordnete Gruppen eingeteilt werden: Medikamente, welche den Knochenabbau hemmen und solche, welche ihn fördern.

Hormonsubstitution: In der WHI-Studie (Women's Health Initiative), in der unter anderem das Nutzen/Risikoprofil einer kontinuierlichen, kombinierten Hormonsubstitution bei 16.608 postmenopausalen Frauen (ohne Hysterektomie) über mehr als 5 Jahre eingehend untersucht wurde, wurde eine signifikante Reduktion des Risikos für klinische Frakturen und Hüftfrakturen (um 24 bzw. 34 Prozent) festgestellt. Gleichzeitig wurde aber auch eine signifikante Erhöhung des Risikos für Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Venenthrombosen und zerebrovaskulären Insult festgestellt.⁵⁸⁸ Wichtig ist daher vor jedem längerfristigen Einsatz der Hormonsubstitution eine individuelle Nutzen-Risiko-Abschätzung unter Berücksichtigung geeigneter Alternativen.⁵⁸⁹

Rehabilitation: Osteoporosebedingte Frakturen (insbesondere Wirbelfrakturen und hüftgelenksnahe Frakturen) können zu permanenter Beeinträchtigung des Stütz- und Bewegungsapparates, zu Mobilitätseinschränkungen, zur Behinderung bis hin zum Verlust der Selbständigkeit bzw. zu Pflegebedürftigkeit führen.⁵⁹⁰ So ist fünf bis sechs Monate nach erfolgter Fraktur noch immer eine deutliche Kraftverminderung im großen Streckmuskel am Oberschenkel (Musculus quadriceps) der betroffenen und nicht betroffenen Seite und eine hohe Standunsicherheit festzustellen.⁵⁹¹ Vorrangig ist daher neben entsprechender Sekundärprävention die Rehabilitation.

Ziel der *physikalischen Rehabilitation* bei manifester Osteoporose ist zur Verhinderung weiterer Frakturen die Verbesserung der Muskelkraft, der Balance, des Bewegungsumfangs, die Reduktion zunehmender Wirbelsäulenveränderung, angepasste Knochenbelastung sowie

⁵⁸⁷ WELTEN et al. (1994).

⁵⁸⁸ WHI (2002). Zur Diskussion über Nutzen und Risiken der Hormonersatztherapie vgl. Kapitel 5.6 Wechseljahre und sexuelle Gesundheit im Alter.

⁵⁸⁹ Vgl. dazu LIPPUNER (2004), S. 13.

⁵⁹⁰ NEVITT et al. (1998); LINDSAY et al. (2001).

⁵⁹¹ SHERRINGTON et al. (1998).

die Versorgung mit Hilfsmitteln, Gehhilfen, Prothesen, etc. Eine wichtige Rolle spielt die adäquate *Schmerzbehandlung*. Sie umfasst neben elektro- und therrapiespezifischer Anwendungen die gesamte Palette der medikamentösen Schmerztherapie. Auch moderate Übungen zur Verbesserung der Haltungs- und Bewegungskoordination können die chronische Schmerzsymptomatik bessern und gleichzeitig den Knochenabbau verringern.⁵⁹² Nachhaltige Erfolge lassen sich am ehesten durch „multifaktorielle Interventionen“ erreichen, die sich sowohl auf die Besserung und Unterstützung der Knochenstärke als auch auf die Sturzprävention konzentrieren.⁵⁹³ Zur Verbesserung der Knochenstärke eignen sich Medikamente, die Substitution von Kalzium und Vitamin D sowie Übungen mit Gewichtsbelastung. Stürze lassen sich am ehesten durch Übungen zur Verbesserung der individuellen Selbständigkeit, Kraft- und Balance-training, ein adaptiertes Umfeld und Medikamentenreduktion verhindern.⁵⁹⁴ Hüftprotektoren können bei sturzgefährdeten PatientInnen das Risiko von Schenkelhalsbrüchen um 60 Prozent senken.⁵⁹⁵ Eine neue, Erfolg versprechende Behandlungsform akuter Wirbelkörperbrüche ist die Kyphoplastie, bei der der eingebrochene Wirbelkörper durch Einführung eines Ballons wieder aufgerichtet wird.

Selbsthilfegruppen bieten Information und Hilfe bei der Bewältigung der Krankheit und leisten dadurch einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität Betroffener. Sie ermöglichen regelmäßigen Austausch von Erfahrungen, bieten gemeinsame Aktivitäten (z. B. Osteoporose-Turnen und Funktionstraining) und Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen.

Die im Rahmen des **Wiener Gesundheitsförderungsprogramms** durchgeführten **Aktivitäten und Maßnahmen** in den Bereichen Osteoporose und Sturzprävention sind im Kapitel 9.3 beschrieben.

5.8.9 Harninkontinenz

Verbreitung

Harninkontinenz, d. h. unwillkürlicher Harnverlust kann zwar in jedem Alter auftreten, ist jedoch bei älteren Menschen, insbesondere bei älteren Frauen weit verbreitet. Die Angaben zur Prävalenz der Harninkontinenz variieren, die Abweichungen sind zum Teil auf Unterschiede in den Diagnosekriterien und Studiendesigns zurückzuführen. Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 gaben von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung für die letzten zwei Wochen vor der Befragung 2,3 Prozent der Frauen und 0,7 Prozent der Männer Inkontinenz⁵⁹⁶ an. Der Anteil Betroffener nimmt insbesondere bei den Frauen im höheren Alter deutlich zu. Von den 75-Jährigen und älteren berichteten 9,7 Prozent der Frauen und 4,1 Prozent der Männer über Inkontinenz. Im Rahmen von Befragungen ist jedoch, vor allem aufgrund der nach wie vor bestehenden Tabuisierung des Problems, mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen. Im Rahmen einer im Großraum Wien durchgeführten Studie (unter TeilnehmerInnen an der Gesundenuntersuchung) gaben von den Personen ab 70 Jahren, bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen, 36,0 Prozent der Frauen und 11,5 Prozent der Männer unwillkürlichen Harnverlust an.⁵⁹⁷ Dies entspricht in etwa den in US-amerikanischen Studien ermittelten Werten. Und zwar wurde hier für die Bevölkerung ab 60 Jahren bei Frauen eine Prävalenz der Harninkontinenz von 35 Prozent und bei Männern von 17 Prozent festgestellt.⁵⁹⁸ Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass ältere Frauen doppelt so häufig als Männer von Harninkontinenz betroffen sind. Besonders hoch ist der Anteil Betroffener in Pflegeheimen (ca. 50 bis 60 Prozent).⁵⁹⁹ Eine Ursache für die stärkere Betroffenheit der Frauen liegt in der Vulnerabilität des weiblichen Schließmuskelsystems.⁶⁰⁰

⁵⁹² PREISINGER et al. (1996).

⁵⁹³ KERSCHAN-SCHINDL et al. (2000).

⁵⁹⁴ TINETTI et al. (1994); WONG et al. (2001).

⁵⁹⁵ KANNUS et al. (2000).

⁵⁹⁶ Wenn von Inkontinenz die Rede ist, so ist in der Regel Harninkontinenz gemeint, die auch das Gros der Inkontinenzfälle ausmacht. Inkontinenz schließt jedoch auch Stuhlinkontinenz mit ein.

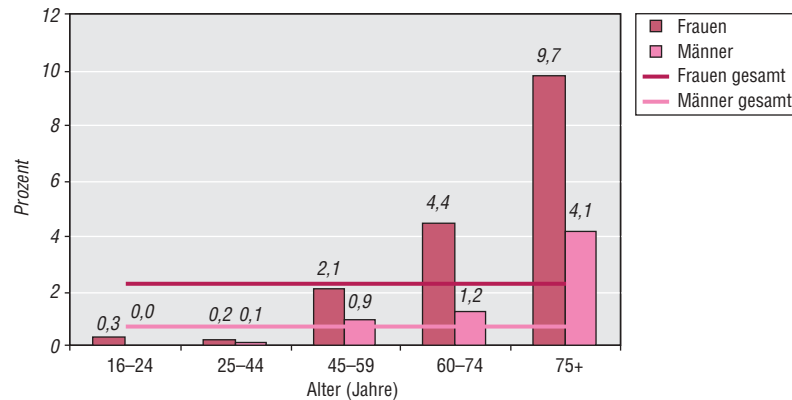
⁵⁹⁷ MADERSBACHER et al. (2000).

⁵⁹⁸ THOM (1998).

⁵⁹⁹ FÜSGEN (1992).

⁶⁰⁰ MELCHIOR (2003).

Grafik 5.38: Inkontinenz (in den letzten zwei Wochen vor der Befragung) in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Personen in Privathaushalten ab 16 Jahren.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach Stadt Wien (2004), S. 282.

Formen der Harninkontinenz bei Älteren

Am häufigsten bei älteren Menschen sind die Dranginkontinenz, die Stressinkontinenz, Mischformen beider und die Überlaufinkontinenz.⁶⁰¹ Bei der *Dranginkontinenz* kommt es trotz funktionierendem Harnröhrenverschluss aufgrund eines nicht unterdrückbaren Harndrangs zu unfreiwilligem Harnverlust. Die *Stressinkontinenz* beruht auf einem defekten Harnröhrenverschluss, wodurch beim Husten, Niesen, Heben schwerer Lasten oder beim Treppensteigen unfreiwilliger Harnverlust auftritt. Bei der *Überlaufinkontinenz* ist der Druck in der übervollen Blase höher als der Verschlussdruck des Schließmuskels.

Ursachen der Harninkontinenz im Alter

Während bei jüngeren PatientInnen die Inkontinenzursache häufig im Harntrakt selbst zu finden ist, kommen bei älteren eine große Anzahl medizinischer, psychosozialer Ursachen und Umgebungsfaktoren in Betracht.

Die *Veränderungen des Harntraktes* im Alter (Abnahme der Blasenkapazität, der Kontraktilität des Detrusors, des Harnröhrenruheverschlussdrucks, Detrusorinstabilitäten, Restharnneigung, etc.) disponieren zur Inkontinenz. Krankhafte Zustände im Bereich von Blase, Harnröhre und kleinem Becken, aber auch altersbedingte und krankhafte Veränderungen im Nervensystem

verschlechtern die Kontrolle über die Harnblase. Chronische Entzündungen, symptomatische Harnwegsinfekte, erschwerte Blasenentleerung verstärken die *Drangsymptomatik*. Eine atrophische Scheidenentzündung kann zu erschwerter (schmerzhafter) Blasenentleerung und in der Folge zu Dranginkontinenz führen, aber auch eine bestehende Stressinkontinenz ungünstig beeinflussen. Ursache der *Stressinkontinenz* ist eine geschwächte Beckenbodenmuskulatur, z. B. aufgrund von Schwangerschaft und Geburt, aber auch aufgrund hormoneller und altersbedingter Veränderungen. Die *Überlaufinkontinenz* kann durch einen schwachen Blasenmuskel oder ein Hindernis, das die Entleerung des Harnes erschwert bzw. beides gleichzeitig, verursacht sein. Insgesamt verringert sich im Alter die Fähigkeit, die Miktion zu verschieben und Belastungen des unteren Harntraktes zu kompensieren.

Eine wichtige Rolle für das Auftreten von Harninkontinenz im Alter spielen die Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) und altersbedingte Funktionseinbußen. Erkrankungen wie etwa Diabetes mellitus, Arteriosklerose, Bluthochdruck, etc. tragen zusammen mit geistigem und körperlichem Abbau, eingeschränkter Mobilität, nachlassender Beweglichkeit der Hände, eingeschränkter Sehfähigkeit zur Harninkontinenz bei. Ältere Menschen scheiden die Hauptflüssigkeitsmenge in der Nacht aus (Nykturie). Diuretika, Hypoglykämie und Hyperkalziämie sowie die Ausschwemmung peri-

⁶⁰¹ MADERSBACHER et al. (2000).

phärer Ödeme können zu vermehrter Urinausscheidung führen und in eine Inkontinenz übergehen. Häufige Stuhlverstopfung kann zu Drang- und Überlaufinkontinenz führen (ballaststoffreiche Kost und angemessene Flüssigkeitszufuhr helfen Verstopfungen zu verhindern). Auch psychische Probleme (wie z. B. depressive Verstimmungen) können eine Inkontinenz verschlimmern.⁶⁰²

Eine bedeutsame Rolle spielen Medikamenten(neben)wirkungen. Die Einnahme von z. B. Schlaf- und Beruhigungsmitteln kann dazu führen, dass die Toilette nicht rechtzeitig erreicht wird. Dies gilt auch für Diuretika, die zu vermehrter Flüssigkeitsausscheidung und zur Überforderung der Blasenkapazität führen. Auch Herz- und Kreislaufmedikamente können sich ungünstig auswirken. So z. B. können Alphablocker den Schließmuskeltonus senken und besonders bei Frauen eine Stressinkontinenz begünstigen.

Funktionsbeeinträchtigungen und Umgebungsfaktoren können sich ebenfalls auf die Kontinenz auswirken: Eingeschränkte Seh- und Hörfähigkeit, Immobilität, Verwirrtheit, mangelnde Unterweisung in fremder Umgebung (z. B. bei Krankenhausaufenthalten, Aufnahme in ein Pflegeheim) über den Weg zur Toilette wirken sich aufgrund der verkürzten Drangzeit im Alter dahingehend aus, dass die Toilette nicht rechtzeitig erreicht wird. Nicht selten kommt es aufgrund von Krankenhausaufenthalten mit Eingriffen am Harntrakt (z. B. Katheterismus) zu symptomatischen Harnwegsinfekten und in der Folge zu Inkontinenz.⁶⁰³ Wichtig beim älteren Menschen sind die Optimierung der Umgebung sowie die Auswahl einer der Situation angepassten Kleidung.

Psychische und soziale Konsequenzen der Inkontinenz

Harninkontinenz kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität älterer Betroffener und ihrer Angehörigen führen. Bei älteren Betroffenen kommt es häufig vor, dass aufgrund von Funktionseinschränkungen auch die Körperpflege leidet. Die Betroffenen verspüren Schuldgefühle, Scham und Verlegenheit und ziehen sich aus Angst, ihr Problem könnte in

der Öffentlichkeit, im Freundeskreis oder in der Familie bemerkt werden, zurück. Aber auch für pflegende Angehörige und das Pflegepersonal ist die Inkontinenz des älteren Menschen belastend und nicht selten mit negativen Reaktionen verbunden. Inkontinenz ist ein häufiger Grund für Einweisungen ins Pflegeheim und hat daher auch erhebliche volkswirtschaftliche Konsequenzen. Pflegeheimweisungen können, vor allem wenn sie unfreiwillig erfolgen, ebenfalls eine Inkontinenz auslösen bzw. eine bereits bestehende Inkontinenz verstärken.

Prävention, Früherkennung und Therapie

Angesichts der Folgen für die Betroffenen sind, wie dies die Weltgesundheitsorganisation fordert, Prävention, Früherkennung und Behandlung (einschließlich Rehabilitation) der Inkontinenz vordringliche gesundheitspolitische Aufgaben. Eine Prävention ist durchaus möglich. So etwa können durch gesunde, ballaststoffreiche Ernährung und regelmäßige Bewegung Übergewicht und Obstipation vermieden werden. Aber auch Milieugestaltung (z. B. ausreichende Kennzeichnung und Einübung des Wegs zur Toilette in Heimen, Krankenanstalten) kann präventiv wirken.

Inkontinenz wird vor allem im Alter nicht selten von den Betroffenen (insbesondere den Frauen) als „normaler“ Teil des Alterns hingenommen oder aus Scham erst gar nicht oder erst sehr spät mit dem Arzt bzw. der Ärztin besprochen. Aber auch ÄrztInnen (wie z. B. Umfragen bei niedergelassenen ÄrztInnen in Nordrhein-Westfalen zeigen) halten Inkontinenz im Alter häufig für schwer oder nicht therapierbar und leiten diagnostische Schritte oft nur zögerlich ein. Eine Studie in den USA kam zu dem Ergebnis, dass nur etwa jede zehnte von Harninkontinenz betroffene Frau aufgrund dieses Leidens in Behandlung ist.⁶⁰⁴

Auch wenn bestimmte Umstände die Diagnose und Therapie im Alter erschweren, lässt sich Inkontinenz auch im Alter durchaus erfolgreich behandeln. Wichtig ist eine möglichst früh einsetzende Behandlung. Diese erfordert eine situationsgerechte Abklärung der zugrunde liegenden Prozesse. Einfache Ursachen wie Harnwegsinfektionen müssen nachgewiesen und kon-

⁶⁰² Vgl. dazu z. B. KIRSCHNER-HERMANN (1998), S. 19.

⁶⁰³ BÖHMER (2004), S. 15.

⁶⁰⁴ THOM (1998).

sequent therapiert werden. Behandlung und Therapie richten sich nach der Form der Inkontinenz, wobei Medikamente, Kontinenztraining (Miktions- und Toiletten-, aber auch Beckenbodentraining), Elektrotherapie, Biofeedback, Gewichtsreduktion, Stuhlgangregulierung, gelegentlich auch Operation zum Einsatz kommen können. Bei alten PatientInnen mit Hirnleistungsabbau spielen Konditionierungsmethoden wie das Toiletentraining eine große Rolle.

Auswahl und Durchführung der Interventionsmaßnahmen müssen im interdisziplinären Team erfolgen. Im Zentrum der Förderung der Kontinenz und des Inkontinenz-Managements steht die Lebensqualität des älteren Menschen. Eine respektvolle Behandlung und die Wahrung der Intimsphäre der Betroffenen können wesentlich dazu beitragen, die Situation für sie zu erleichtern. Lässt sich die Inkontinenz nicht beseitigen, ist eine den individuellen Gegebenheiten angepasste Hilfsmittelversorgung von Bedeutung.

5.8.10 Demenz

Die Demenz ist eine der folgenschwersten Erkrankungen im höheren Lebensalter. Wesentliche Merkmale einer Demenz sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) die Abnahme von Gedächtnisleistungen und anderen kognitiven Fähigkeiten (Urteilsfähigkeit, Denkvermögen) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, Störung der Affektkontrolle, des Antriebs sowie des Sozialverhaltens (mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit und Apathie oder Vergrößerung des Sozialverhaltens) und fehlende Hinweise auf einen vorübergehenden Verwirrtheitszustand.

Bei der Demenz handelt es sich um eine fortschreitende Erkrankung, die meist nach mehrjährigem Verlauf zu geistigem Verfall mit Verlust der Sprachfähigkeit und schließlich zur Pflegebedürftigkeit führt. Neben kognitiven Störungen treten bei Demenzkranken auch häufig psychische Auffälligkeiten wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, Wahnvorstellungen auf. Diese Symptome verschlechtern die Lebensqualität der Betroffenen und stellen für die Betreuenden eine zusätzliche Belastung dar.

Die häufigste Demenzform ist mit ca. 60 bis 80 Prozent die *Alzheimer Demenz*.⁶⁰⁵ Als Risikofaktoren für die Alzheimer Demenz wurden in mehreren Studien Alter und Familiengeschichte nachgewiesen.⁶⁰⁶ Bisher ist keine direkte und ursächliche Beeinflussung der Krankheitsprozesse möglich, sondern lediglich eine symptomatische Behandlung. Mit Hilfe der derzeit eingesetzten Medikamente kann zwar der Verlauf der Erkrankung verlangsamt, die Demenz aber nicht gestoppt oder geheilt werden. Die Medikation ist vor allem in einem frühen Stadium der Alzheimer Demenz wirksam. Eine frühzeitige Erfassung einer Alzheimer Demenz ist daher besonders wichtig. Ein Screening auf Demenzsymptome bei älteren Menschen im Rahmen der Gesundheits-Checks könnte wesentlich zur Früherkennung bzw. frühzeitigen Behandlung beitragen.

Die *zweithäufigste Form* der Demenz ist mit 10 bis 25 Prozent die vaskulär (blutgefäß-)bedingte Demenz. Auch Mischformen aus vaskulärer und Alzheimer Demenz sind häufig. *Vaskuläre Demenzen* sind eine heterogene Krankheitsgruppe. Eine vaskuläre Demenz kann sowohl nach einem einmaligen ausgeprägten Hirninfarkt als auch nach wiederholten kleineren Hirninfarkten (Multiinfarkt-Demenz) entstehen. Charakteristisch für vaskuläre Demenzen sind, abgesehen von den vaskulären Ursachen, stark ausgeprägte kognitive Defizite, ein plötzliches Einsetzen der Symptome und eine eher stufenweise Verschlechterung. Der bedeutendste und bislang einzig gesicherte Risikofaktor für die vaskuläre Demenz ist die arterielle Hypertonie, als weitere Risikofaktoren gelten Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum. Die Prävention kann an diesen Risikofaktoren ansetzen. Auch wenn die Inzidenz der vaskulären Demenz aufgrund präventiver Maßnahmen sinken würde, ist aufgrund der Alterung der Bevölkerung ein weiteres Ansteigen zu erwarten.⁶⁰⁷

7 bis 25 Prozent aller Demenz-Kranken, so wird heute angenommen, haben eine Lewy-Körperchen-Demenz. Typisch sind dabei eosinophile Einschlusskörperchen in den Neuronen, die Lewy-Körperchen. Zudem besteht, wie auch bei Alzheimer-Kranken, ein cholinerges Defizit. Charakteristisch für die Lewy-Körperchen-De-

⁶⁰⁵ Die Angaben zur Prävalenz der verschiedenen Demenzformen variieren zum Teil. Die hier angeführten Prävalenzen wurden dem Konsensusstatement „Demenz“ der ÖSTERREICHISCHEN ALZHEIMER GESELLSCHAFT (2004) entnommen.

⁶⁰⁶ KRUSE, GROB et al. (2002), S. 18.

⁶⁰⁷ KRUSE et al. (2002), S. 19.

menz sind, abgesehen von kognitiven Störungen mit Fluktuationen der Hirnleistung und der Wachheit, optische Halluzinationen und Parkinson-Symptome.⁶⁰⁸

Zu unterscheiden von den Demenzen sind kurzzeitige *Verwirrtheitszustände* von wenigen Stunden bis zu wenigen Tagen. Ihre Ursachen sind vielfältig. So können reduzierte Sauerstoffversorgung des Gehirns, hohe psychische Belastungen (z. B. aufgrund von Konflikten, Umgebungswechsel bzw. Heimeinweisung), Medikamente bzw. Interaktionen von Medikamenten, mangelnde Flüssigkeitszufuhr, unzureichende Ernährung zu vorübergehender Verwirrtheit führen.

Verbreitung der Demenzerkrankungen

Die Verbreitung der Demenzerkrankungen kann derzeit nur ausgehend von Ergebnissen internationaler Studien geschätzt werden. Frauen haben, insbesondere im höheren Alter, ein im Vergleich zu den Männern deutlich erhöhtes Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Nach einer neueren Meta-Analyse steigt der Anteil von Demenzerkrankungen bei den Frauen von 1,0 Prozent bei den 65- bis 70-Jährigen auf 30,8 Prozent bei den 90-Jährigen und älteren. Bei den Männern sind von den 65- bis 70-Jährigen 1,6 Prozent betroffen, von den 90-Jährigen und Älteren 22,1 Prozent. Den höchsten Anteil an den Demenzerkrankungen im höheren Alter hat die Alzheimer Demenz.

Tabelle 5.46: Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Punktprävalenz						Ein-Jahresinzidenz		
	alle Demenzen		Alzheimer Demenz		Vaskuläre Demenz		alle Demenzen	Alzheimer Demenz	Vaskuläre Demenz
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	gesamt		
	Prozent								
65–70	1,6	1,0	0,6	0,7	0,5	0,1	0,24	0,12	0,07
70–75	2,9	3,1	1,5	2,3	0,8	0,6	0,55	0,33	0,12
75–80	5,6	6,0	1,8	4,3	1,9	0,9	1,60	0,91	0,35
80–85	11,0	12,6	6,3	8,4	2,4	2,3	3,05	2,18	0,59
85–90	12,8	20,2	8,8	14,2	2,4	3,5	4,86	3,53	0,61
90+	22,1	30,8	17,6	23,6	3,6	5,8	7,02	5,35	0,81

Quelle: LOBO et al. (2000), FRATIGLIONI et al. (2000); zitiert nach WANCATA (2002), S. 53.

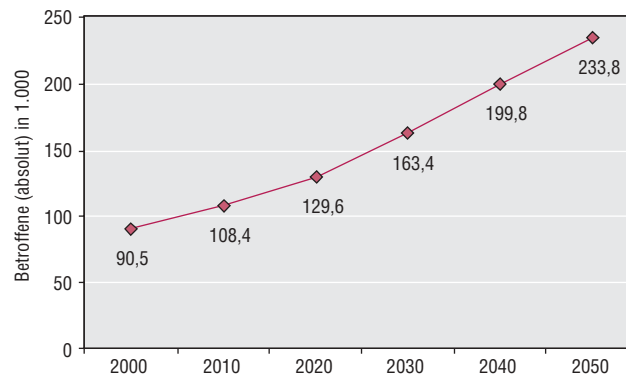
Aufgrund des zu erwartenden Anstiegs der Zahl betagter und hochbetagter Menschen ist in Zukunft mit einer erheblichen Zunahme demenzieller Erkrankungen zu rechnen. Unter Bezugnahme auf die oben referierten Prävalenzen und die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung wurde für Österreich ein Anstieg von etwa 90.500 Demenzkranken im Jahr 2000 auf 233.800 Demenzkranke bis zum Jahr 2050 errechnet.⁶⁰⁹ Die Zahl

der Demenzkranken wird also in den nächsten 50 Jahren auf das Zweieinhalbfache steigen, zurückzuführen vor allem auf eine stark zunehmende Zahl an PatientInnen mit Alzheimer Demenz. Die Prävalenz der Demenzerkrankungen wird bei den über 60-Jährigen von 5,4 Prozent im Jahr 2000 auf 8,3 Prozent im Jahr 2050 zunehmen. Eine Aufgliederung nach Geschlecht liegt für die Vorausschätzung nicht vor.

⁶⁰⁸ NERVENARZT 12 (2000).

⁶⁰⁹ WANCATA (2002), S. 53. Diese Bevölkerungsprognose wurde jedoch neuerlich revidiert.

Grafik 5.39: Entwicklung der Zahl der Demenzkranken in Österreich von 2000 bis 2050



Quelle: WANCATA (2002), S. 53.

Eine interdisziplinäre, bevölkerungsbezogene Längsschnittstudie des Ludwig Boltzmann-Instituts für Altersforschung am Wiener Donauespital (SMZ-Ost; Vienna-Transdanube-Aging [VITA] Studie; Leitung: Prof. Dr. Karl Heinz TRAGL) erforscht in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen im In- und Ausland seit dem Jahr 2000 Epidemiologie, Risiko- und Schutzfaktoren der Demenz.⁶¹⁰ Und zwar wurden vom Mai 2000 bis November 2002, d. h. innerhalb eines Zeitraumes von zweieinhalb Jahren, alle 75-jährigen EinwohnerInnen des 21. und 22. Wiener Gemeindebezirks zur Basisuntersuchung eingeladen. Insgesamt wurde mit 1.505 Personen (60 Prozent Frauen, 40 Prozent Männer) persönlicher Kontakt aufgenommen. 606 Personen haben sich der Basisuntersuchung unterzogen. Erhoben wurden psychosoziale Daten, Blutbefunde, des Weiteren wurden psychologische, psychiatrische und neurologische Untersuchungen sowie eine Magnetresonanz-Untersuchung durchgeführt. Eine erste Nachuntersuchung fand von Dezember 2002 bis Mai 2005 statt. Die Wiederteilnahme der zu diesem Zeitpunkt nunmehr 78-jährigen StudienteilnehmerInnen war mit 82 Prozent sehr hoch (6 Prozent waren verstorben). Seit Juni 2005 (5 Jahre nach Beginn der Studie) findet die zweite Nachuntersuchung statt.

Zum Zeitpunkt der *Basisuntersuchung* waren 96 Prozent der StudienteilnehmerInnen nicht dement, bei 4 Prozent wurde (nach internationalen Kriterien) eine Demenz festgestellt. 89 Prozent der Erkrankten hatten eine Alzheimer-Demenz. 53 Prozent der TeilnehmerInnen an der Basisuntersuchung waren geistig völlig gesund, 47 Pro-

zent wiesen leichte kognitive Beeinträchtigungen (MCI = Mild Cognitive Impairment) auf. Geschlechtsspezifische Angaben wurden bisher nicht präsentiert.

Die *erste Nachuntersuchung* ergab, dass von den zum Zeitpunkt der Basisuntersuchung nicht dementen StudienteilnehmerInnen 19 Prozent innerhalb von zweieinhalb Jahren eine Demenz entwickelten (bei 15 Prozent wurde eine beginnende Demenz festgestellt, 4 Prozent waren bei der ersten Nachuntersuchung deutlich dement). Als ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz erwiesen sich Depressionen. Während bei Personen, die noch nie in ihrem Leben an einer Depression erkrankt waren, das Risiko, innerhalb von zwei Jahren eine Demenz zu entwickeln, bei 11 Prozent lag, war bei den zum Zeitpunkt der Basisuntersuchung intellektuell gesunden WienerInnen, die schon früher an einer Depression erkrankt waren oder bei denen im Rahmen der Basisuntersuchung erstmals eine Depression diagnostiziert wurde, das Risiko, eine Demenz zu entwickeln, doppelt so hoch (22 Prozent).

Leichte kognitive Beeinträchtigungen (auch umschrieben mit dem Begriff der „gutartigen Altersvergesslichkeit“) finden sich in der älteren Bevölkerung häufig.⁶¹¹ So z. B. berichteten im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 von den 60- bis 74-Jährigen 9,2 Prozent der Frauen und 8,3 Prozent der Männer über Gedächtnisschwäche bzw. Konzentrationsstörungen, bei den 75-Jährigen und älteren stieg der Anteil der Betroffenen bei den Frauen auf 21,3 Prozent bei den Männern auf

⁶¹⁰ VITA (Vienna Transdanubien Aging) – Studie, Presse-Info (o. J.).

⁶¹¹ KRUSE, GROB (2002), S. 18.

24,3 Prozent. Die VITA-Studie kam hinsichtlich der Frage, ob eine leichte kognitive Beeinträchtigung als gutartige altersassozierte Leistungsminderung oder als Vorstadium der Demenz zu interpretieren ist, zu folgendem Ergebnis: Nur ein Drittel (33 Prozent) der 75-Jährigen, die sich schon zur Basisuntersuchung in einem Vorstadium der Demenz befanden und die innerhalb von zweieinhalb Jahren an einer Demenz erkrankten, klagte(n) über Vergesslichkeit, aber auch 10 Prozent der geistig gesunden und geistig gesund gebliebenen StudienteilnehmerInnen. Klagen über die eigene Vergesslichkeit scheinen demnach nur von geringer diagnostischer Relevanz bei der Demenz. Voraussetzung für die Feststellung, ob (bei subjektiver kognitiver Beeinträchtigung) tatsächlich ein Vorstadium einer Demenz bzw. eine beginnende Demenz vorliegt, ist die Testung des Gedächtnisses.

Diagnose und Therapie von Demenzerkrankungen

Leider werden Demenzerkrankungen auch heute noch in der Regel erst dann erkannt, wenn die Betroffenen deutliche Symptome zeigen. Laut VITA-Studie waren Demenzen bei zwei Drittel der Betroffenen unbehandelt. Frühe Diagnose und Therapie sind bei Demenzerkrankungen von großer Bedeutung. Spezialeinrichtungen wie zum Beispiel Gedächtnisambulanzen bieten wichtige Hilfestellungen in den Bereichen Diagnose, Beratung, Therapie und Behandlung von Demenzerkrankungen. Die therapeutischen Maßnahmen umfassen medikamentöse und nichtmedikamentöse Interventionen. Seit dem Jahr 1996 ermöglichen so genannte Acetylcholinesterasehemmer eine Therapie der Alzheimer Demenz. Seit einiger Zeit ist auch Memantine bei der Therapie von Alzheimer Demenz zugelassen. Dank dieser Medikamente können intellektuelle Ausfälle verzögert und das Vorschreiten der Demenz und die Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden. Die Therapie sollte allerdings schon bei milder Demenz beginnen.⁶¹² Kognitive Trainingsprogramme wirken sich vor allem bei leichter und mittelschwerer Demenz positiv auf Gedächtnis, Orientierung, Sprache und Alltagskompetenz aus. Psychomotorische Übungen unterstützen den Trainingseffekt. Nicht kognitive Trainingsprogramme

wie z. B. Milieutherapie, Biografiearbeit, Musik- und Kunsttherapie, Tiertherapie haben selbst bei schwerer Demenz positive Auswirkungen auf die Befindlichkeit, die Stimmung und das Verhalten der Erkrankten.⁶¹³

Konzentration und Gedächtnis lassen sich auch im Alter trainieren. Gedächtnistrainingskurse für ältere Menschen sind bereits jetzt Standardprogramm in den Heimen und den Institutionen der Erwachsenenbildung. Die bisherigen Studien konnten klar belegen, dass durch Gedächtnistraining und Konzentrationsübungen wirksame Abhilfe gegen Probleme mit Gedächtnis bzw. Konzentration geleistet und Abbauprozessen im Alter vorgebeugt werden kann.⁶¹⁴ Als besonders vorteilhaft erweist sich die Kombination von Gedächtnis- und Bewegungstraining.

Qualifizierung des Personals in den Einrichtungen der Altenhilfe im Umgang mit Demenzkranken

Zu den pflegerischen Maßnahmen zählen neben Pflegeanamnese und -planung, aktivierende und reaktivierende Pflege, Validation, Biografiearbeit und basale Stimulation. Viel versprechend im Umgang mit Demenzkranken ist der Einsatz von *Validation*, ein Ansatz, der von Naomi FEIL in den USA entwickelt wurde. Validation ist einerseits eine grundsätzliche Haltung zum Phänomen der Verwirrtheit, andererseits eine konkrete Umgangsform mit Verwirrten und Demenzkranken. Validation zielt vor allem darauf ab, die hinter dem verwirrten Verhalten liegenden Gefühle zu verstehen, wodurch es leichter gelingt, das Verhalten, die Erlebnis- und Sichtweise der Betroffenen zu akzeptieren. Evaluationsergebnisse zeigen, dass Validation nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die BetreuerInnen Entlastung bringt.⁶¹⁵

Bedarf an institutioneller Hilfe

Die steigende Zahl der Demenzkranken führt zu einem erhöhten Bedarf an institutioneller Hilfe. Früher ging man von einer Dauer der Alzheimer'schen Erkrankung von etwa 7 bis 8 Jahren, der vaskulären Demenz von etwa 5 bis 6 Jahren aus. Aufgrund der Verbesserung der allge-

⁶¹² VITA (Vienna Transdanubien Aging) – Studie, Presse-Info (o. J.), S. 1.

⁶¹³ Vgl. dazu ÖSTERREICHISCHE ALZHEIMER-GESELLSCHAFT (2004), S. 12.

⁶¹⁴ OSWALD, RÖDEL (1995).

⁶¹⁵ WIEGELE et al. (1999).

meinen Gesundheit von DemenzpatientInnen und aufgrund besserer Behandlungsmöglichkeiten, ist derzeit von einer durchschnittlichen Dauer der Alzheimer Demenz von etwa 10 Jahren und der vaskulären Demenz von etwa 8 Jahren auszugehen. Vor allem im fortgeschrittenen Stadium lässt sich bei Demenz eine Heimunterbringung meist nur schwer vermeiden. Allein Lebende, bei denen eine Demenz auftritt, müssen bereits in Heimen untergebracht werden, bevor sie regelmäßige Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens brauchen.

Beratung und Stützung pflegender Angehöriger

Demenzranke haben hohen Betreuungs- und Hilfebedarf. Damit DemenzpatientInnen (zumindest eine Zeit lang) zu Hause gepflegt werden können, ist die Beratung und Stützung pflegender Angehöriger (durch Bereitstellung von Beratungsangeboten, Gesprächskreisen, ambulanten Diensten wie etwa Hauskrankenpflege, Heimhilfe, etc.) besonders wichtig. Entlastend für die Pflegenden sind vor allem Kurzzeit-, Urlaubs-, Tagespflege und ev. auch Nachtbetreuung. Eine zeitweise Entlastung pflegender Angehöriger kann wesentlich dazu beitragen, die Institutionalisierung hinauszuschieben oder zu vermeiden.

Schwierigkeiten entstehen oft durch falsches Verhalten der Angehörigen. Die PatientInnen reagieren dann gereizt und aggressiv oder depressiv und ziehen sich zurück. Aufklärung und Beratung von Angehörigen, die Demenzranke betreuen und pflegen, ist besonders wichtig. Auch Selbsthilfegruppen leisten einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Schwierigkeiten bei der Pflege von Demenzkranken.

5.8.11 Depression

Verbreitung

Depressionen gehören neben der Demenz zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Ebenso wie im jüngeren und mittleren Alter treten sie auch im höhe-

ren bei Frauen häufiger als bei Männern auf.⁶¹⁶ US-amerikanische Studien ermittelten für schwere Depressionen bei älteren Menschen eine Prävalenz von ca. 4 Prozent, mindestens weitere 10 bis 15 Prozent der Betagten leiden an mittelschweren und leichteren Krankheitsformen. Für die Dysthymie wurde eine Prävalenz von rund 2 Prozent festgestellt.⁶¹⁷ Nach den Ergebnissen der VITA Studie des Ludwig Boltzmann-Instituts für Altersforschung am Wiener Donauespital leiden 16,5 Prozent der 75-Jährigen (aus den Wiener Bezirken Floridsdorf und Donaustadt) an einer Depression, bei 5,6 Prozent wurde ein Depressions-Vorstadium diagnostiziert. Die Studie verweist auf eine Zunahme der Depressionen mit höherem Alter. Bei der ersten Nachuntersuchung (nach 30 Monaten) waren von den nunmehr 78-Jährigen bereits 28,3 Prozent deutlich depressiv, bei 15,0 Prozent wurde ein Depressions-Vorstadium diagnostiziert. Zudem zeigte sich, dass an Depressionen Erkrankte ein deutlich erhöhtes Risiko haben, später an einer Demenz zu erkranken.⁶¹⁸

In der Berliner Altersstudie betrug bei den untersuchten 70- bis 100-Jährigen die Prävalenz depressiver Störungen 9,1 Prozent, davon litten 4,8 Prozent an einer Major depression.⁶¹⁹ Häufig bei älteren Menschen sind Störungen mit subdiagnostischer Symptomatik, die sich auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen, das Krankheitserleben (vor allem das Schmerzerleben), die Lebenseinstellung und das persönliche Altersbild auswirken. In der Berliner Altersstudie wurden bei rund 18 Prozent der 70 bis 100-Jährigen Depressionen mit subdiagnostischer Symptomatik festgestellt. 13,2 Prozent gaben Lebensüberdross an, 1,2 Prozent hatten Selbstmordgedanken.⁶²⁰ Besonders hohe Anteile an depressiv Erkrankten finden sich unter HeimbewohnerInnen, SpitalspatientInnen sowie unter PatientInnen in Hausarztpraxen.⁶²¹

Ursachen und Therapie

Die *Ursachen der Depression* im Alter unterscheiden sich nicht grundsätzlich von jenen im mittleren Alter. Allerdings sind im Alter Belastungen aufgrund von

⁶¹⁶ BENAZZI (1999); BIRKHÄUSER (2002).

⁶¹⁷ BUSSE, BLAZER (1995).

⁶¹⁸ VITA (Vienna Transdanubien Aging) – Studie, Presse-Info (o. J.), S. 5.

⁶¹⁹ LINDEN et al. (1998).

⁶²⁰ HELMCHEN et al. (1996).

⁶²¹ JACOBY (1997).

Krankheit und Behinderung, Verlusterlebnissen (z. B. Partnerverlust, Einsamkeit), die als auslösende Faktoren für Depressionen gelten, häufiger. Frauen sind häufiger als Männer von Multimorbidität (das heißt gleichzeitigem Vorhandensein körperlicher und/oder psychischer Erkrankungen) und kritischen Lebensereignissen (z. B. Partnerverlust) betroffen. Ebenso finden sich eine Reihe von Krankheiten, mit denen Depressionen assoziiert sind, wie z. B. Demenzen, bei Frauen häufiger.

Die Depression ist keineswegs, wie es der Begriff der Altersdepression suggeriert, ein normaler Bestandteil des Alters. Symptome und der Krankheitsverlauf unterscheiden sich jedoch zum Teil von jenen bei jüngeren Menschen. Vielfach werden Depressionen (aber auch andere psychische Erkrankungen) bei älteren Menschen nicht erkannt (und in der Folge auch nicht behandelt), weil sie zum Teil durch körperliche Erkrankungen überlagert sind oder als Ausdruck des Alterns betrachtet werden. Ältere Menschen mit Depressionen klagen häufiger über körperliche und seltener über psychische Beschwerden, wie zum Beispiel vermehrte Traurigkeit. Auch werden depressive Symptome im Alter (wie z. B. mangelnde Energie, Hoffnungslosigkeit) fälschlicherweise oft als normale Alterserscheinungen abgetan. Anzeichen einer Depression sind gedrückte Stimmung, anhaltende Interessens- und Hoffnungslosigkeit, Antriebs- und Energielosigkeit, Müdigkeit, ein herabgesetztes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle sowie Suizidgedanken. Hinzu kommen körperliche Symptome wie Magen- und Rückenschmerzen oder Schlaf- und Appetitlosigkeit.

Studien belegen die Wirksamkeit medikamentöser Therapien und psychotherapeutischer Behandlung bei Depressionen im Alter. Dennoch erhalten, wie die VITA-Studie belegt, ca. zwei Drittel der älteren Betroffenen keine medikamentöse Behandlung.⁶²² Unbehandelte Depressionen können, abgesehen von persönlichem Leid und zunehmender sozialer Isolierung, auch zu erhöhter Morbidität und Mortalität führen. Depressionen sind eine der Hauptursachen von Suiziden: 15 Prozent der PatientInnen, die an einer Depression erkrankt sind, nehmen sich das Leben. Das Suizidrisiko nimmt im hohen Alter deutlich zu. Suizide älterer und alter Menschen zeigen in Österreich eine steigende

Tendenz.⁶²³ Die Suizidrate ist jedoch (auch im Alter) bei Männern höher als bei Frauen. Österreich wies im Jahr 2000 bei den über 65-Jährigen, mit 66,9 Sterbefällen pro 100.000 bei den Männern und 19,4 bei den Frauen, die höchste Suizidsterblichkeit innerhalb der ehemaligen 15 Länder der Europäischen Union auf. Unter Berücksichtigung der neuen Beitrittsländer nahm Österreich bei den über 65-jährigen Frauen den siebenten, bei den gleichaltrigen Männern hinter Slowenien, Ungarn, Lettland und Litauen den fünften Rang ein.⁶²⁴

Durch Abbau des fachlich nicht zu rechtfertigenden therapeutischen Nihilismus bei psychischen Störungen älterer Menschen und die Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung älterer Menschen kann ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit im Alter geleistet werden.

Besonders häufig sind psychische Störungen in den Heimen. Pflegekräfte haben eine entscheidende Vermittlerfunktion zwischen BewohnerInnen, ÄrztInnen und Angehörigen. Um die psychische Versorgung in den Heimen zu verbessern, werden bzw. wurden in Bayern in Zusammenarbeit der Präventionsinitiative „Bayern aktiv“ des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz mit verschiedenen Gruppen („Bündnis gegen Depression“) 300 eigens entwickelte Schulungen für Altenpflegekräfte durchgeführt. Ziel der vierstündigen Schulungen ist es, Pflegekräfte in der Altenpflege stärker für das Thema zu sensibilisieren, damit sie Depressionen besser erkennen und die Kommunikation mit den behandelnden ÄrztInnen erleichtert wird.

5.8.12 Aspekte der Betreuung und Pflege in Heimen

Die Situation in den stationären Einrichtungen der Altenpflege hat sich in Wien (und Österreich) im letzten Jahrzehnt erheblich verändert. Nicht zuletzt aufgrund des Ausbaus der ambulanten Dienste übersiedeln Menschen meist erst im hohen Alter in stationäre Einrichtungen. Dies hat zur Folge, dass der Betreuungsbedarf steigt. Psychosoziale Probleme der BewohnerInnen

⁶²² VITA (Vienna Transdanubien Aging) - Studie, Presse-Info (o.J.), S. 5.

⁶²³ KATSCHNIG et al. (2004).

⁶²⁴ HOFMARCHER et al. (2003).

von Pflegeeinrichtungen (Depressionen, Demenzerkrankungen, Inkontinenz, Medikamenten- und Alkoholmissbrauch, soziale Isolation, Aggressionen, etc.) stellen das Personal vor große Herausforderungen.

Wien hat neben Salzburg die von allen Bundesländern höchste Versorgungsdichte mit Heimplätzen, am niedrigsten ist sie im Burgenland.⁶²⁵ Die Klientel der stationären Einrichtungen der Altenhilfe ist überwiegend weiblich. Das heißt, die in stationären Einrichtungen (insbesondere im Pflegebereich) vorfindbaren Probleme betreffen vor allem Frauen.

In Wien stehen in den 31 städtischen Wiener Pensionistenwohnhäusern des Kuratoriums der Wiener Pensionistenheime rund 7.700 Wohnplätze und 1.750 Plätze auf Pflegestationen zur Verfügung. Die einzelnen Heime haben zwischen 220 und 300 Plätze. Gleichzeitig wird für die Inanspruchnahme von 37 Wohn- und Pflegeheimen verschiedener nicht öffentlicher Träger bei unzureichenden Einkommensverhältnissen der BewohnerInnen ein Kostenzuschuss gewährt. Der Antrag ist beim Fonds Soziales Wien zu stellen, Heimaufsicht und Qualitätssicherung liegen bei der Magistratsabteilung 15. Insgesamt stehen hier 5.300 Wohn- und Pflegeplätze zur Verfügung. Die Zahl der Plätze pro Heim liegt zwischen 20 und 430. Träger sind die Barmherzigen Brüder, die Caritas der Erzdiözese Wien, die Caritas Socialis, die Franziskanerinnen, das Haus der Barmherzigkeit, etc. Im Jahr 2004 wurden 7.117 KlientInnen in den vom Fonds Soziales Wien geförderten Wohn- und Pflegeheimen an insgesamt 1.731.613 Verpflegungstagen betreut (das bedeutet durchschnittlich 243,3 Verpflegungstage pro KlientIn); rund drei Viertel der KlientInnen waren Frauen.⁶²⁶ Zusätzlich gibt es in Wien eine Reihe privater Wohn- und Pflegeheime ohne Förderung.

Des Weiteren stehen in den acht in Wien vom Wiener Krankenanstaltenverbund (WKAV) betriebenen Geriatriezentren rund 4.900 Pflegeplätze zur Verfügung. Weitere 840 Plätze befinden sich in den ebenfalls vom KAV betriebenen Geriatriezentren in Niederösterreich (Ybbs, Klosterneuburg, St. Andrä). In einzelnen Pflegeheimen besteht die Möglichkeit einer auf fünf Wochen beschränkten Urlaubsbetreuung sowie einer auf drei Monate beschränkten Kurzzeitpflege.

⁶²⁵ ÖBIG (2004a), S. VII.

⁶²⁶ FONDS SOZIALES WIEN (2005), S. 76 ff.

⁶²⁷ Vgl. dazu SOWARKA et al. (2002), S. 26.

Im Folgenden wird auf einzelne Problembereiche, die ältere Menschen in stationären Einrichtungen (aber auch außerhalb) betreffen, und zwar die Themen Gewalt gegenüber Älteren, Medikamentenversorgung und -missbrauch sowie Alkoholkonsum und -abhängigkeit eingegangen. Bei allen drei Themen handelt es sich um stark tabuisierte Bereiche, für die keine systematischen Erfahrungswerte für Wien (und Österreich) zur Verfügung stehen. Es ist daher erforderlich, auf Ergebnisse aus Untersuchungen im Ausland zurückzugreifen. Erwähnt sei, dass auch im Ausland nur wenige Untersuchungen zu den angeführten Themen vorliegen.

Gewalt

Nach bekannt werden von Vorfällen rücken Missstände in den Pflegeheimen in den Medien und in der politischen Diskussion kurzzeitig immer wieder in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sind aber bisher in Wien (und Österreich) kaum Gegenstand wissenschaftlicher Analysen. Insbesondere gilt dies für Gewalt von Pflegenden gegenüber älteren Menschen. Aber auch in anderen Ländern liegt, z. T. zurückzuführen auf den schwierigen Zugang zu zuverlässigen Daten in diesem Bereich, nur eine begrenzte Zahl wissenschaftlicher Untersuchungen vor.⁶²⁷

Prävalenz und Erscheinungsformen von Gewalt

Gewalt, wobei nicht nur Gewalt von Pflegenden gegenüber älteren Menschen, sondern unter Umständen auch Gewalt älterer Menschen gegenüber Pflegenden und gegenüber MitbewohnerInnen eine Rolle spielt, kann verschiedene **Erscheinungsformen** annehmen. Gewalt kann sich sowohl auf *körperlicher* als auch auf *psychischer* Ebene manifestieren, sich auf aktives Handeln, oder das Unterlassen erforderlicher Handlungen beziehen. Sie kann sowohl die Form einer *Misshandlung* als auch der *Vernachlässigung* annehmen. Bei Gewalttaten kann es sich um *individuelles Fehlverhalten*, aber auch um *strukturelle Gewalt* handeln (z. B. Nötigung eines alten Menschen mit einer wildfremden Person in ein Zimmer zu ziehen, aufgrund von Personalmangel zu einer bestimmten Zeit ins Bett zu gehen).

Die Gewalthandlung kann in aggressiver Absicht oder ohne solche erfolgen. Letzteres scheint in der Altenpflege eher der Fall zu sein.⁶²⁸

Über die Prävalenz der Gewalt in stationären Einrichtungen der Altenhilfe ist wenig bekannt. In einer schriftlichen Befragung von 499 Pflegepersonen in stationären Einrichtungen in zwei schwedischen Städten gaben 11 Prozent an, von einer Misshandlung zu wissen, 2 Prozent haben ihren eigenen Angaben nach schon selbst einmal Gewalt gegenüber älteren Menschen ausgeübt.⁶²⁹

Aufgrund schriftlicher Befragung von Pflegenden in Altenheimen kristallisieren sich folgende Ergebnisse heraus: Physische Misshandlung ist seltener als verbale. Gewalt gegenüber HeimbewohnerInnen wird vor allem angewendet, um Arbeiten (Intimpflege, Essen verabreichen, Ankleiden, Medikamente verabreichen) schneller zu erledigen. Verbale Aggressionen werden zum Teil als „normal“ bzw. gerechtfertigt angesehen. Sedierung und Fixierungsmaßnahmen werden vorwiegend unter dem Aspekt der Verletzung der Aufsichtspflicht in Erwägung gezogen. Auch subtilere Formen der Gewaltanwendung z. B. in Form von Bewegungseinschränkung (etwa wenn Personen, die auf Hilfe angewiesen sind, nicht aus dem Bett oder Sessel geholfen wird) kommen vor. **Gewaltopfer** sind vor allem hochaltrige, bescheidene, autoritätshörige Frauen,⁶³⁰ kognitiv beeinträchtigte Frauen mit schlechtem Gesundheitszustand bzw. hochaltrige Menschen, die aufgrund starker körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung hohen Pflegeaufwand haben.⁶³¹

Ursachen von Gewalt (Beispiele)

Überforderung und Stress spielen als Ursachen von Gewalt in Pflegesituationen eine wichtige Rolle. Gewaltanwendung ist in diesem Fall eine extreme Reaktion auf die mit der Pflegetätigkeit einhergehenden Belastungen, deren Ursachen individueller (z. B. mangelnde Kompetenz im Umgang mit Stress und Konflikten,

schlechte Ausbildung, Belastungen aufgrund familiärer Konflikte) und/oder institutioneller Natur (fehlendes oder schlechtes Management, Personalmangel, etc.) sein können. Stress führt auch häufig zu mangelnder Wahrung der Intimsphäre der zu Pflegenden und verhindert Zuwendung und emotionale Nähe.⁶³²

Persönlichkeitsstruktur der Pflegeperson: Viele Gewalthandlungen sind in der Persönlichkeit des Täters bzw. der Täterin begründet. Dazu zählen ein Mangel an impulsiver Kontrolle (d. h. schnell aufbrausende Charaktere), eigene Gewalterfahrungen in der Kindheit, Suchterkrankungen, mangelndes Einfühlungsvermögen, geringe Berufsmotivation, negative Einstellungen zur Pflege und älteren Menschen, Gleichgültigkeit, Angewiesensein auf das Geld bei fehlender Motivation, Verkennen der Bedürfnisse älterer Menschen, das Gefühl, ältere Menschen erziehen zu müssen, etc. Ein Beziehungsgefüge von Macht und Ohnmacht disponiert zu Beziehungsdynamiken, die zu Misshandlung oder Vernachlässigung führen.

Gewalt fördernde strukturelle und subkulturelle Orientierungen: DIESENBACHER und SCHÜLLER⁶³³ kommen aufgrund einer Analyse von vier Gerichtsakten, Gewalttätigkeiten in Heimen in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland betreffend, zu dem Ergebnis, dass Gewaltanwendung nicht von der Institution, in der sie stattfindet, getrennt werden kann. Gewalthandlungen entstehen oft in einem Milieu, das solche Handlungen fördert, sie für notwendig erachtet, entschuldigbar macht, sie leugnet oder umdeutet, in dem sich Zeugen passiv verhalten bzw. zu Komplizen werden. Mangelnde formelle und informelle Kontrolle, informelles Tolerieren bestimmter Umgangsformen mit den Pflegebedürftigen, mangelnde Kompetenzen des Führungspersonals, Gewalthandlungen zu erkennen, mangelnde Heimaufsicht können Gewaltanwendung begünstigen.⁶³⁴

Mangelnde Ausbildung und Unterstützung: Fachliche und soziale Kompetenz können wesentlich zur Verhin-

⁶²⁸ BMFSFJ (2002), S. 281.

⁶²⁹ SAVEMANN, ASTRÖM et al. (1998).

⁶³⁰ Vgl. dazu auch BMFSFJ (2002), S. 281.

⁶³¹ SAVEMANN, ASTRÖM et al. (1998).

⁶³² SOWARKA et al. (2002).

⁶³³ DIESENBACHER, SCHÜLLER (1993).

⁶³⁴ http://ahz-ochs.de/pdf_dateien/gewalt_pflege.pdf

derung von Gewalt beitragen. Supervision gilt als wichtiges Instrument, Burnout zu verhindern, das ebenfalls ein Risikofaktor für Gewaltanwendung ist.

Meist sind *mehrere Ursachen*, die sich zum Teil gegenseitig verstärken, am Entstehen von Gewalt beteiligt. So kommt SCHNEIDER⁶³⁵ aufgrund einer schriftlichen Befragung von 205 Personen (HeimleiterInnen und Pflegepersonal) in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu dem Schluss, dass das Zusammentreffen ungünstiger MitarbeiterInnenprofile mit bestimmten strukturellen Charakteristika des Heimes die Gewaltbereitschaft erhöht. Die Anwendung von Gewalt (es handelte sich vorwiegend um psychosoziale Gewalt, die sich in unterschiedlichen Formen manifestierte) korreliert mit niedrigem Lebensalter der MitarbeiterInnen, geringer Motivation zur Weiterbildung, geringer Arbeitszufriedenheit, Lebensproblemen der MitarbeiterInnen, der Heimgröße sowie einer unzureichenden Personalausstattung im Heim. Festgestellt wurden auch Zusammenhänge zwischen dem Sozialverhalten von HeimbewohnerInnen und MitarbeiterInnen. Dies lässt vermuten, dass die Gewalttätigkeit einer Personengruppe auch Gewalt in anderen Personengruppen fördert und prosoziales Verhalten behindert.

Medikamentenversorgung

Der Konsum von Medikamenten spielt bei älteren Menschen eine bedeutsame Rolle. Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 haben von den in Privathaushalten lebenden Personen in Wien ab 75 Jahren in den beiden letzten zwei Wochen vor der Befragung 87,1 Prozent der Frauen und 84,9 Prozent der Männer eines (oder mehrere) Medikamente eingenommen.⁶³⁶ Am häufigsten werden von den älteren Menschen Medikamente gegen Bluthochdruck eingenommen: Von den 75-Jährigen und Älteren waren es in den letzten zwei Wochen vor der Befragung 38,9 Prozent der Frauen und 41,1 Prozent der Männer.

Besonderheiten der Medikation im Alter

Die medikamentöse Therapie unterliegt beim älteren Menschen einer Reihe von Besonderheiten. Zu beob-

achten sind verstärkte bzw. veränderte Wirkungen von Arzneimitteln, die auf Veränderungen in der Pharmakokinetik (Resorption, Transport, Stoffwechsel und Ausscheidung eines Arzneimittels) und Pharmakodynamik (Wirkung des Arzneimittels auf den Organismus und seine Funktion) zurückzuführen sind. Im Alter nimmt die Funktion der die Arzneimittel eliminierenden Organe ab. Aufgrund der Multimorbidität müssen ältere Menschen meist mehrere Medikamente einnehmen, wodurch das Risiko von Wechselwirkungen von Medikamenten steigt. Was die Pharmakodynamik betrifft, so kann es im höheren Alter aufgrund eingeschränkter Regulationsmechanismen und veränderter Empfindlichkeiten auf Rezeptorebene zu qualitativ und quantitativ veränderten Arzneimittelwirkungen kommen.⁶³⁷ Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Tatsache, dass bisher eine systematische Untersuchung möglicher geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Wirkung von Arzneimitteln in den Zulassungsverfahren weitgehend fehlt.⁶³⁸

Von besonderer Bedeutung ist bei der Medikation im Alter die Compliance, d. h. die Befolgung des ärztlichen Rats in Bezug auf die Medikamenteneinnahme. Zwar wird die überwiegende Mehrheit durch den Arzt bzw. die Ärztin bzw. in der Apotheke darüber aufgeklärt, wie die Medikamente einzunehmen sind. So gaben im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey von den 75-Jährigen und Älteren 96,0 Prozent der Frauen und 92,1 Prozent der Männer an, vom Arzt aufgeklärt worden sein, wie die Medikamente eingenommen werden müssen. Eine Aufklärung über Nebenwirkungen der einzunehmenden Medikamente durch den Arzt bzw. die Ärztin erhielten von den 75-Jährigen und Älteren jedoch nur die Hälfte der Frauen (50,8 Prozent) und 38,9 Prozent der Männer. Schwierigkeiten bei der praktischen Handhabung von Medikamenten, Medikamentennebenwirkungen, kognitive Einschränkungen, Sehbehinderungen, aber auch die Art der Aufbereitung der Medikamente durch die Industrie können bei älteren Menschen zu beachtlichen Abweichungen zwischen Verordnung und Einnahme von Medikamenten führen. Die Komplexität der Dosierungsschemata und die Zahl der einzunehmenden Medikamente wirken sich ebenfalls auf die Compliance aus.⁶³⁹

⁶³⁵ SCHNEIDER (1990).

⁶³⁶ STADT WIEN (2001), S. 156.

⁶³⁷ MÖRIKE, SCHWAB (2000).

⁶³⁸ THÜRMAN (2002).

Die Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung“ in Nordrhein-Westfalen bemängelte bei älteren Frauen ein hohes Ausmaß an Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Medikamenten von mit zum Teil schwerwiegenden Folgen.⁶⁴⁰ Laut Berliner Altersstudie⁶⁴¹ ist die Prävalenz der **Untermedikation**, definiert als mindestens eine unbehandelte, prinzipiell aber medikamentös behandelbare Erkrankung mittleren oder schwereren Grades, bei Frauen und Männern ähnlich häufig und nimmt mit dem Alter signifikant zu. Am häufigsten unterbehandelt blieben von den körperlichen Erkrankungen Hypertonie, Hyperlipidämie, Herzinsuffizienz und Diabetes mellitus.

Ca. jede fünfte Person ab 70 Jahren wurde mit mindestens einem nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeigneten Medikament behandelt, das entweder überhaupt nicht (z. B. Resperin, Diazepam), in niedriger Dosierung (Hydrochlorothiazid) oder nur über einen kürzeren Zeitraum (Oxazepam, Ranitidin) bei der Behandlung älterer Menschen eingesetzt werden sollte. Während die **Fehlmedikation** bei den Männern mit zunehmendem Alter rückläufig war,

nahm sie bei den Frauen gering zu. Sie war bei hochaltrigen Frauen (ab 85 Jahren) deutlich häufiger als bei hochaltrigen Männern.

Die **Übermedikation**, d. h. das Vorhandensein mindestens einer ärztlichen Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder nicht eindeutig indiziert ist, ist bei Frauen etwas seltener als bei Männern. Sie nimmt bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter leicht zu. Die häufigsten nicht indizierten oder kontraindizierten ärztlich verordneten Medikamente waren Psychopharmaka, Magen-Darm-Mittel und Diuretika.

Im Vergleich zu den 70- bis 84-Jährigen war die Prävalenz von fünf und mehr **unerwünschten Arzneimittelwirkungen** bei den hochaltrigen Männern und Frauen (ab 85 Jahren) deutlich erhöht und hier bei beiden Geschlechtern gleich häufig.

Kein einheitlicher Alters- und Geschlechtertrend fand sich bei der **Multimedikation**. Die Prävalenz von fünf und mehr Medikamentenverordnungen nimmt im hohen Alter bei den Männern zu, bei den Frauen eher ab.

Tabelle 5.47: Ausgewählte Indikatoren der Berliner Altersstudie zur Medikation im Alter nach Geschlecht

	70- bis 84-Jährige		85-Jährige und Ältere	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	Prozent			
Untermedikation ¹	10,9	9,3	17,1	17,8
Übermedikation ²	12,4	15,5	15,5	20,9
Fehlmedikation ³	17,8	19,4	20,9	10,9
mindestens fünf Befunde unerwünschter Arzneimittelwirkung ⁴	22,5	15,5	30,2	31,0
Multimedikation ⁵	39,5	34,1	35,7	42,6

¹ Mindestens eine unbehandelte, prinzipiell aber medikamentös behandelbare Erkrankung mittleren oder schwereren Grades.

² Mindestens eine ärztliche Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder nicht eindeutig indiziert ist.

³ Mindestens ein nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeignetes Medikament.

⁴ Laborchemische oder funktionsdiagnostische Befunde.

⁵ Fünf oder mehr ärztlich verordnete Medikamente.

Quelle: STEINHAGEN-THIESSEN, BORCHELT (1996), S. 167.

⁶³⁹ FINDL et al. (1997).

⁶⁴⁰ THÜRMAN (2002).

⁶⁴¹ STEINHAGEN-THIESSEN, BORCHELT (1996).

Medikamenteneinnahme in den Altenheimen

Eine repräsentative Studie an ca. 2000 Alten- und AltenpflegeheimbewohnerInnen in Mannheim stellte eine besonders hohe Unterversorgung bei Depressionen fest. Nur ein Drittel der HeimbewohnerInnen, die an Depressionen litten, hatten medikamentöse und sonstige Behandlung.⁶⁴² Eine nicht unerhebliche Rolle nehmen bei älteren Menschen (insbesondere bei Frauen) Beruhigungs- und Schlafmittel ein. Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 haben in den letzten zwei Wochen vor der Befragung von den in Privathaushalten lebenden 75-Jährigen und Älteren 15,0 Prozent der Frauen und 12,9 Prozent der Männer Schlafmittel sowie 12,1 der Frauen und 3,0 Prozent der Männer Beruhigungsmittel genommen.⁶⁴³ Nicht nur in Wien und Österreich, sondern auch in anderen Ländern findet sich bei älteren Menschen ein auffälliger Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Eine Untersuchung in der Schweiz zeigt, dass diese Mittel, die überwiegend der Gruppe der Benzodiazepine angehören und abhängig machen können, meist über mehrere Jahre (manchmal über 20 Jahre) genommen werden, obwohl sie generell nur für kurzfristige Behandlungen vorgesehen sind. Die Medikamente wurden vorwiegend von ÄrztInnen verschrieben, übermäßige Dosierungen kamen allerdings selten vor.⁶⁴⁴ Ein solcher Dauergebrauch in meist normaler Dosierung wird bei älteren Menschen in vielen Ländern beobachtet und als „low-dose“-Abhängigkeit bezeichnet.

Von den in der Berliner Altersstudie erfassten 70-Jährigen und Älteren wurden 24,6 Prozent mit Psychopharmaka behandelt, über die Hälfte davon (13,2 Prozent) entfielen auf Benzodiazepin-Anxiolytika. Etwa 90 Prozent der mit Benzodiazepinen Behandelten nahmen diese Arzneimittel als Dauermedikation (länger als sechs Monate) und etwa die Hälfte täglich ein.⁶⁴⁵

Verordnung und Einnahme von Benzodiazepinen nehmen im höheren Alter, insbesondere bei Frauen, deut-

lich zu.⁶⁴⁶ Wie die Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung“ in Nordrhein-Westfalen feststellt, passiert dies oft ohne Vorliegen einer abgesicherten Diagnose, sondern vielmehr wegen allgemeiner Befindlichkeitsstörungen. Angeführt wurden auch zahlreiche Beispiele für Über- bzw. Fehlversorgungen in Altenheimen, die auf mangelnde Berücksichtigung der besonderen Situation und Bedürfnisse insbesondere älterer Frauen bei der Dosierung und Kombination von Wirkstoffen zurückzuführen waren.⁶⁴⁷

Eine besonders hohe Einnahme von Psychopharmaka findet sich bei PatientInnen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe: In der vorhin zitierten Studie an nahezu 2000 BewohnerInnen von Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen lag die Prävalenz des Benzodiazepingebrauchs (bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen) bei 15,6 Prozent. Nahezu zwei Drittel nahmen diese Medikamente (bezogen auf einen Zeitraum von sechs Monaten) täglich ein. Die durchschnittliche Diazepam-Äquivalenzdosis betrug 8,8 mg.⁶⁴⁸ Abgesehen von der Gefahr der Abhängigkeit besteht aufgrund der Multimedikation die Gefahr zahlreicher Neben- und Wechselwirkungen. So kommt es bei Frauen in Altenheimen aufgrund überlanger Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln häufig zu Kreislaufstörungen, Müdigkeit, Schwindel, Gangunsicherheit mit Sturzgefahr bzw. zu oft fatal endenden Stürzen. Darüber hinaus dämpft die häufige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln mit der Zeit die Wahrnehmungsfähigkeit.⁶⁴⁹

Praxisbeispiele zeigen, dass ein gutes Qualitätsmanagement in den Heimen wesentlich zur Reduzierung der Verordnung von Psychopharmaka beitragen kann. In einer australischen Interventionsstudie konnte durch pharmazeutische Beratung in Heimen eine Reduktion psychoaktiver Medikamente um 10 Prozent und von Antidepressiva um 20 Prozent erreicht werden, was abgesehen von den Vorteilen für die älteren Menschen,

⁶⁴² WEYERER (2002).

⁶⁴³ STADT WIEN (2001), S. 156.

⁶⁴⁴ MAFFLI (2000).

⁶⁴⁵ HELMCHEN et al. (1996).

⁶⁴⁶ WEYERER, DILLING (1991); GEISELMANN, LINDEN (1991).

⁶⁴⁷ Zitiert nach „informiert! Nr. 8 (2004).

⁶⁴⁸ WEYERER (2003).

⁶⁴⁹ WEYERER, SCHÄUFELE, ZIMBER (1999); THÜRMAN (2002).

trotz anfallender Beratungskosten, auch zu finanziellen Einsparungen führte.⁶⁵⁰

Eine Untersuchung des (Landesinstitut für öffentlichen Gesundheitsdienst) lögd in Altenheimen in Deutschland stellte bei der Hälfte der untersuchten Heime keine Fehler bezüglich der Medikamentenverabreichung fest, bei ca. 30 Prozent der Heime war eine geringe Fehlerzahl vorhanden, bei etwa 20 Prozent war die Qualität verbesserungswürdig. Es zeigte sich, dass Kommunikationsprobleme in Heimen (wie unzureichende Absprachen, unklare Verantwortlichkeiten bei der Zusammenstellung von Arzneimitteln) die Qualität der Arzneimittelversorgung von HeimbewohnerInnen gefährden. Zu Problemen kam es aufgrund mangelnder Kommunikation zwischen Pflegekräften und behandelnden ÄrztInnen vor allem bei der Änderung der Medikation. Auch unzureichender Informationsaustausch zwischen den behandelnden ÄrztInnen kann gefährliche Folgen haben. Organisatorische Maßnahmen, Veränderungen in den Kommunikationsabläufen, qualitätssichernde Maßnahmen in den Heimen können wesentlich zur Verbesserung der Situation beitragen. Dazu gehören unter anderem das tägliche Zusammenstellen der Medikamente (anstatt des wöchentlichen), das Führen einer zentralen und stets aktuellen Medikationsdatei (statt verschiedener Listen) sowie die Überprüfung der zusammengestellten Arzneimittel durch eine zweite Person.⁶⁵¹

Ebenso empfiehlt die „Enquete-Kommission“ für Nordrhein Westfalen durch Veränderungen der Rahmenbedingungen in den Heimen die Verabreichung psychotroper Medikamente zu verringern und durch Qualitätssicherungsmaßnahmen Unter-, Über- und Fehlversorgung mit Medikamenten zu vermeiden. Dabei sind auch die ÄrztInnen aufgerufen, ihre bisherige Verschreibungspraxis kritisch zu hinterfragen. Gleichzeitig können geschlechtssensible Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Qualitätsmängeln bei der Medikation leisten.

Alkoholkonsum und -abhängigkeit

Alkoholkonsum und -abhängigkeit nehmen mit zunehmendem Alter ab.⁶⁵² So etwa wurde in der Oberbayerischen Feldstudie ein Rückgang des Alkoholismus von 4,6 Prozent bei den 45- bis 64-Jährigen auf 2,4 Prozent bei den 65-Jährigen und Älteren festgestellt.⁶⁵³ In der Berliner Altersstudie wurde bei 1,1 Prozent der 70-Jährigen und Älteren Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit ermittelt. Ältere Frauen sind im Vergleich zu älteren Männern seltener von Alkoholabhängigkeit betroffen. HILL et al.⁶⁵⁴ stellten bei 65- bis 75-Jährigen PatientInnen in Lübecker Hausarztpraxen eine Prävalenz von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit bei den Frauen von 3,2 Prozent und bei den Männern von 7,7 Prozent fest.

Als Ursachen für den insgesamt geringeren Anteil Alkoholabhängiger unter älteren Menschen werden die geringere Lebenserwartung von Alkoholikern, die Tatsache, dass altersbedingte Veränderungen des Stoffwechsels zu einer Abnahme der Alkoholtoleranz führen sowie die im Alter häufig auftretenden gesundheitlichen Beschwerden und chronischen Erkrankungen, die zu einer Reduktion des Alkoholkonsums führen, genannt.⁶⁵⁵

Trotzdem spielt der Alkoholkonsum (insbesondere bei den Männern) auch im Alter eine Rolle. So z. B. trinken in Wien von den 75-Jährigen und Älteren 4,8 Prozent der Männer täglich einen halben bis zu einem Liter Bier und 13,3 Prozent täglich ein viertel zu einem halben Liter Wein.⁶⁵⁶ Die relative Abnahme des Körperwassers im höheren Alter, in dem sich Alkohol als wasserlösliche Substanz verteilt, führt bereits bei kleineren Alkoholmengen zu einem höheren Blutalkoholspiegel. Aufgrund der erhöhten Sensitivität des Gehirns im Alter gegenüber Alkohol weisen ältere Menschen selbst bei sinkenden Trinkmengen eine erhöhte Schädigung des zentralen Nervensystems auf.

⁶⁵⁰ Zitiert nach THÜRMAN (2002).

⁶⁵¹ BADER et al. (2003).

⁶⁵² ROBINS, REGIER (1991).

⁶⁵³ DILLING, WEYERER (1984).

⁶⁵⁴ HILL et al. (1998).

⁶⁵⁵ FEUERLEIN (1995).

⁶⁵⁶ STADT WIEN (2001), S. 141 ff.

Bei etwa zwei Drittel der älteren Alkoholabhängigen liegt der Beginn des Alkoholmissbrauchs bereits im frühen oder mittleren Erwachsenenalter (*early onset*), bei etwa einem Drittel nach dem 65. Lebensjahr (*late onset*). Als Ursachen für den späten Beginn gelten nach der „Stress-Hypothese des späten Beginns“⁶⁵⁷ kritische Lebensereignisse, die typischerweise mit dem höheren Lebensalter einhergehen (Pensionierung, finanzielle Einbußen, Verlust des Partners bzw. der Partnerin, Vereinsamung, etc.).

Alkoholkonsum und -abhängigkeit in Altenheimen

Das Problem des Alkoholkonsums bzw. des Alkoholismus in Altenheimen ist weitgehend tabuisiert und auch kaum erforscht. Studien in Deutschland verweisen auf einen hohen Anteil Alkoholkranker in Alten- und Pflegeheimen. Eine Erhebung bei ca. 2000 HeimbewohnerInnen ergab, dass bei Heimeintritt 3,8 Prozent der Frauen und 19,3 Prozent der Männer alkoholkrank waren.⁶⁵⁸ Auch in Wien (und Österreich) dürfte das Problem keineswegs von geringerer Bedeutung sein. Eine längere Zeit zurückliegende Erhebung in den Heimen des Kuratoriums der Wiener Pensionistenheime kam zu dem Ergebnis, dass über die Hälfte der BewohnerInnen (56 Prozent) keinen Alkohol trinkt. Beim Großteil (76 Prozent) jener, die Alkohol zu sich nehmen, ist der Konsum gleich geblieben wie vor Heimeintritt, 8 Prozent haben zu trinken aufgehört, 12 Prozent trinken seither weniger, jedoch haben 4 Prozent seit Heimeintritt den Alkoholkonsum erhöht.⁶⁵⁹ Dies bedeutet, dass sich ohnehin schwerkranke, z. T. im Sterben liegende Menschen in Pflegeheimen mit den Problemen konfrontiert sehen, die bei Alkoholabhängigkeit entstehen. Dazu kommt, dass das Personal in den Pflegeeinrichtungen kaum im Umgang mit alkoholkranken Menschen geschult ist.

Behandlung älterer Alkoholabhängiger

Bei älteren Alkoholabhängigen sind Therapien durchaus erfolgreich, vorzeitige Therapieabbrüche kommen

bei ihnen sogar seltener vor als bei jüngeren.⁶⁶⁰ Mittel- und langfristig ist eine stabile Besserung bei 40 bis 50 Prozent der älteren PatientInnen zu erreichen.⁶⁶¹ Zur Vermeidung von Rückfällen ist es wichtig, nicht nur an den Symptomen, sondern auch an den Ursachen der Alkoholabhängigkeit anzusetzen. Alkoholabhängige SeniorInnen, die Therapiebereitschaft zeigen, sind überwiegend problembewusste ältere Menschen, die häufig von ihrer Familie oder anderen Bezugspersonen in ihrer Motivation bestärkt werden. Allerdings bringen SeniorInnen, die unter verschiedensten Einschränkungen leiden, oft nicht mehr die Kraft und Motivation für eine Entwöhnungsbehandlung auf. Ein Großteil dieser Betroffenen hat keine Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen mehr und lebt in Pflegeheimen. Sie sehen in ihrem Leben keine Perspektive mehr und geben sich mit dem täglichen Alkoholkonsum zufrieden. In solchen Fällen ist eine psychosoziale Rehabilitation erschwert.

Ansätze zur Optimierung der Situation in den Heimen

Das vergangene Jahrzehnt war geprägt von einer intensiven Diskussion über **Strategien zu quantitativen und qualitativen Verbesserungen in der Altenpflege**. Konkrete Maßnahmen wurden in Österreich bereits 1993 durch die 15-a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern eingeleitet, auf welche eine Erarbeitung von Bedarfs- und Entwicklungsplänen zur Vorsorge für pflegebedürftige Menschen in den Bundesländern folgte. Ausgelöst durch das bekannt werden von Missständen in der geriatrischen Versorgung in Wien wurde ein Pflegeombudsmann⁶⁶² bestellt. Die Gemeinderätliche Geriatriekommission⁶⁶³ hat 2004 ein Strategiekonzept „Lebenswertes Altern in Wien – aktiv und selbst bestimmt“ erarbeitet, welches am 1. Juli 2004 vom Wiener Gemeinderat beschlossen wurde. Weitere Schritte in Richtung Qualitätsverbesserung im Bereich der stationären Altenpflege stellen zwei Gesetze dar, die im Jahr 2005 beschlossen wurden, nämlich das mit 29. Juni 2005 in Kraft getretene Wiener Wohn- und Pflege-

⁶⁵⁷ CARACCI, MILLER (1991).

⁶⁵⁸ WEYERER et al. (1999).

⁶⁵⁹ ELMADFA, ZARFL, KÖNIG (1996), S. 50.

⁶⁶⁰ GASTPAR, SCHULZ (1998); FLEISCHMANN (1997).

⁶⁶¹ MANN, MUNDLE (1997).

⁶⁶² <http://www.pflegeombudsmann.at>

⁶⁶³ <http://www.wien.gv.at/advuew/internet/>

heimgesetz⁶⁶⁴ und das Heimaufenthaltsgesetz, welches mit 1. Juli 2005 rechtsgültig wurde, ein Bundesgesetz, das ebenfalls auf die Verbesserung der rechtlichen Situation von Personen in Betreuungseinrichtungen abzielt.

Das Wiener **Wohn- und Pflegeheimgesetz** definiert klare Qualitätskriterien und sichert damit die Rechte der BewohnerInnen. Ziele sind: die Gewährleistung der angemessenen Betreuung und im Bedarfsfall der angemessenen Pflege der BewohnerInnen der Wiener Wohn- und Pflegeheime; die Wahrung der Menschenwürde, Privatsphäre, Individualität, Selbstbestimmtheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der BewohnerInnen; der Schutz vor Beeinträchtigung der persönlichen, physischen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen und Bedürfnisse der BewohnerInnen; die Sicherstellung der personellen und ausstattungsbezogenen Strukturen der Heime; die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Anforderungen älterer Frauen und Männer. Mit dem neuen Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz wurden erstmals ausdrücklich bestimmte Anforderungen an die Betreiber festgelegt. So müssen zur Transparenz von Leistungsangebot und Organisation eine Betriebs- und Leistungsbeschreibung, eine Heimordnung und Konzepte betreffend Personalausstattung, Pflege sowie medizinische und therapeutische Betreuung vorgelegt werden. Zur Sicherstellung der BewohnerInnenrechte werden Vertrauenspersonen bestellt, bei der Wiener Patientenanwaltschaft eine **Heimkommission** eingerichtet und in größeren Heimen auch **BewohnerInnenvertreterInnen** gewählt. Städtische und private Heime werden weiterhin von der behördlichen Aufsicht (Magistratsabteilung 15) kontrolliert. Unterstützend kann die Heimkommission tätig werden. Werden Mängel festgestellt, so kann die Behörde wie bisher mittels Bescheid deren Behebung auftragen und bei Nichteinhaltung Strafverfahren einleiten oder in schwerwiegenden Fällen Heimschließungen verfügen. Für neu errichtete Heime gelten die Bestimmungen sofort, für bestehende Einrichtungen gibt es Übergangsbestimmungen.

Das **Heimaufenthaltsgesetz** sichert den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Dieses Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen für die Zulässigkeit ei-

ner Beschränkung der persönlichen Freiheit. Den Betroffenen werden fachkundige, beim Verein für Sachwalterschaft und PatientInnenanwaltschaft angestellte BewohnerInnenvertreterInnen zur Seite gestellt, die in alle Entscheidungen im Zusammenhang mit einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme eingebunden werden müssen. Auf Initiative des Wiener Pflegeombudsmanns⁶⁶⁵ und mit finanzieller Unterstützung der Stadt Wien hat der Verein für Sachwalterschaft ein Büro direkt im Geriatriezentrum am Wienerwald bezogen und auch die BewohnerInnenvertretung im Rahmen des Heimaufenthaltsgesetzes übernommen.

Die *Verbesserung der Rahmenbedingungen der Pflege*, auf Management-Ebene, hinsichtlich der Rekrutierung, Qualifikation und der Arbeitsbedingungen des Personals haben sowohl für das Personal als auch die BewohnerInnen positive Auswirkungen.

Wichtig ist in den Heimen die vermehrte *Sensibilisierung des Personals für geschlechtsspezifische Umgangs- und Verhaltensweisen und deren Auswirkungen*: Wichtig ist es, dass das Personal in den Heimen (aber auch im Bereich der teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe) für geschlechtsspezifische Umgangsweisen und deren Auswirkungen (etwa im Bereich der Medikamentenversorgung) sensibilisiert wird. Im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz wird ausdrücklich die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Anforderungen älterer Frauen und Männer gefordert. Eine Bestandsanalyse kann die Entwicklung konkreter Handlungsempfehlungen und deren Umsetzung (z. B. im Bereich der Qualifikation und Weiterbildung des Personals) beschleunigen. Geschlechtssensible Aus-, Fort- und Weiterbildung (dies gilt für alle Professionen) kann den Blick für geschlechtsspezifische Verhaltensweisen schärfen. Auch Heimbeiräte, örtliche Seniorenvertretungen, Angehörige sollten hinsichtlich geschlechtsspezifischer Umgangs- und Verhaltensweisen sensibilisiert werden.

Zur *Gewaltprävention* in den Heimen sind (abgesehen von der Optimierung der organisatorischen Rahmenbedingungen der Pflege) Gesprächskreise, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Schaffung von Möglichkeiten zur Supervision zu empfehlen. Wichtig zur Verhinderung von Gewalt ist die Selbststärkung der Heim-

⁶⁶⁴ <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2005/html/lg2005015.htm>

⁶⁶⁵ <http://www.pflegeombudsmann.at>

bewohnerInnen (Empowerment). Bestehende Rahmenbedingungen der Pflege spielen dabei eine wichtige Rolle. Entwürdigende Zustände sind schlechte Rahmenbedingungen für Empowerment. Auch qualifizierte Heimbeiräte und ehrenamtlich Tätige können Empowermentprozesse initiieren und damit zur Verbesserung der Betreuung und Pflege älterer Menschen beitragen. Information und Beratung, Selbstbehauptungskurse für BewohnerInnen sind einfache Möglichkeiten, selbst bei schwerer Pflegebedürftigkeit Empowermentprozesse zu fördern.

Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Ausgabe bzw. Verabreichung von Medikamenten, wie z. B. organisatorische Maßnahmen, die Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und ÄrztInnen sowie den behandelnden ÄrztInnen untereinander können einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlmedikation leisten (*siehe oben*).

Bedeutsam ist des Weiteren die Bereitstellung von *Therapiemöglichkeiten für ältere Menschen mit psychosozialen Problemen und Verhaltensstörungen*: Psychosoziale Probleme, Suchterkrankungen älterer Menschen (einschließlich der Alkoholabhängigkeit) werden häufig tabuisiert. Ambulante und stationäre Suchteinrichtungen konzentrieren sich vorwiegend auf jüngere und mittlere Altersgruppen. Dies darf jedoch nicht zur Ver-

nachlässigung älterer Betroffener führen. Wichtig ist die Sensibilisierung der MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Altenhilfe, der Geriatrie und der Suchthilfe für solche Probleme sowie das Aufzeigen bestehender Behandlungsmöglichkeiten. Auch HausärztInnen sollten die Problematik vermehrt ansprechen und über Behandlungsmöglichkeiten aufklären. Eine Spezialisierung von Gerontopsychiatrischen Tageskliniken auf Suchtprobleme älterer Menschen könnte hier einen wichtigen Beitrag leisten. *Wohnmöglichkeiten mit psychosozialer Betreuung* ergänzen das Angebot. Für Menschen, die zeitweilig psychosoziale Betreuung brauchen, sind betreute Wohnmöglichkeiten von Vorteil. Dies trägt einerseits zur Entlastung von Pflegeheimen bei, bietet andererseits Menschen mit sozialen oder psychischen Problemen die Chance für ein weitgehend „normales Leben“.

In Zukunft sollte einer *geschlechtersensiblen Forschung im Bereich der Altenhilfe* zu mehr Nachdruck verholfen werden: Bestandsaufnahmen und wissenschaftliche Analysen der Situation in der Altenpflege (sowohl was die dort Tätigen als auch Betreuten betrifft), Forschungen in den Bereichen von Pflege und Therapie, Medikation, etc. können wichtige Hilfestellungen für Optimierungsprozesse bieten. Generell sollten geschlechtsspezifische Auswertungen bei Forschungen, dies gilt auch für den Bereich der Altenhilfe, obligatorisch sein.

5.9 Gesundheitsgefährdung von Frauen durch Umweltrisiken

Zusammenfassung

Die **Gender-Perspektive** dringt im Bereich der Umweltmedizin – und generell in der Frage des Zusammenhangs von Umwelt und Gesundheit – erst langsam ins Bewusstsein. Daher liegen auch für die häufigsten umweltassoziierten Erkrankungen, wie z. B. Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Allergien, nur vereinzelt Forschungsergebnisse zur Wechselwirkung zwischen Umwelteinflüssen und Geschlechtsunterschieden vor. In den vergangenen Jahren hat in Österreich – und besonders in Wien – eine intensive öffentliche Diskussion über die **Feinstaub-Belastung** eingesetzt. Eine 2005 vom Umweltbundesamt vorgelegte Studie zur **Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Schwebestaub in Österreich** ergab, dass unter der Annahme, dass die Feinstaubbelastung über mehrere Jahrzehnte so bleibt wie derzeit, die Lebenserwartung in Wien um 12 Monate reduziert werde, in Graz gar um 17 Monate, in Linz um 14 Monate, in St. Pölten um 11 Monate, in Innsbruck um 10 Monate, in Klagenfurt um 9 Monate und in Salzburg um 7 Monate.

Die Wiener Umweltschutzabteilung hat im September 2005 bereits das zweite **Feinstaub-Maßnahmenpaket** erstellt.

Summary: Health risks through environmental factors

*The **gender perspective** is only slowly spreading in the area of environmental medicine and generally in the issue of the connection between environment and health. Therefore there are only very few research results on the interdependency of environmental influences and gender differences even for the most frequent environment associated illnesses, such as lung disorders, cardiovascular diseases and allergies. In the last years there has been an intense public discussion on **particulate matter** in Austria, and in particular in Vienna. A study presented by the Federal Environmental Agency in 2005 on the **expected health impact of particulate matter in Austria** estimates that if particle pollution remains at the current levels for several decades, life expectancy will be reduced by 12 months in Vienna, as much as 17 months in Graz, 14 months in Linz, 11 months in St. Pölten, 10 months in Innsbruck, 9 months in Klagenfurt and by 7 months in Salzburg.*

*The Municipal Department for Environmental Protection Vienna already implemented the second **package of measures against particulate matter** in September 2005.*

Gender, Umwelt und Gesundheit

Wien nimmt in internationalen Rankings der Lebensqualität in Städten⁶⁶⁶ meist einen der Spitzenplätze ein. Das hängt nicht zuletzt mit seiner hohen Umweltqualität zusammen: Etwa die Hälfte der Stadtfläche ist mit Grün bedeckt, fast ein Drittel der Fläche Wiens steht unter Naturschutz. Dennoch gibt es Umweltrisiken mit hohem gesundheitsgefährdendem Potenzial, wie etwa die erhöhte Feinstaub-Konzentration in der Luft oder die relativ hohe Nitratbelastung des Grundwassers.

Die Stadt Wien, insbesondere die Geschäftsgruppe Umwelt („natürlich wien“)⁶⁶⁷ bzw. die Wiener Umweltschutzabteilung (Magistratsabteilung 22),⁶⁶⁸ hat ihre ökologischen Strategien und Maßnahmen auf Nachhaltigkeit ausgerichtet, wie z. B. das Klimaschutzprogramm, den Strategieplan, den Stadtentwicklungsplan, das Wiener Verkehrskonzept, die Lokale Agenda 21, das Umweltleitbild oder die strategische Umweltsprüfung. Innerhalb der Stadtverwaltung erfolgte die Umsetzung von Umweltmanagementsystemen und eines umweltfreundlichen öffentlichen Beschaffungswesens.

⁶⁶⁶ Z. B. <http://www.mercerhr.com/pressrelease/details.jhtml/dynamic/idContent/1173105> oder http://www.economist.com/media/pdf/quality_of_life.pdf

⁶⁶⁷ <http://www.umwelt.wien.at>

⁶⁶⁸ <http://www.umweltschutz.wien.at>

Einen Überblick über die Wiener Umweltpolitik bietet der Umweltbericht 2002/2003.⁶⁶⁹

Die **Umweltmedizin** ist eine junge Disziplin und spielt innerhalb der Medizin (noch) eine marginale Rolle. Ihre dringlichste Aufgabe ist die Erforschung der Schadstoffwirkungen. Der Nachweis gesundheitlicher Auswirkungen von Umweltbelastungen ist methodisch oft schwierig, vor allem weil es häufig darum geht, die Wirkung geringer Schadstoffmengen über lange Zeiträume nachzuweisen und weil viele Schadstoffe in unterschiedlichen Konzentrationen wirken. Hinzu kommen individuelle Faktoren wie z. B. der gesundheitsbezogene Lebensstil oder erhöhte Sensibilität für bestimmte Schadstoffe.

Die **Gender-Perspektive** dringt im Bereich der Umweltmedizin – und generell in der Frage des Zusammenhangs von Umwelt und Gesundheit – erst langsam ins Bewusstsein. Daher liegen auch für die häufigsten umweltassoziierten Erkrankungen, die Lungenerkrankungen, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Allergien, nur vereinzelt Forschungsergebnisse zur Wechselwirkung zwischen Umwelteinflüssen und Geschlechtsunterschieden vor. Dies gilt auch für die Erforschung der Auswirkungen von Umweltbelastungen auf die Krebsentstehung oder die Beeinträchtigung der Fertilität.

5.9.1 Umweltbezogene Gesundheitsrisiken und Frauengesundheit

Zu den häufigsten mit schädigenden Umweltweinflüssen in Zusammenhang gebrachten Erkrankungen zählen die **Atemwegs-** und die **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, die durch Luftverschmutzung entstehen können. Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden dabei bislang noch kaum erforscht, was aber angesichts der hohen Inzidenzen dieser Erkrankungen als gravierendes Forschungsdefizit zu sehen ist.

Im Rahmen der Erstellung der Europäischen Charta für Verkehr, Umwelt und Gesundheit⁶⁷⁰ wurden die **gesundheitlichen Folgen der Luftverunreinigung durch den Straßenverkehr** in Österreich, der Schweiz

und Frankreich analysiert. Für Österreich wurden pro Jahr 2.200 Todesfälle und 4.400 Spitalsaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen, weiters 2.700 Fälle chronischer Bronchitis bei Erwachsenen und bei 20.600 Kindern sowie 15.000 Asthmaanfalle bei Kindern und 40.000 bei Erwachsenen, die auf die Luftverschmutzung zurückzuführen sind, errechnet. Die Ergebnisse wurden nicht geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselt.

Unterschiedliche Umwelteinflüsse wurden bislang mit der **Entstehung von Krebs** in Verbindung gebracht, wie z. B. die übermäßige Sonnenbestrahlung mit der Erhöhung des Hautkrebsrisikos oder die radioaktive Strahlung mit dem Risiko, an Leukämie zu erkranken. Umweltfaktoren wurden neben Lebensstil-Faktoren auch als Ursachen einer **Erhöhung des Brustkrebsrisikos** diskutiert. Ausgangspunkt der Überlegungen war die Beobachtung, dass das Auftreten von Brustkrebs in verschiedenen Ländern der Welt sehr stark variiert. Weiters waren bei MigrantInnen, die aus Ländern mit niedrigen Brustkrebsraten in solche mit hohen Brustkrebsraten auswandern, nach ein bis drei Generationen die mehrfach höheren Brustkrebsraten des neuen Landes zu beobachten.⁶⁷¹ Bekannt ist auch der große Unterschied in der Häufigkeit von Krebs in den verschiedenen europäischen Ländern: In Schweden, Deutschland, Italien und der Schweiz ist diese deutlich höher als z. B. in Polen, Estland, der Slowakei und Slowenien. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass man von großen Unterschieden in der Qualität der nationalen Krebsregister ausgehen muss.⁶⁷²

Das Ausmaß von **Störungen der Fruchtbarkeit und Fortpflanzungsfähigkeit** durch „Umwelthormone“ (auch als endokrine Modulatoren bzw. „endocrine disruptors“ bezeichnet) lässt sich anhand der vorliegenden Forschungsergebnisse noch nicht klar abschätzen. Als Umwelthormone werden Chemikalien synthetischer und natürlicher Herkunft bezeichnet, die entweder wie körpereigene Hormone wirken oder deren Wirkung abschwächen können. Umstritten ist die Hypothese, dass die Spermienzahlen beim Menschen aufgrund so genannter Xenoöstrogene (Fremdstoffe mit östrogener Wirkung) absinken. Auch eine Zunahme

⁶⁶⁹ <http://www.wien.gv.at/ma22/umweltber0203/>

⁶⁷⁰ WHO (1999).

⁶⁷¹ ADZERSEN et al. (2004).

⁶⁷² CAPOCACCIA et al. (2002).

der Häufigkeit von Brust- und Hodenkrebs wird mit Umweltöstrogenen in Verbindung gebracht. Da solche Stoffe in hormonell gesteuerte Prozesse eingreifen können, besteht zwar prinzipiell die Möglichkeit, dass Entwicklung und Reproduktion gestört werden oder dass eine Krebserkrankung gefördert wird, das Ausmaß der schädigenden Wirkung auf die Gesundheit konnte bislang jedoch nicht bestimmt werden. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass eine Risikoabschätzung bei einem so komplexen System wie der hormonellen Steuerung schwierig ist.

5.9.2 Gesundheitsbelastung durch Feinstaub

Feinstaub zählt mit Ozon, Kohlenstoffmonoxid und den Stick- und Schwefeloxiden zu den die Gesundheit am stärksten beeinträchtigenden Luftschadstoffen. **Feinstaub PM₁₀** (Staubpartikel mit einem Durchmesser von weniger als zehn Millimeter)⁶⁷³ entsteht durch Straßenverkehr (Diesel, Straßenstaub), Hausbrand (Holz- und Kohleöfen) und Industrie. **Stickstoffoxide** (Stickstoffmonoxid NO und Stickstoffdioxid NO₂) sind Nebenprodukte bei Verbrennungsprozessen im Straßenverkehr, bei Kleinverbrauchern und in der Industrie. **Schwefeldioxid SO₂** entsteht bei Verbrennung von Kohle und Heizöl, **Kohlenstoffmonoxid CO** bei unvollständiger Verbrennung von Brenn- und Treibstoffen sowie bei industriellen Prozessen der Eisen- und Stahlindustrie und **Ozon O₃** bei starker UV-Strahlung aus Stickstoffdioxid.

Das **gesundheitliche Risiko aufgrund von Luftverschmutzung durch Feinstaubpartikel** lässt sich durch einen Vergleich mit dem Aktivrauchen verdeutlichen. Das Gesundheitsrisiko durch Feinstaub ist zwar deutlich geringer als jenes der RaucherInnen, für die öffentliche Gesundheit in den Städten stellt die Feinstaub-Belastung dennoch ein großes Problem dar, weil eine große Zahl von Menschen davon betroffen ist. BewohnerInnen von stark durch Feinstaub belasteten Städten haben ähnliche Gesundheitsrisiken wie regelmäßige PassivraucherInnen.⁶⁷⁴ Das Lungenkrebsrisiko ist für BewohnerInnen einer stark mit Feinstaub-Partikeln belasteten Stadt ca. 1,3 Mal so hoch (d. h. um 30

Prozent höher) als für BewohnerInnen einer schwach belasteten Gegend, während das Lungenkrebsrisiko für RaucherInnen acht bis zehn Mal so hoch ist als für NieraucherInnen. Die BewohnerInnen von stark mit Partikeln belasteten Städten tragen ein ca. 1,2 Mal so hohes Risiko, vorzeitig zu sterben als jene schwach belasteter Städte. Bei RaucherInnen ist das Risiko, vorzeitig zu versterben (alle Ursachen zusammengenommen), zwei Mal so hoch als bei NieraucherInnen. Allerdings wurde in dieser Analyse nicht auf geschlechtsspezifische Aspekte eingegangen.

In den vergangenen Jahren hat in Österreich – und besonders in Wien – eine intensive öffentliche Diskussion über die Feinstaub-Belastung eingesetzt. Es wird geschätzt, dass 25 Prozent der Feinstaub-Belastung im Ballungsraum Wien verursacht werden, 15 Prozent ist der Beitrag Österreichs ohne Wien, 60 Prozent wird im Ausland verursacht (40 Prozent durch Ferntransporte, 20 Prozent durch regionale Emissionen). Einer der Gründe, warum die Feinstaub-Diskussion in Wien – im Gegensatz zu jener über Ozon oder Schwefeldioxid – erst in den letzten Jahren eingesetzt hat ist, dass erst seit kurzem genormte Messgeräte vorliegen und dadurch erst seit 2002 eine routinemäßige Messung von Feinstaub-Konzentrationen in der Luft möglich wurde. Die bisher durchgeführten Messungen zeigen, dass es insbesondere im Winter zu erheblichen Feinstaub-Belastungen kommt.⁶⁷⁵ Die Wiener Umweltschutzabteilung hat im September 2005 bereits das zweite Feinstaub-Maßnahmenpaket erstellt,⁶⁷⁶ das u. a. auf einer Studie der Technischen Universität Wien im Auftrag der Umweltschutzabteilung der Stadt Wien beruht („Aquila-Studie“). Ziel dieser Studie war eine umfassende Analyse der Zusammensetzung des Feinstaubs, um künftig noch genauer auf Verursachergruppen schließen zu können.

Im Vergleich zu anderen europäischen Großstädten liegt Wien im Jahr 2004 mit einem Wert von 25,4 Mikrogramm pro Kubikmeter (µg/m³, Jahresdurchschnitt) bei den Feinstaub PM₁₀-Messungen im Mittelfeld. Deutlich günstigere Werte hatten Städte wie Stockholm, Göteborg und Dublin, die schlechtesten Werte waren für Krakau, Rom und Barcelona zu verzeichnen.

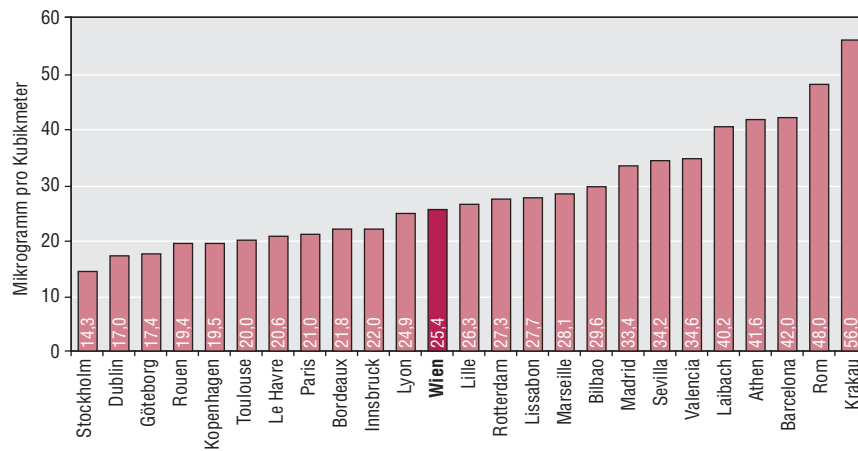
⁶⁷³ PM = Particulate Matter; 10 = 10 Mikrometer, das ist etwa um zehn Mal kleiner als der Durchschnitt eines Haares.

⁶⁷⁴ BUWAL Schweiz (2005).

⁶⁷⁵ <https://www.wien.gv.at/umwelt/natuerlich/pdf/feinstaub.pdf> (Broschüre: Was Wien gegen den Feinstaub tut)

⁶⁷⁶ <http://www.wien.gv.at/ma22/luft/pdf/feinstaub-paket-2.pdf>

Grafik 5.40: Feinstaub PM₁₀-Messungen (Jahresdurchschnitt) in europäischen Städten 2004



Quelle: APHEIS NET (2005b), S. 25.

Im Rahmen eines **Health-Impact-Assessments** (Gesundheits-Verträglichkeitsprüfung) im EU-Projekt APHEIS NET⁶⁷⁷ wurde eine Schätzung des potenziellen Gesundheits-Gewinns der Reduktion von Feinstaub PM₁₀ und Ozon für Wien errechnet (eine geschlechts-spezifische Aufschlüsselung liegt jedoch nicht vor):

Eine **Reduktion des Feinstaubs PM₁₀** um 5 µg/m³ des Jahresdurchschnitts würde in Wien pro Jahr 2,5 Fälle von Säuglingssterblichkeit verhindern (bzw. 10,8 Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen). Weiters könnte dadurch die Anzahl der Spitalsaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen bei unter 15-Jährigen um 43,4 Fälle pro Jahr reduziert werden.

Eine **Reduktion des Ozon-Levels** um 10 µg/m³ des täglichen Acht-Stunden-Maximums würde in Wien eine Reduktion der Sterblichkeit aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen um 19 Fälle pro Jahr (1,2 pro 100.000 EinwohnerInnen) und aufgrund von Atemwegserkrankungen um 4,1 Fälle pro Jahr (0,1 pro 100.000 EinwohnerInnen) bringen. Die Häufigkeit der Spitalsaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen könnte bei 15- bis 64-Jährigen um 7,0 Fälle pro Jahr (0,7 pro 100.000 EinwohnerInnen) und bei über 64-Jährigen um 22,7 Fälle (9,3 pro 100.000 EinwohnerInnen) reduziert werden.

⁶⁷⁷ www.apheis.net; APHEIS NET (2005).

Tabelle 5.48: Health Impact Assessment für Luftverschmutzung: potenzieller Benefit der Reduktion von Feinstaub PM₁₀ und Ozon in Wien 2005

Gesundheits-Indikator	Reduktion in µg/m ³	attributable Fälle* pro Jahr	Rate pro 100.000 EinwohnerInnen pro Jahr
Feinstaub PM₁₀-Reduktion			
Säuglingssterblichkeit	Jahresdurchschnitt		
gesamt	um 5	2,5	10,8
	auf 20	4,8	20,5
aufgrund von plötzlichem Kindstod	um 5	0,4	2,6
	auf 20	0,8	4,8
Morbidität (Spitalsaufenthalte)	tägliche Dosis		
Atemwegserkrankungen, <15-Jährige	um 5	43,4	19,1
	auf 20	106,3	46,6
	auf 50	16,1	7,1
Ozon-Reduktion			
Sterblichkeit	tägliches 8-h-Maximum		
gesamt (ohne externe Ursachen)	um 10	24,3	1,6
	auf 120	1,2	0,1
aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen	um 10	19,0	1,2
	auf 120	0,9	0,1
aufgrund von Atemwegserkrankungen	um 10	4,1	0,3
	auf 120	0,2	
Morbidität (Spitalsaufenthalte)	tägliches 8-h-Maximum		
Atemwegserkrankungen, 15-bis 64-Jährige	um 10	7,0	0,7
	auf 120	0,3	0,0
Atemwegserkrankungen, >64-Jährige	um 10	22,7	9,3
	auf 120	1,1	0,5

* Attributable Fälle = Fälle in der exponierten Population minus Fälle in der nicht exponierten Population, d. h. Fälle, die allein auf die Exposition zurückzuführen sind.

Quelle: APHEIS NET (2005), S. 11; www.apheis.net

Eine 2005 vom Umweltbundesamt vorgelegte Studie⁶⁷⁸ zur **Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Schwebstaub in Österreich** ergab, dass unter der Annahme, dass die Feinstaubbelastung über mehrere Jahrzehnte so bleibt wie derzeit, die Lebenserwartung in Wien um 12 Monate reduziert würde, in Graz um 17 Monate, in Linz um 14 Monate, in St. Pölten um 11 Monate, in Innsbruck um 10 Monate, in Klagenfurt um 9 Monate und in Salzburg um 7 Monate.

5.9.3 Luftqualität und Klimaschutz

Das **Klimaschutzprogramm „KliP Wien“**⁶⁷⁹ wurde 1999 vom Wiener Gemeinderat beschlossen. Die Stadt Wien verpflichtet sich darin zu einer Reduktion der Ge-

samtemission um 14 Prozent (bezogen auf das Jahr 1990). In der Verursachergruppe Verkehr sollen die CO₂-Emissionen bis 2010 im Vergleich zu 1987 um 5 Prozent reduziert werden. Die CO₂-Emissionen betragen 1987 8,5 Millionen Tonnen, 1995 9,1 Millionen Tonnen und werden für 2010 auf 9,9 Millionen Tonnen geschätzt; durch das KliP soll eine Reduktion um 2,6 Millionen Tonnen auf 7,3 Millionen Tonnen erfolgen. Der Großteil der gasförmigen Schadstoffemissionen und des Feinstaubes stammt aus Verbrennungsprozessen und korreliert mit dem Energieverbrauch. Dementsprechend stammen die Emissionen (Stickoxide, Feinstaub und Kohlenwasserstoffe als Vorläufersubstanzen für die Ozonbildung) aus den Sektoren Kraft- und Fernheizwerke, Industrie, Kleinverbraucher (Haushalte

⁶⁷⁸ UMWELTBUNDESAMT (2005).

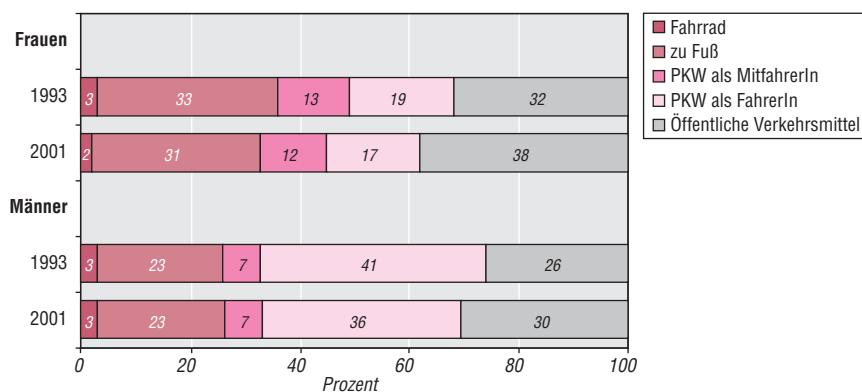
⁶⁷⁹ <http://www.eva.ac.at/klip/#eva-info>

und Kleingewerbe) und dem motorisierten Verkehr. Anstrengungen zur Luftreinhaltung müssen sich auf eine Reduktion der verkehrsbedingten Emissionen konzentrieren. Die größten Wirkungen hätten technologische Maßnahmen, nämlich eine Absenkung des Treibstoffverbrauchs der Fahrzeugflotten, die Förderung energieeffizienter Fahrzeugs- und Antriebskonzepte, die Verschärfung der Emissionsstandards (KFZ Gesetz), eine Erneuerung der Fahrzeugflotte (v. a. hoch emittierender Fahrzeuge).

Mit dem im November 2003 vom Gemeinderat beschlossenen **Masterplan Verkehr Wien 2003**⁶⁸⁰ werden die Prioritäten für die zukünftige Wiener Verkehrspolitik gesetzt. Der Masterplan geht „von einem

umfassenden Mobilitätsverständnis aus, das auch die räumliche Anordnung von Nutzungen und die zeitliche Organisation von Aktivitäten mit ins Kalkül zieht“ und ist damit eine wichtige Ergänzung im Bereich der Stadtentwicklungsplanung. Dass Frauen und Männer sich am öffentlichen Verkehr in unterschiedlicher Form und unterschiedlichem Ausmaß bewegen, wurde in einer Wiener Studie, die im Rahmen des Masterplans Verkehr durchgeführt worden war, verdeutlicht.⁶⁸¹ Während rund ein Drittel der Frauen täglich zu Fuß geht, ist dies nur bei knapp einem Viertel der Männer der Fall. Letztere wählen deutlich häufiger als Frauen das Auto als Verkehrsmittel (36 vs. 17 Prozent). 38 Prozent der Frauen und 30 Prozent der Männer benutzten täglich öffentliche Verkehrsmittel.

Grafik 5.41: Verkehrsmittelwahl (alle Tage) in Wien 1993 und 2001 nach Geschlecht



Quelle: SOCIALDATA; zitiert nach STADT WIEN, MA 18 (2003).

5.9.4 Wasserversorgung und Wasserqualität

Wien hat aufgrund des Zugangs zu Hochquellenwasser eine im internationalen Vergleich gute Wasserversorgung, welche zu 95 bis 97 Prozent aus dem Gebiet des Schneebergs, der Rax, der Schneealpe und des Hochschwabs gedeckt wird. Die von Wien genutzten Quellen liegen größtenteils in Wasserschutzgebieten. Die restlichen 3 bis 5 Prozent des Wasserbedarfes werden aus Wasserspendern in der Lobau und in Nußdorf gedeckt. Gleichzeitig ist aber das Wiener Grundwasser überdurchschnittlich hoch **mit Nitrat belastet**. Die Nitrat-

Werte der öffentlichen Trinkwasserversorgung liegen jedoch durchwegs unter dem entsprechenden Grenzwert. Der vom Umweltbundesamt jährlich erstellte Wassergütebericht⁶⁸² ergab für das Jahr 2004 deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Nitratbelastung des Grundwassers in Österreich: In Wien liegen 56 Prozent aller gemessenen Werte über dem Grenzwert, in Niederösterreich 20 Prozent, im Burgenland 21 Prozent, in Vorarlberg und Tirol treten keine Werte über dem Schwellenwert von 50 mg/l auf. Österreich ist von der Europäischen Kommission wiederholt aufgrund überschrittener Nitratwerte im Grundwasser verwarnet worden. Ein Aktionsprogramm und regelmäßige Be-

⁶⁸⁰ <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/verkehrsmasterplan/pdf/mpv2003-kurzfassg.pdf>

⁶⁸¹ SOCIALDATA; zitiert nach STADT WIEN, MA 18 (2003).

⁶⁸² UMWELTBUNDESAMT (2004), S. 41; <http://www.wassernet.at/article/archive/5726>

richte über den Stand der Umsetzung der Maßnahmen wurden initiiert (EU-Nitratrichtlinie 91/676/EWG). Die gesundheitlichen Risiken sind bei Erwachsenen erst in höheren Dosen gegeben, bei Säuglingen sind allerdings bereits geringere Nitrat-Mengen schädlich. Das von Nitrat gebildete Nitrosinamin hat krebserregende Wirkung. Mit der **Wiener Wassercharta**⁶⁸³ ist Wien seit Dezember 2001 die erste und bis dahin einzige Stadt der Welt, die das Trinkwasser unter Verfassungsschutz stellt, also vorrangig als Aufgabe der öffentlichen Hand sieht. Dies soll eine nachhaltige Versorgung mit Trinkwasser sicherstellen.

5.9.5 Lärm und Gesundheit

Lärm kann vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit haben: In den von der WHO⁶⁸⁴ im Jahr 1999 erstellten Leitlinien zur Lärmbelastung durch Industrie, Straßen-, Flug- und Schienenverkehr sowie andere Lärmquellen werden Hörschäden und Hörverminderung, Störungen der Sprachflüssigkeit, Schlafstörungen, Störungen physiologischer Funktionen, psychische Störungen und verminderte Leistungsfähigkeit genannt. Der Grenzwert für den vorbeugenden Gesundheitsschutz liegt bei 55 Dezibel (dB) für den Tag und 45 dB für die Nacht.

Einer der wichtigsten Wirkmechanismen von Lärm auf die Menschen läuft indirekt über die Erzeugung von Stress. Lärm wirkt als Stressor, der eine unspezifische Reaktion hervorruft. Chronische Lärmbelastung kann die Ausschüttung von Stresshormonen steigern und Blutdruck und Blutfette nachteilig beeinflussen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie Einfluss auf das soziale Verhalten, wie

zum Beispiel Aggressionen, bis hin zu psychischen Krankheiten zählen zu den Wirkungen permanenter Lärmbelastung. Dass Lärm für Frauen und Männer unterschiedliche Folgen haben kann, zeigte zum Beispiel eine Untersuchung an über 4.000 PatientInnen, die zwischen 1998 und 2001 mit einem akuten Herzinfarkt in Berliner Krankenhäuser eingewiesen wurden.⁶⁸⁵ Diese Studie ergab, dass bei Frauen, die in ihrem Lebensumfeld einer großen Lärmkulisse ausgesetzt waren, das Herzinfarkttrisiko um das 1,4-fache höher war. Bei Männern war hier kein Unterschied zu beobachten, sehr wohl aber bei Lärm am Arbeitsplatz: Hier hatten Männer bei Lärm ein 1,4-fach erhöhtes Risiko, Frauen hingegen nicht.

Subjektive und objektive Lärmbelastung

In Österreich wird seit 1970 die **subjektive Belastung durch Lärm** durch die STATISTIK AUSTRIA im Rahmen von Mikrozensus-Erhebungen ermittelt. Im Jahr 2004 fühlten sich rund 28 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen in Österreich in ihren Wohnungen am Tag und/oder in der Nacht durch Lärm belastigt, rund 10 Prozent davon stark oder sehr stark. Der Kraftfahrzeugverkehr wurde von 43 Prozent der Befragten als stärkste Lärmquelle genannt, LKWs und Busse von 17 Prozent. Diese Lärmquellen lagen damit weit vor dem Schienenverkehr (7 Prozent) und dem Luftverkehr (4 Prozent). Seit den 1970er Jahren ist eine deutliche Abnahme der Lärmbelastung der Bevölkerung festzustellen, da verschiedene Lärminderungs- und Schutzmaßnahmen durchgeführt wurden: Emissionsgrenzwerte von Fahrzeugen und Flugzeugen wurden gesenkt, Lärmschutzwände und -wälle errichtet und der Einbau von Schallschutzfenstern gefördert.⁶⁸⁶

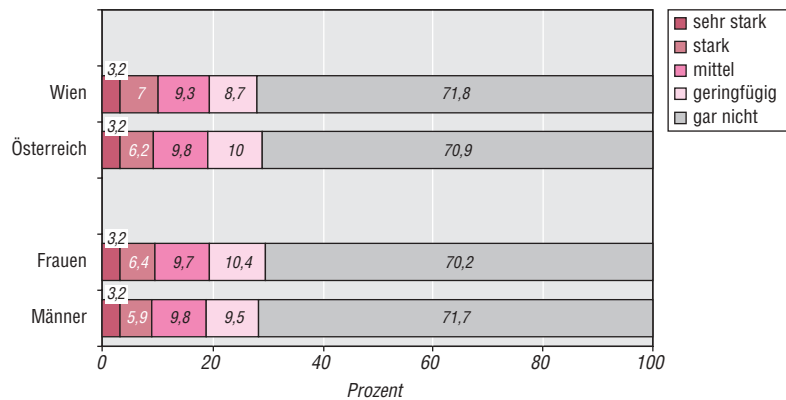
⁶⁸³ <http://www.wien.gv.at/wienwasser/versorgung/charta.html>

⁶⁸⁴ WHO (1999).

⁶⁸⁵ WILLICH (2003).

⁶⁸⁶ UMWELTBUNDESAMT (2004a).

Grafik 5.42: Lärmstörung im Wohnbereich (tagsüber und/oder nachts) in Wien und Österreich 2003 nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005), S. 441.

In Österreich ist die **objektive Lärmbelastung** noch nicht flächendeckend ermittelt. Laut einer Schätzung der OECD im Jahr 2002 leben 32 Prozent der österreichischen Bevölkerung in Zonen mit einer Straßenverkehrslärmbelastung über dem geltenden Grenzwert für Lärmschutz an Bundesstraßen (60 dB am Tag oder 50 dB in der Nacht). Weiters wird geschätzt, dass rund vier Prozent der Bevölkerung in Zonen mit einer Lärmbelastung über dem Grenzwert der Lärmbelastigung durch Schienenverkehr leben. Zur Ermittlung der **Lärmbelastung durch den Flugverkehr** wurden für alle Flughäfen in Österreich Lärmkarten erstellt. In den vergangenen Jahren wurden die Fluglärmmzonen in Wien-Schwechat trotz stark steigender Flugbewegungen kleiner. Diese Entwicklung ist vor allem auf die Einschränkung des Einsatzes lauter Flugzeuge zurückzuführen.⁶⁸⁷

Die **EU-Umgebungslärmrichtlinie**, eine Richtlinie zur Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm, wurde 2002 vom Europäischen Parlament erlassen. Da die Lärmschutzkompetenz in Österreich auf Bund und Land verteilt ist, war die Erarbeitung eines Bundesgesetzes und neun Landesgesetzen erforderlich. Das Bundes-Umgebungslärmschutzgesetz (Bundes-LärmG) trat im Juli 2005 in Kraft. Da bei der Umsetzung der EU-Umgebungslärmrichtlinie in nationales Recht die Berücksichtigung länderspezifischer Aspekte möglich war, wurde im Auftrag des Lebensministeriums ein

Empfehlungsprotokoll erstellt, das zum Beispiel die Festlegung von Ballungsräumen oder von Schwellenwerten enthält.⁶⁸⁸

5.9.6 Gesundheit, Umwelt und Nachhaltigkeit aus der Gender-Perspektive

Internationale Entwicklungen

Die auf der internationalen **UN-Konferenz für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro 1992** beschlossene **Agenda 21**, der Aktionsplan für einen nachhaltigen Umgang mit den natürlichen Umwelt-Ressourcen betont ausdrücklich die **Mitwirkung von Frauen**: „Eine nachhaltige Entwicklung ist ohne die Beteiligung von Frauen nicht zu erreichen.“ (Agenda 21, Kapitel 24 „Globaler Aktionsplan für Frauen zur Erzielung einer nachhaltigen und gerechten Entwicklung“, 1992).⁶⁸⁹ Das heißt, Frauen werden zu Expertinnen für Nachhaltigkeit erklärt. Die Agenda 21 ist neben den Ergebnissen der Weltfrauenkonferenzen eines der ersten internationalen UN-Dokumente, in dem Frauenbelange und entsprechende Maßnahmen umfassend verankert sind.

Der **Weltgipfel in Johannesburg 2002** bot zehn Jahre nach der Rio-Konferenz die große Chance, die globalen

⁶⁸⁷ UMWELTBUNDESAMT (2004a).

⁶⁸⁸ http://www.umweltbundesamt.at/umweltschutz/laerm/laermschutz/b_laerm_g/umsetzung/

⁶⁸⁹ <http://www.umweltbildung.at/cgi-bin/cms/af.pl?navid=6>

Herausforderungen Armut und Umweltzerstörung wieder ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Für zahlreiche Staaten – so auch für Österreich – war der Weltgipfel Anlass, **Nachhaltigkeitsstrategien** zu entwickeln und vorzustellen. Da weltweit aber etwa die Hälfte

der Länder der Agenda 21-Aufforderung, Nachhaltigkeitsstrategien zu erstellen, noch nicht nachgekommen waren, wurde das Jahr 2005 für deren Implementierung genannt.

Tabelle 5.49: Internationale und europäische Politik zu Umwelt, Gesundheit und Nachhaltigkeit

1973	Die Europäische Gemeinschaft verabschiedet ihr Erstes Umweltaktionsprogramm . Weitere Umweltaktionsprogramme folgen in den Jahren 1977, 1982, 1987, 1993 und 2002.
1987	Der Brundtland-Report: Die Vereinten Nationen gründen als unabhängige Sachverständigenkommission die Internationale Kommission für Umwelt und Entwicklung (WCED = World Commission on Environment and Development). Diese Kommission veröffentlicht vier Jahre später ihren Zukunftsbericht („Our Common Future“). Auf der Grundlage dieses und weiterer Berichte beginnen die Vereinten Nationen im Jahr 1989 mit den Vorbereitungen zu einer neuen Umweltkonferenz, die 1992 in Rio de Janeiro stattfinden sollte. In diesem Bericht wird erstmals das Leitbild einer nachhaltigen Entwicklung vorgestellt.
1989	Erste Europäische Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit in Frankfurt/Main: Die Umwelt- und Gesundheitsminister/innen der Europäischen Region verabschieden die Europäische Charta Umwelt und Gesundheit .
1992	Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro. Auf dieser Konferenz wird die Agenda 21 verabschiedet.
1993	WHO-Programm Globale Strategie für Gesundheit und Umwelt: Das Programm dient als Arbeitsrahmen für die Erfüllung der in der Agenda 21 vereinbarten Ziele.
1994	Zweite Europäische Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit in Helsinki: Die Umwelt- und Gesundheitsminister/innen der Europäischen Region beschließen einen Europäischen Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa (Environmental Health Action Plan for Europe – EHAPE). Die Mitgliedsstaaten sollen Nationale Aktionspläne Umwelt und Gesundheit (NAPUG/National Environmental Health Action Plan – NEHAP) entwickeln, um die Ziele des Europäischen Aktionsplanes umzusetzen. Der Österreichische Nationale Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan (NEHAP) bezieht sich auf die Gebiete Luft, Wasser, Altlasten, Lebensmittelqualität und -sicherheit, Strahlenschutz, Chemikaliensicherheit, Lärm, Verkehr, Unfälle, Sicherheit am Arbeitsplatz und Siedlungswesen.
1994	Charta von Aalborg: Europäische Städte und Gemeinden verpflichten sich, eine lokale Agenda 21 aufzustellen und Handlungsprogramme für eine nachhaltige Stadt- und Gemeindeentwicklung zu erstellen. In Europa laufen derzeit ca. 5.300 lokale Agenda 21-Prozesse.
1997	Vierte Internationale WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta.
1999	Dritte Europäische Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit in London: Die Länder tauschen ihre Erfahrungen, die sie bei der Aufstellung und Umsetzung ihrer nationalen Aktionspläne zu Umwelt und Gesundheit gewonnen haben, aus und kommen zu dem Schluss, dass die Umsetzung der nationalen Aktionspläne im Wesentlichen auf der lokalen Ebene erfolgen muss. Hierzu können eigenständige Lokale Aktionspläne Umwelt und Gesundheit (Local Environmental Health Action Plans – LEHAPs) entwickelt oder bereits bestehende Pläne wie z. B. die der lokalen Agenda-21 oder der Gesunden Städte-Projekte genutzt werden.
2002	Das Sechste Umweltaktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft wurde 2002 mit einer Laufzeit von zehn Jahren beschlossen und umfasst sieben thematische Strategien: Luftqualität, Vermeidung und Recycling von Abfall, nachhaltige Nutzung der natürlichen Ressourcen, Schutz und Erhaltung der Meeresumwelt, städtische Umwelt, Bodenschutz und nachhaltige Nutzung von Pestiziden.
2002	Weltgipfel Rio +10 in Johannesburg: Auf dieser Konferenz wurden die bisherigen Ergebnisse und Erfahrungen überprüft und über konkrete Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Agenda 21 beraten.
2004	Vierte Europäische Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit in Budapest: Diese Konferenz befasste sich schwerpunktmäßig mit Umweltauswirkungen auf die Gesundheit von Kindern. Das Leitmotiv lautete Die Zukunft unseren Kindern .

Quelle: BMGF (2006), S. 316.

Gender Mainstreaming und Nachhaltigkeit in der Wiener Stadtplanung

Der **Wiener Stadtentwicklungsplan (STEP)**⁶⁹⁰ wurde von der Magistratsabteilung 18 (Stadtentwicklung und Stadtplanung) erarbeitet und legt den zukünftigen Ausbau der Stadt fest, wie z. B. die Verteilung von Bauland

und Grünland oder die Verkehrsinfrastruktur (U-Bahn, S-Bahn, Straßenbahn, Eisenbahn- und Straßennetz). Dem STEP05 liegen folgende Grundsätze und Prinzipien zugrunde, die auch die Basis für Handlungsempfehlungen und Maßnahmen darstellen: **Lebensqualität, Nachhaltigkeit, Partizipation, Gender Mainstreaming, Diversität.**

Tabelle 5.50: STEP 2005: Grundsätze nachhaltiger Entwicklung

Ökologische Nachhaltigkeit	
Boden	Fruchtbarkeit des Bodens erhalten, Boden pfleglich bewirtschaften, Bodenpolitik, Zersiedelung und Flächenversiegelung eindämmen.
Wasser	Qualität und Versorgung für alle sichern, Grundwasser schützen, Fließgewässer erhalten.
Luft	Schadstofffreie Luft sichern.
Landschaft	Landschaft als Erlebnis- und Erholungsraum, Kultur- und Begegnungsraum begreifen, landschaftliche und biologische Vielfalt sichern und entwickeln, Biodiversität erhalten.
Ökonomische Nachhaltigkeit	
Wohnen	Ressourcenschonende Stadtentwicklung fördern, Wohnumfeld attraktiver machen, ökologisch bauen, Energieverbrauch minimieren.
Wirtschaft und Arbeit	Zugang für alle Frauen und Männer mit gezielten Maßnahmen ermöglichen, regionale Kooperationen ausbauen, Nahversorgung forcieren.
Mobilität	Stadt der kurzen Wege entwickeln, motorisierten Individualverkehr reduzieren, Lärmreduzierung, Ausbau von Informations- und Telekommunikations-Infrastruktur.
Ver- und Entsorgung	Umwelt- und klimagerechte sowie erneuerbare Energieträger forcieren, Energieverbrauch minimieren, Emissionen von Treibhausgasen und Luftschadstoffen vermeiden, Minimierung des Energieverbrauchs bei Bauten, Abfall vermeiden, wiederverwerten und energetisch nutzen.
Soziale und gesellschaftliche Nachhaltigkeit	
Soziale Vorsorge und Gesundheit	Ermöglichung der Erfüllung der Grundbedürfnisse, soziale Absicherung, Lebensqualität erhöhen; Sicherung des Zugangs zu sozialer und gesundheitlicher Versorgung ohne Beschränkungen aufgrund ökonomischer bzw. kultureller Unterschiede; Prozess des Älterwerdens in Würde begleiten.
Bildung und Wissenschaft	Regionale Wissenszentren und Standortfaktor Wissen stärken, Zugang zum Wissen für alle Bevölkerungsgruppen ermöglichen.
Kultur und Kunst	Ressourcen für Weiterentwicklung der Kunst bereitstellen, Vielfalt der unterschiedlichen gesellschaftlichen Kulturen in der Stadt als Ausdruck städtischen Lebens ermöglichen und fördern.
Soziale Teilhabe und Diversität	Uneingeschränkte Teilnahme aller BürgerInnen am gesellschaftlichen Leben ermöglichen; Chancengleichheit anstreben; Klima der Offenheit, Solidarität und Gerechtigkeit schaffen; Ausgrenzungen und Stigmatisierung von Bevölkerungsgruppen verringern bzw. beseitigen; Vielfalt sichtbar und lebbar machen, Integration fördern, konfliktarmes Zusammenleben ermöglichen.
Gender Mainstreaming	Geschlechtersensible Planungsprinzipien beachten, Chancengleichheit für Frauen und Männer bei Benützung öffentlicher Räume sicherstellen.
Partizipation	Mitgestaltung der eigenen Lebensumwelt, Artikulation von verschiedenen Meinungen und Bedürfnissen, Partizipation und Mitbestimmung in der Stadtverwaltung für alle Bevölkerungsgruppen fördern.
Stadtbild und Identität	Unverwechselbarkeit, kulturelle Bezugsrahmen schaffen, Formenvielfalt in der Stadt erhalten und entwickeln, gestalterische Qualität und Ästhetik weiterentwickeln.

Quelle: STADT WIEN, MA 18 (2005), S. 14.

⁶⁹⁰ STADT WIEN, MA 18 (2005).

Beispiele der Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Wiener Stadtplanung

Geschlechtsspezifische Parkgestaltung

Grün- und Freiräume haben im bebauten Stadtgebiet auch soziale Funktionen. Durch die Gestaltung einer Grünfläche oder Parkanlage werden die Nutzungsmöglichkeiten und NutzerInnen vordefiniert. Geschlechtersensible Parkgestaltung bedeutet deshalb, die Organisation und Ausstattung der Freiflächen so vorzunehmen, dass Mädchen die gleichen Chancen und Entfaltungsmöglichkeiten bekommen wie Buben. Ziel der **Leitstelle alltags- und frauengerechtes Planen und Bauen**⁶⁹¹ ist es, die Präsenz von Mädchen im öffentlichen Raum zu stärken, ihre Raumeignung zu unterstützen, und ein ausgewogenes Verhältnis von weiblichen und männlichen Parkbesuchenden zu erreichen. In diesem Sinne wurden der Einsiedlerplatz und der St.-Johann-Park geschlechtssensibel gestaltet. Ein partizipativer Prozess durch Befragungen (Parkbetreuung, Gebietsbetreuung, aktive Mütter, Bezirksvertretung,

Jugendkontaktbeamte der Polizei sowie LehrerInnen der nahe gelegenen Schule) und die gemeinsame Diskussion möglicher Lösungsansätze sind Merkmale dieser innovativen Methode. Die Parkplanung mit Mädchenbeteiligung am Donaukanal/Odeongasse verfolgte die Idee, Mädchen direkt an der Parkgestaltung zu beteiligen. Sie artikulierten ihre Wünsche und Bedürfnisse und konnten unter professioneller Anleitung ihre Anliegen zu Planungsvorschlägen verdichten. Es waren dies ein Rückzugsraum, ein Kommunikationsraum, ein Raum für Spiel und Sport, der nicht von Burschen vereinnahmt wird.

Öffentliche Beleuchtung

Frauen werden – neben Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen – häufiger als Männer Opfer von Kriminaldelikten. Nach dem Prinzip „Sehen und gesehen werden“ bemüht sich die MA 33 den persönlichen Schutz und das Sicherheitsgefühl durch die Verminderung von Angsträumen zu erhöhen und so Chancengleichheit in der Mobilität zu erreichen.

5.10 Frauen mit Behinderung

Siehe auch: „barrierefrei“ – Gynäkologische Vorsorge und Versorgung von Frauen mit Behinderung (Kapitel 10.1.10).

Zusammenfassung

Durch das Jahr der Behinderung 2003 wurden mehrere Initiativen und Projekte für Frauen mit Behinderung angeregt. Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat ein Projekt zur Barrierefreiheit im Zugang zur gynäkologischen Versorgung durchgeführt. Fragen der **sexuellen und reproduktiven Gesundheit** (Verhütung, Schwangerschaft, sexueller Missbrauch) von Frauen mit Behinderung wurden lange Zeit nur marginal behandelt, haben aber für diese dieselbe Relevanz wie für Frauen ohne Behinderung. In Zukunft ist noch viel Aufklärungs- und Informationsarbeit erforderlich, u. a. was die Ausbildung der in der Gesundheitsversorgung Arbeitenden betrifft.

Summary: Women with disabilities

*During the Year of Disabilities 2003 a number of initiatives and projects for women with disabilities were launched. The Vienna Women's Health Programme carried out a project for removing barriers in the access to gynaecological treatment. Issues of **sexual and reproductive health** (contraception, pregnancy, sexual abuse) of women with disabilities have for a long time been discussed only marginally, although they are equally relevant for them as for women without disabilities. Much information and awareness building is still needed, e.g. in training medical and nursing staff.*

⁶⁹¹ <http://www.wien.gv.at/mdbd/> (Geschäftsbereich Bauten und Technik, Stadtbaudirektion MD-BD) und http://www.opening-net.info/docs/OPENING_Stadtplanung_PraesKail_dt.pdf

5.10.1 Begriffsdefinition, Zahl der Betroffenen

Seit vielen Jahren wird auf eine unzureichende Datenlage im Bereich von Menschen mit Behinderungen generell und die Nicht-Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte, verwiesen. Die statistischen Daten, die im Bereich Behinderung vorhanden sind, basieren auf unterschiedlichen Definitionen von Behinderung, sind häufig nicht nach Geschlecht aufgeschlüsselt und/oder nicht regional differenziert. Aktuelle Versuche einer **Definition des Behinderungsbegriffs** sind durch das Bemühen gekennzeichnet, eine Diskriminierung und Stigmatisierung zu vermeiden, wie z. B. durch den inzwischen gebräuchlichen Begriff „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“. In den vergangenen Jahren hat sich die Bezeichnung „Menschen mit Behinderung“ anstelle „behinderte Menschen“ durchgesetzt. Grundsätzlich wird zwischen körperlicher Behinderung, Sinnesbehinderung (Blindheit, Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit, Taubblindheit), Sprachbehinderung, psychischer Behinderung, Lernbehinde-

rung und geistiger Behinderung unterschieden. Hinsichtlich der Ursachen der Behinderung werden grundsätzlich angeborene (vererbte oder vor der Geburt entstandene) und erworbene Behinderungen (während der Geburt, durch Krankheiten, Unfälle, Gewalteinwirkungen oder durch den Alterungsprozess) unterschieden.

Klassifikationssysteme für Behinderung (ICIDH und ICIDH-2)

Im Jahr 1980 entwickelte die WHO mit dem ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) ein Klassifikationsschema von Krankheiten und Behinderung. Dabei wird zwischen Impairment, Disability und Handicap unterschieden. 1999 wurde dieses Schema im ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions and Functioning) verändert und erweitert. Hierbei sind nicht mehr die Defizite einer Person maßgeblich, sondern die persönlichen Fähigkeiten und die soziale Teilhabe.

ICIDH (1980)	ICIDH-2 (1999)
<p>Impairment: Schäden einer psychischen, physischen oder anatomischen Struktur</p> <p>Disability: Fähigkeitsstörung, die aufgrund der Schädigung entstanden ist</p> <p>Handicap: soziale Benachteiligung aufgrund der Schäden und/oder der Fähigkeitsstörung (Behinderung)</p>	<p>Impairment: Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur im Sinn einer wesentlichen Abweichung oder eines Verlustes</p> <p>Activity: Möglichkeiten der Aktivität eines Menschen, persönliche Verwirklichung zu erreichen</p> <p>Participation: Maß der Teilhabe an öffentlichen, gesellschaftlichen, kulturellen Aufgaben, Angelegenheiten und Errungenschaften</p> <p>Kontextfaktoren: physische, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der ein Mensch das eigene Leben gestaltet</p>

Quelle: WHO (<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>).

Laut **Bundessozialamt** gelten Personen bei einer Behinderung ab fünfzig Prozent als **begünstigte behinderte Personen**. Dazu gehören Personen mit einer körperlichen, seelischen, geistigen oder einer Sinnesbehinderung sowie Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen zwischen dem 13. und 24. Lebensjahr.

Bis zum Jahr 1999 wurden behinderte Personen im **Arbeitsmarktservice Österreich** (AMS) nach der Art der Behinderung (körperliche, psychische, geistige Behinderung sowie Gehörlosigkeit und Blindheit) erfasst. Seit dem Jahr 1999 wird auf die Art der Behinderung als Einstufungskriterium verzichtet und von arbeitslos gemelde-

ten behinderten Personen ein ärztliches Gutachten verlangt, das ihre Einschränkung bzw. die darin begründeten Schwierigkeiten bei der Vermittlung und/oder ihre eingeschränkten Berufsmöglichkeiten belegt. Das Arbeitsmarktservice (AMS) erfasst auch behinderte Personen, für die das Behinderteneinstellungsgesetz, das Opferfürsorgegesetz oder das Landesbehindertengesetz zutrifft.

Das **Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen** als die für Behindertenfragen zuständige Bundesinstanz verwendet folgende Definition:⁶⁹² „Behinderte Personen sind Personen jeglichen Alters, die in einem lebenswichtigen sozialen Beziehungsfeld

⁶⁹² BMSG (2003).

körperlich, geistig oder seelisch dauernd wesentlich beeinträchtigt sind. Ihnen stehen jene Personen gleich, denen eine solche Beeinträchtigung in absehbarer Zeit droht. Lebenswichtige soziale Beziehungsfelder sind insbesondere die Bereiche Erziehung, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Beschäftigung, Kommunikation, Wohnen und Freizeitgestaltung. (...) Behindert sind jene Menschen, denen es ohne Hilfe nicht möglich ist, geregelte soziale Beziehungen zu pflegen, sinnvolle Beschäftigung zu erlangen und auszuüben und angemessenes und ausreichendes Einkommen zu erzielen.“

Schätzungen auf europäischer Ebene gehen von einem Anteil von **zehn Prozent behinderten Personen in der Bevölkerung** aus. Nachfolgend eine Aufstellung unterschiedlicher Datenquellen in Österreich, die sich auf verschiedene Gruppen von Menschen mit Behinderung beziehen. Es kann dabei nicht ausgeschlossen werden, dass Personen in mehreren Kategorien gezählt werden. Die Erhebungen sind nicht geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselt.

Tabelle 5.51: Unterschiedliche Datenquellen zur Häufigkeit von Behinderungen

Gruppen behinderter Menschen	Definitionsgrundlage	1992	2001
begünstigte Behinderte	Behinderteneinstellungsgesetz	51.900	81.826
vorgemerkte Arbeitslose mit Behinderung	Arbeitsmarktservice	23.000	29.767
Invaliditypensionen	Pensionsversicherung	398.900	381.228
Versehrtenrente	Unfallversicherung	91.200	88.906
Beschädigte	Kriegsopferversorgungsgesetz	55.700	30.083
Beschädigte	Heeresversorgungsgesetz	1.300	1.633
erhöhte Familienbeihilfe	FLAG	44.000	62.000
PflegegeldbezieherInnen	Bundespflegegeldgesetz	–	280.429
PflegegeldbezieherInnen	Landespflegegeldgesetz	–	–

Quelle: BMSG (2003).

Im Dezember 2002 haben rund 354.500 Personen **Pflegegeld** des Bundes oder der Länder bezogen. An 302.700 PflegegeldempfängerInnen (85 Prozent) wurden Pflegegeldleistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz ausbezahlt und die restlichen 51.800 PflegegeldbezieherInnen (15 Prozent) waren dem Zuständigkeitsbereich der Länder zugeordnet. Insgesamt ist die Zahl der PflegegeldbezieherInnen von 230.209 im Jahr

2003 auf 295.339 im Jahr 2004 gestiegen. Der Frauenanteil bei den PflegegeldempfängerInnen liegt je nach Pflegestufe zwischen 73,6 Prozent (Stufe 1) und 63,6 Prozent (Stufe 6) bzw. bei 68,2 Prozent im Durchschnitt. In Wien haben im Jahr 2002 57.870 Personen Pflegegeld bezogen, mehr als ein Drittel davon (34,6 Prozent) Pflegegeld der Stufe 2.

Tabelle 5.52: PflegegeldbezieherInnen (Bundespflegegeld, alle Entscheidungsträger) in Wien und Österreich 2002 nach Pflegestufe und Geschlecht

Pflegestufe	Wien		Österreich				
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	Frauen	Männer	Frauenanteil
					absolut	absolut	Prozent
Stufe 1	14.117	24,4	58.868	19,4	43.322	15.356	73,6
Stufe 2	20.013	34,6	109.502	36,2	72.957	36.545	66,6
Stufe 3	10.519	18,2	52.008	17,2	34.963	17.045	67,2
Stufe 4	7.993	13,8	45.658	15,1	30.455	15.203	66,7
Stufe 5	3.797	6,6	24.947	8,2	16.968	7.979	68,0
Stufe 6	834	1,4	7.027	2,3	4.466	2.561	63,6
Stufe 7	597	1,0	4.739	1,6	3.211	1.528	67,8
gesamt	57.870	100	302.749	100	206.352	96.397	68,2

Quelle: SOZIALE SICHERHEIT (2003), S. 250.

Frauen mit körperlicher Behinderung sind deutlich seltener erwerbstätig als Frauen ohne (43 vs. 65 Prozent der 15- bis 64-jährigen Frauen). Ein Ausdruck dessen ist u. a.

der geringe Frauenanteil bei arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen für Menschen mit Behinderung (Frauenanteil je nach Maßnahme zwischen 38 und 45 Prozent).

Tabelle 5.53: Erwerbstätigkeit und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für Frauen mit Behinderung 2002

Erwerbstätigkeit bei 15- bis 64-jährigen Frauen*	Prozent aller Frauen
mit körperlicher Beeinträchtigung	43
ohne körperliche Beeinträchtigung	65
Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen**	Frauenanteil in Prozent
der Bundessozialämter	41
der Behindertenmilliarde (2001)	43
des Europäischen Sozialfonds (ESF)	45
Rehabilitationsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice (AMS)	38

Quellen: * Mikrozensus 2002; KLAPFER (2003);

** http://www.gem.or.at/repository/GeM-InfoLetter_Nr_8_2004.pdf

Der Rat der Europäischen Union hat das Jahr 2003 zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung erklärt. In diesem Zusammenhang wurde im Jahr 2002 EU-weit eine Erhebung über die Beschäftigung behinderter Menschen im Rahmen der europäischen Arbeitskräfteerhebung durchgeführt. In Österreich fand die Erhebung im Rahmen des Sonderprogramms „**Beeinträchtigungen und Behinderungen**“⁶⁹³ der Mikrozensus-Erhebung im Juni 2002 statt. Regionale Auswertungen für Wien liegen nicht vor, daher werden hier die Gesamt-Österreichischen Ergebnisse dargestellt. Gefragt wurde nach lang andauernden Gesundheitsproblemen oder Behinderungen, wie z. B. körperliche Schädigungen, sensorische Probleme (subjektiv empfundene Sehbeeinträchtigungen trotz Brille), Herz-, Atembeschwerden und Gehbeeinträchtigungen, fortschreitende Krankheiten (Krebs, Parkinson, ...), psychische Probleme, Lernbehinderungen. Zusätzlich wurde erhoben, ob mit dem jeweiligen Gesundheitsproblem auch eine Einschränkung in der Ausübung von Tätigkeiten des täglichen Lebens verbunden ist. Aus den so erhaltenen Ergebnissen lässt sich hochrechnen, dass rund **1,26 Mio. Menschen in Österreich lang andauernde Gesundheitsprobleme oder Behinderungen haben**. Das sind 15,8 Prozent der österreichischen Bevölkerung in Privathaushalten: 16,2 Prozent der Frauen, 15,3 Prozent der Männer. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen ist die abso-

lute Zahl von Frauen mit Gesundheitsproblemen im höheren Alter zwar höher, der relative Anteil von Frauen und Männern ist jedoch annähernd gleich. Häufigste Gesundheitsprobleme sind Beeinträchtigungen der Beine und Füße (21,9 Prozent der Frauen, 18,1 Prozent der Männer), Probleme mit dem Rücken oder Nacken (18,3 Prozent der Frauen, 19,7 Prozent der Männer) sowie Probleme mit dem Herz-Kreislauf-System (13,9 Prozent der Frauen, 14,9 Prozent der Männer). 29,8 Prozent der Frauen und 27,8 Prozent der Männer mit lang andauernden Gesundheitsproblemen fühlen sich bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erheblich, jeweils 51,0 Prozent bis zu einem gewissen Grad eingeschränkt. Von den Beeinträchtigten, die sich zumindest bis zu einem gewissen Grad eingeschränkt fühlen, sind 46,3 Prozent erwerbstätig (39,3 Prozent der Frauen, 51,9 Prozent der Männer).

5.10.2 Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen mit Behinderung

Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft und Mutterschaft sind für Frauen mit Behinderung in gleicher Weise wichtige Themen wie für nicht behinderte Frauen. Erst in jüngster Zeit werden Frauen mit Behinderung nicht mehr ausschließlich als geschlechtsneutrale Wesen gesehen und es wird ihnen Sexualität und ein Kinderwunsch zugestanden, allerdings muss diese

⁶⁹³ STATISTIK AUSTRIA (2006), S. 284 ff.

Sichtweise erst ins Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit und zum Teil auch des Gesundheitspersonals dringen. Behinderte Frauen berichten häufig von negativen Erfahrungen im Bereich der **gynäkologischen Versorgung**: Bei Verhütungsmitteln werden ohne auf die Wünsche der Patientin einzugehen langfristige Methoden empfohlen, bei Schwangerschaft wird zu Abtreibung geraten und eine humangenetische Beratung wird schwangeren behinderten Frauen grundsätzlich nahe gelegt.⁶⁹⁴ Diese mangelnde Sensibilität für die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen mit Behinderung führt schließlich auch dazu, dass sexualisierte Gewalt oft übersehen wird.

In Wien wurde im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit das Projekt „**barrierefrei. Gynäkologische Vorsorge und Versorgung behinderter Frauen**“⁶⁹⁵ durchgeführt. Im Rahmen dieses Projekts wurden GynäkologInnen zu ihren Erfahrungen in der Behandlung von Frauen mit Behinderungen mittels Fragebogen befragt. Ein Drittel der befragten ÄrztInnen betreut regelmäßig Patientinnen mit Behinderung, die Patientinnen sind körperbehindert (64 Prozent), lernbehindert (54 Prozent), gehörlos (38 Prozent) oder sehbehindert (10 Prozent). Als häufigste Barrieren in der Behandlung von Frauen mit Behinderung wurde die Tatsache genannt, dass der Zugang zur Praxis nicht behindertengerecht, das Fachwissen in Bezug auf Behinderung nicht ausreichend und der zeitliche Aufwand zu groß sei. Möglichkeiten einer Verbesserung der Situation sehen zwei Drittel der ÄrztInnen in einer Abgeltung des zusätzlichen Zeitaufwandes für Aus- und Ankleiden bzw. für die Untersuchung, 44 Prozent der ÄrztInnen wünschen sich Zuschüsse für Umbauten, 40 Prozent finanzielle Unterstützung für den Ankauf behindertengerechter Untersuchungsgeräte und 42 Prozent wünschen sich regelmäßige Fortbildung zum Thema Behinderung. Etwa zwei Drittel der befragten ÄrztInnen sind laut Eigenangaben in der fachärztlichen Ausbildung nicht auf den Umgang mit behinderten Frauen vorbereitet worden.

Rechtliche Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bei Behinderung

Es sind hauptsächlich zwei Gesetze, die für den Zusammenhang von sexueller und reproduktiver Gesundheit

mit Behinderung wesentlich sind: das Sterilisationsgesetz (ABGB § 146d, § 282 Abs. 3, StGB § 90, Abs. 2) und die eugenische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch (StGB § 97). Frauen mit Behinderung müssen sich nach wie vor rechtfertigen, wenn sie Kinder wollen und sind dadurch in ihrem Lebensentwurf eingeschränkt. Auch existiert noch der Mythos, dass eine behinderte Frau in jedem Fall ein behindertes Kind zur Welt bringt.

Als Folge einer breiten Diskussion in der Öffentlichkeit wurde im Jahr 2001 im Kindschaftsrecht die **fremdbestimmte Sterilisation** eingeschränkt. Die Zustimmung zur Sterilisation wird als persönliches Recht definiert, es darf keine ersatzweise Einwilligung geben, auch nicht bei Jugendlichen. Ein/e SachwalterIn darf einer Sterilisation nur dann zustimmen, wenn eine ernste Gefahr für das Leben oder eine schwere Schädigung der Gesundheit der Person mit Behinderung besteht. Zusätzlich ist eine gerichtliche Genehmigung nötig.

Die **eugenische Indikation** erlaubt die Abtreibung von Embryonen, bei denen durch eine Genanalyse eine schwere geistige und körperliche Schädigung nachgewiesen wurde, bis zum Geburtstermin. Bis vor kurzem war es in Österreich Usus, dass Schwangerschaftsabbrüche bei Lebensfähigkeit des Kindes kaum durchgeführt wurden, betroffene Frauen wurden u. a. an ausländische Institutionen verwiesen. An der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien sind in den Jahren von 1998 bis 2001 rund 15 Spätabbrüche durch Gabe von Wehen einleitenden Mitteln (Prostaglandinen) erfolgt, wobei mehrere dieser Kinder lebend auf die Welt gekommen sind, vereinzelt über eine Stunde gelebt haben und dann erstickt sind.⁶⁹⁶ Eine Möglichkeit, diese als unmenschlich anmutende Vorgehensweise zu verhindern, ist der **Fetozid**. Darunter versteht man die Tötung eines schwer behinderten, aber unter Umständen bereits lebensfähigen Kindes im Mutterleib nach der 24. Schwangerschaftswoche durch Stilllegung der Herzfunktion im Mutterleib. Eine von der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatalmedizin eingesetzte Arbeitsgruppe zum Thema „**Spätabbruch**“ bezieht sich auf die Tatsache, dass der Wunsch einer Schwangeren nach Beendigung der Schwangerschaft nach der 22. Schwangerschaftswoche bei einer fetalen

⁶⁹⁴ BMFSFJ (2000), S. 52 ff.

⁶⁹⁵ WOLFF, WIMMER-PUCHINGER (2003); eine Beschreibung des gesamten Projekts findet sich in Kapitel 10.

⁶⁹⁶ DER STANDARD (online), 4. März 2003.

Erkrankung eine extrem belastende Problematik darstellt und hat daher im Jahr 2002 ein Konzept zur Verbesserung der Bewältigung dieser Situation in der Praxis erarbeitet.⁶⁹⁷ Prinzipiell besteht Konsensus darüber, dass es nach der 22. Schwangerschaftswoche Indikationen zur Beendigung einer Schwangerschaft gibt, die in gravierenden Fällen **sowohl rechtlich als auch ethisch legitimierbar** sind und zwar durch die Lebensumstände der Schwangeren und durch den Zustand und die Entwicklungsprognose des Ungeborenen. Hierbei ist das Konzept eines graduell abgestuften, sich im Fortgang der Schwangerschaft zunehmend verstärkenden **pränatalen Lebensschutzes** vorauszusetzen. Es besteht Einigkeit, dass der Entscheidungsprozeß im Einzelfall durch eine möglichst breit und interdisziplinär beschickte Beratungsgemeinschaft gelenkt werden muss. Kommt es in dieser Beratung zum einstimmigen Konsens darüber, dass der Wunsch der Frau aufgrund der vorliegenden individuellen Problematik für alle verständlich ist und legitim erscheint, so ist die Problemlösung aus humanitären, ethischen, medizinischen und rechtlichen Überlegungen primär die **Geburtseinleitung nach Fetozid**. Dies gilt, sofern die betroffene Mutter nicht ein anderes medizinisch und ethisch verantwortbares *Procedere* wünscht. Die praktische Durchführung des Fetozids hat nach internationalen Standards zu erfolgen. Die Sicherung der Diagnose muss durch die jeweils erforderlichen, fachkompetenten Personen erfolgen (z. B. aus Pränatalmedizin, Neonatologie, Pädiatrie, Urologie, Kinderchirurgie). Zur Absicherung der Diagnose ist die jeweils sinnvolle Kontaktaufnahme mit einem zweiten, in der Pränatalmedizin ausgewiesenem Zentrum zu empfehlen (**second opinion**). Der Eingriff kann nur in einem in der Pränatalmedizin ausgewiesenen Zentrum erfolgen. Der gesamte Prozess ist durch psychosoziale Begleitung zu unterstützen. Zwischen Diagnosesicherung und Konsequenz ist ein ausreichender Zeitraum zur Bildung eines möglichst ausgereiften Entschlusses erforderlich. Eine pathologische Untersuchung des Fötus wird naturgemäß in Übereinstimmung mit den Eltern gefordert. Hohe Qualität ist auch in diesem Bereich anzustreben. Konsens besteht darüber, dass die Entscheidungsfindung exakt zu dokumentieren ist. Gewünscht sind ein interdisziplinärer Gedanken- und Erfahrungsaustausch und eine zentrale, möglichst lückenlose Dokumentation der einzelnen Fälle.

⁶⁹⁷ ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR PRÄ- UND PERINATALMEDIZIN (2002).

⁶⁹⁸ BMSG (2003), S. 48.

5.10.3 Mobilitätsbarrieren und Zugang zum Gesundheitssystem

Bauliche Hürden, Broschüren, die nicht in Brailleschrift aufliegen, Mangel an Kompetenz für Gebärdensprachen, Schwierigkeiten im Umgang mit psychisch kranken Frauen sind nur einige der Barrieren, die für behinderte Frauen den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren. Als mobilitätsbehindert gelten insbesondere bewegungsbehinderte Menschen (Behinderung im Gehen, Stehen, Greifen, Mehrfachbehinderung, Oberkörperbehinderte), wahrnehmungsbehinderte Menschen (Blinde, Sehbehinderte, Gehörlose, Hörbehinderte), sprachbehinderte Menschen, Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung, aber auch ältere Menschen, werdende Mütter, Kinder, Personen mit vorübergehenden Unfallfolgen oder Beeinträchtigungen nach Operationen.⁶⁹⁸

In Österreich gibt es zwar seit 1994 Planungsgrundsätze für barrierefreies Bauen, die in der ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundsätze“ zusammengefasst sind, diese sind jedoch nicht verbindlich (z. B. stufenloses Erreichen zumindest des Haupteingangs, Niveauunterschiede dürfen nicht mehr als drei Zentimeter betragen, Hauptstiegen müssen beidseitig mit einem gut greifbaren Handlauf versehen sein, öffentliche Baulichkeiten müssen mit einem behindertengerechten WC-Raum ausgestattet sein).

Im Rahmen der 58. ASVG-Novelle vom August 2001 ist ein Gesetz in Kraft getreten, das einen behindertengerechten Zugang zu Gruppenpraxen vorschreibt. Demnach haben Gruppenpraxen spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen zu enthalten, die Mindeststandards der ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ müssen umgesetzt sein. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass sich Mobilitätsbarrieren in ländlichen Gegenden wesentlich stärker auf das Leben behinderter Frauen auswirken als im städtischen Umfeld und dadurch ihr Lebensradius um ein Vielfaches eingeschränkt ist. Veranlasst durch das Jahr der Behinderung 2003 hat der Österreichische Hauptverband der Sozialversicherungsträger gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für

Rehabilitation (ÖAR) und dem Dachverband der Vereinigung zur Vertretung der Interessen behinderter Menschen eine **Ist-Stand-Erhebung in allen Bundesländern** durchgeführt, inwieweit die ÄrztInnenpraxen der österreichischen VertragsärztInnen behindertenge-

recht ausgestattet sind.⁶⁹⁹ Wien weist bei fast allen erhobenen Ausstattungselementen für einen barrierefreien Zugang zu ÄrztInnenpraxen deutliche Defizite auf als dies im österreichischen Durchschnitt der Fall ist.

Tabelle 5.54: Barrierefreie Ausstattung der österreichischen ÄrztInnenpraxen 2003 nach Bundesländern

Zahlen in Prozent	breite Türen	Schilderhöhe	Fax, E-Mail	Türklingelhöhe	stufenlos	Parkplatz	WC-Anlagen	taktile Schilder	Hörverstärker
Burgenland	95	90	90	63	57	35	25	17	1
Kärnten	94	88	87	74	62	45	25	13	2
Niederösterreich	93	91	88	73	52	27	19	14	1
Oberösterreich	96	92	88	80	64	40	20	15	1
Salzburg	90	89	88	73	56	33	23	11	1
Steiermark	92	85	90	71	54	35	20	10	1
Tirol	93	90	88	82	65	43	23	15	2
Vorarlberg	93	92	88	80	67	38	23	15	2
Wien	86	86	84	75	46	17	12	16	1
Österreich	92	89	88	76	55	31	19	14	1

Quelle: STOWASSER (2004), S. 192 ff.

Die Wiener Ärztekammer hat im November 2003 angekündigt, dass **12 Prozent der 1.800 Wiener Kassenordinationen** innerhalb der nächsten 5 Jahre behindertengerecht umgebaut werden sollen, um damit die freie ÄrztInnenwahl für behinderte Menschen zu gewährleisten. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus VertreterInnen der Behindertenverbände, der ÄrztInnen und der Gebietskrankenkasse soll eingerichtet werden, um festzustellen, welche Umbauten in den Ordinationen von den Verbänden gefordert werden und welche möglich sind.⁷⁰⁰

Der Verein „**Bizeps – Zentrum für Selbstbestimmtes Leben**“ erstellte im Jahr 2001 im Rahmen des Projekts „Behinderte Menschen im Krankenhaus und in anderen Gesundheitseinrichtungen“ in Kooperation mit unterschiedlichen Institutionen eine Broschüre „krank behindert ungehindert ... in Wien“,⁷⁰¹ welche im Jahr 2005 in einer erweiterten Ausgabe neu aufgelegt wurde. Die Broschüre richtet sich an behinderte Personen, aber auch an ÄrztInnen und Personen in anderen Gesundheitsberufen. Sie enthält Listen barrierefreier Ärz-

tInnenpraxen und von Krankenhäusern, die über gebärdensprachkompetentes Personal verfügen. Rechtliche Vorschriften werden ebenso thematisiert wie die Themen Sachwalterschaft oder persönliche Assistenz.

5.10.4 Lösungsansatz Persönliche Assistenz

Das System der Persönlichen Assistenz wurde von der Behindertenbewegung selbst entwickelt und von der Wiener Assistenzgenossenschaft wie folgt definiert: „Von Persönlicher Assistenz spricht man dann, wenn die KundInnen die notwendigen Kompetenzen für ein selbst bestimmtes Leben mit Persönlicher Assistenz in ihren Händen haben, bzw. wieder zurückerlangen. Das bedeutet, einfach gesagt, selbst entscheiden, wer, wann, wo und wie die Persönliche Assistenz leistet und die Kompetenz darüber haben, wer wofür wie viel bezahlt bekommt.“⁷⁰² Persönliche Assistenz ist eine individuelle Leistung, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

⁶⁹⁹ STOWASSER (2004), S. 192 ff.

⁷⁰⁰ http://www.hausaerzterverband.at/down/akt12_03.pdf (S. 27)

⁷⁰¹ <http://www.bizeps.or.at/broschueren/krank/>

⁷⁰² <http://www.wag.or.at>

Notwendige Voraussetzungen für ein selbst bestimmtes Leben mit Persönlicher Assistenz:

Anleitungskompetenz: KundInnen sagen, wie die Assistenz zu verrichten ist. Sie lernen die AssistentInnen selbst für die benötigten Hilfeleistungen an. Sie wissen am besten, welche Assistenzleistungen sie in welchem Umfang benötigen. Sie sind Expertinnen in eigener Sache.

Raumkompetenz: KundInnen bestimmen, wo Assistenz erfolgt, an welchem Ort die Assistenz erbracht wird (z. B. in der eigenen Wohnung, am Urlaubsort, am Arbeitsplatz, bei Besuchen bei FreundInnen und Familienangehörigen).

Organisationskompetenz: KundInnen legen Zeiten fest, wann Assistenz erfolgt, der Assistenzplan wird nach dem Tagesablauf und Lebensstil der KundInnen eingeteilt.

Personalkompetenz: KundInnen bestimmen, wer Assistenz leistet, sie wählen AssistentInnen aus.

Finanzkompetenz: KundInnen bestimmen Zahlungsmodalitäten und kontrollieren die Verwendung der ihnen zustehenden Finanzmittel, wie z. B. Leistungen aus dem Bundespflegegeldgesetz.⁷⁰³

5.10.5 Forschung, Qualifizierung und Empowerment für Frauen mit Behinderung

Angeregt durch das Jahr der Behinderung im Jahr 2002 wurden mehrere Forschungs- und Qualifizierungsprojekte des Bundessozialamts Wien (BSB) eingeleitet.

Forschungsprojekte

- **Vita – Erkundungsstudie zur beruflichen Lebenssituation von gehörlosen Frauen im Raum Wien und Umgebung (2002)**, Trägerverein: Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen, Ziel: Verbesserung der Schul-, Ausbildungs- und Weiterbildungssituation von gehörlosen Frauen.
- **Frau sein barrierefrei (2003)**, Trägerverein: Online Schulungs- und Beratungs-GmbH, Ziel: Sensibilisierung für die Lebenssituation und Entwicklung

von Maßnahmen im Bereich von Ausbildung und Qualifizierung von behinderten Frauen.

- **Perspektiva: Erkundungsstudie zur Lebens- und Berufssituation blinder und hochgradig sehbehinderter Frauen in Wien (2004)**, Trägerverein: SOFIA – Institut für ganzheitliche Sozialforschung und ihre Anwendung, Ziel: Verbesserung der Ausbildung und beruflichen Situation von blinden und sehbehinderten Frauen, Eröffnung neuer beruflicher Perspektiven.
- **Luzia: Erkundungsstudie der Lebenssituation von arbeitsmarktfernen Frauen mit Behinderungen (laufend)**, Trägerverein: SOFIA – Institut für ganzheitliche Sozialforschung und ihre Anwendung, Ziel: Anhand von quantitativen und qualitativen Befragungen wird die Lebenssituation von arbeitsmarktfernen Frauen mit Behinderungen erforscht und Handlungsansätze abgeleitet.
- **Studie zur Lebenssituation von behinderten Frauen und Mädchen mit Migrationserfahrung (laufend)**, Träger: Initiative Minderheiten, Ziel: Über die Lebenssituation der Betroffenen ist in Österreich wenig bekannt. Anhand von teilstrukturierten Interviews mit Betroffenen sollen Fakten gesammelt, ein Überblick geschaffen und Lösungsansätze aufgezeigt werden.

Qualifizierungsprojekte

- **Kursmaßnahme Doppelt-Stark (2004)**, Trägerverein: „equalizent“ Schulungs- und Beratungs-GmbH, Ziel: Berufsqualifizierungsmaßnahme für gehörlose und schwerhörige Frauen, besonderes Hauptaugenmerk wird auf die Vermittlung von EDV- und Wirtschaftskennntnissen gelegt.
- **Kursmaßnahme Prima Donna (2004)**, Trägerverein: Jugend am Werk, Ziel: Berufliche Orientierung für behinderte Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren nach Absolvierung der Sonderschule oder einer Integrationsklasse. Hauptaugenmerk wird auf persönliche Nachreifung und berufliche Integration (in Form von Praktika) gelegt.
- **Kursmaßnahme IT-Identity (2004)**, Trägerverein: Online – Schulungs- und Beratungs-GmbH, Ziel: Die Teilnehmerinnen durch Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe zu befähigen und zu bestärken, wieder in die Arbeitswelt einzusteigen (ECDL-Zertifikat und Wirtschaftsführerschein EBDL).

⁷⁰³ <http://www.bizeps.or.at/broschueren/pa/>

Empowerment-Seminare für Frauen mit Behinderung

Der seit 1998 bestehende Verein „NINLIL – Verein wider die sexuelle Gewalt gegen Frauen, die als geistig oder mehrfach behindert klassifiziert werden“⁷⁰⁴ hat das Ziel, betroffene Frauen ernst zu nehmen und bei der Überwindung des Gefühls, allein gelassen zu sein, zu unterstützen. Die betroffenen Frauen machen immer wieder die Erfahrung, dass nicht Betroffene glauben, sie hätten keine sexuellen Bedürfnisse, verstünden nichts von Sexualität. In weiterer Folge wird ihnen oft nicht geglaubt, wenn sie von Gewalterfahrungen berichten. Frauen, die als geistig behindert klassifiziert werden, erfahren die gesellschaftliche Benachteiligung und Ausgrenzung in doppelter Weise: Aufgrund ihres Frauseins und aufgrund ihrer medizinischen Diagnose. Dadurch leben diese Frauen in einem weitgehend fremdbestimmten Alltag, in sozialer und institutioneller Abhängigkeit und der gesellschaftlichen Vorstellung „geschlechtslose Neutren“ zu sein. Die mangelnde Ausdrucksmöglichkeit und das Vorurteil der Unglaubwürdigkeit tragen zu einem äußerst täterfreundlichen Umfeld bei. Sexuelle Begleitung erfolgt kaum oder nur im Sinne von Aufklären über biologische und technische Sachverhalte. Das Konzept der Unterstützungs- und Beratungsangebote von NINLIL ist so angelegt, dass Frauen mit unterschiedlichen Arten von Behinderungen teilnehmen können. Die Seminare finden außer-

halb von Behinderteninstitutionen statt. Ideen, Anliegen und Bedürfnisse der Seminarteilnehmerinnen werden laufend berücksichtigt. Ziel ist es, die Seminare kostenlos anzubieten. Eigene individuelle Stärken der betroffenen Frauen sollen (wieder) entdeckt und gefördert werden, damit Selbstbestimmung, eigenes Handeln und Gestalten möglich werden und ein eigenes Kontrollbewusstsein (wieder) gewonnen werden kann. Ein Weg dahin ist die sexuelle Begleitung von Frauen, die als geistig oder mehrfach behindert klassifiziert werden, aber auch die Bewusstseinsbildung bei MultiplikatorInnen und in der Öffentlichkeit. Ein Beispiel für ein Angebot von NINLIL ist z. B. „Lust mich zu spüren“, eine Bewegungsgruppe für Frauen. Inhalt des Kurses ist Bewegung, Entspannung, Meditation, orientalischer Frauentanz. Weitere Kurstitel sind: Mein Körper gehört mir! Nein sagen ist erlaubt! Erzähle und suche Hilfe; Selbstverteidigung; Beziehungen – Mein Leben mit anderen. Der Verein NINLIL wird durch Subventionen des Frauenbüros der Stadt Wien, des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, der Grünen Frauen Wiens, der Alternativen und Grünen GewerkschafterInnen, der Grünen Landstraße und der Österreichischen Nationalbank unterstützt. Der Verein besteht aus einer Beraterin (auch zuständig für Öffentlichkeitsarbeit und Koordination) und einer Assistentin (zugleich Koordinatorin der women first-Gruppe). Pro Jahr werden rund 40 Seminare bzw. Gruppen abgehalten.

⁷⁰⁴ <http://www.ninlil.at>; NINLIL ist der Name einer sumerischen Göttin, die sich gegen sexuelle Ausbeutung gewehrt hat. Sie ist sich der eigenen weiblichen Identität und sexuellen Bedürfnisse sehr bewusst und steht vor allem für das Wissen über die Möglichkeit eines selbstbewussten „Neins“ zu den unangemessenen Wünschen anderer Personen.

**VI.
FRAUEN IN BESONDEREN
SOZIALEN LAGEN, MIT
SPEZIELLEN GESUND-
HEITSBEDÜRFNISSEN**

***WOMEN IN SPECIAL
SOCIAL SITUATIONS, WITH
SPECIFIC HEALTH CARE
NEEDS***

INHALT

6 FRAUEN IN BESONDEREN SOZIALEN LAGEN, MIT SPEZIELLEN GESUNDHEITSBEDÜRFNISSEN	379
6.1 ALLEINERZIEHERINNEN	382
6.2 MIGRANTINNEN	384
6.2.1 Frauen mit Migrationshintergrund in Wien	385
6.2.2 Migrantinnen im Gesundheitssystem: gesundheitliche Lage, Inanspruchnahme	387
6.2.3 Altern und Migration	388
6.2.4 Interkulturelle Kompetenz und Öffnung des Gesundheitssystems	391
6.2.5 Gewalt gegen Migrantinnen, traditionsbedingte Gewalt	392
6.2.6 Genitalbeschneidung (FGM)	392
6.2.7 Frauen- und Mädchenhandel	395
6.2.8 Zwangsverheiratung	397
6.3 LESBISCHE FRAUEN	398
6.4 WOHNUNGSLOSE FRAUEN	401
6.5 PROSTITUIERTE	403

6 FRAUEN IN BESONDEREN SOZIALEN LAGEN, MIT SPEZIELLEN GESUNDHEITSBEDÜRFNISSEN

Zusammenfassung

Alleinerzieherinnen

In Wien besteht jede fünfte der rund 408.000 Familien aus Alleinerziehenden, etwa die Hälfte der Alleinerziehenden haben Kinder unter 15 Jahren. Der **überwiegende Teil der Alleinerziehenden sind Frauen** (83,9 Prozent). Die Lebenslage von Alleinerziehenden ist von potenziell belastenden Faktoren gekennzeichnet, wobei sich Wien deutlich von den Bundesländern unterscheidet. In Wien ist nicht nur generell der **Anteil Alleinerziehender an der Zahl der Familien mit Kindern** höher als in den anderen Bundesländern, sondern auch der Anteil der **geschiedenen Alleinerziehenden**. Wiener Alleinerzieherinnen mit Kindern über 15 Jahren haben die höchste **Erwerbsquote** sowie eine im Vergleich niedrige **Teilzeitquote**. In Wien oder den anderen Bundesländern liegen keine repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Alleinerzieherinnen vor. Es ist jedoch bekannt, dass Alleinerzieherinnen häufiger an gynäkologischen und psychischen Krankheiten leiden als Frauen in der Vergleichsgruppe verheirateter Mütter. Auch die subjektive Einschätzung der Gesundheit ist bei Alleinerzieherinnen schlechter.

Migrantinnen

Migration per se ist kein Gesundheitsrisiko – sie wird es erst dann, wenn strukturelle, sprachliche und/oder kulturelle Barrieren in der Gesundheitsversorgung hinzukommen, die zu unter- oder überdurchschnittlicher Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten, zu Fehlbehandlung oder zu häufigem ÄrztInnenwechsel führen. Eine geschlechtersensible Perspektive auf die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund ist erforderlich, da diese häufig durch geschlechtsrollenspezifische berufliche und gesellschaftliche Benachteiligungen sowie durch eine meist schwierige rechtliche und soziale Lage als Zuwanderin mehrfach belastet sind. Umfassende Studien zur **gesundheitlichen Lage von Migrantinnen** liegen für Wien oder Österreich nicht vor.

Summary: Women in special social situations, with specific health care needs

Single mothers

*Approximately one in five of the total of 408,000 families in Vienna is a single parent family, and around half of these have children younger than 15. The vast majority of single parents are women (83.9 percent). The situation of single parents is marked by a number of potential burdens. Vienna differs from the other federal provinces in many aspects – not only is the **share of single parent families higher**, but also the proportion of **divorced single parents**. Viennese single mothers with children older than 15 years have the highest **labour force participation rate** and a comparatively low **part-time work rate**. There are no representative figures on the state of health of single mothers for Vienna or the other federal provinces. However, it is known that single mothers have a higher incidence of gynaecological and mental problems than women in the comparison group of married mothers. The subjective health assessment of single mothers is also worse.*

Immigrant women

*Migration as such is not a health risk – it only becomes one when there are structural, linguistic and/or cultural barriers in the health care system which lead to a use of health care services which is either below or above average, treatment errors or a frequent change of doctors. A gender sensitive perspective on the health of immigrant women is necessary, since these women often face gender specific professional and social disadvantages and are additionally burdened by the usually difficult legal and social situation as immigrants. There are no comprehensive studies on the **state of health of immigrant women** in Vienna or Austria.*

Die vorhandenen Ergebnisse sind aufgrund geringer Fallzahlen und einer zu vermutenden hohen Diversität der befragten Frauen (und Männer) mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft mit Vorsicht zu interpretieren. Übereinstimmend lassen sie jedoch den Schluss zu, dass Frauen aus den Ländern Ex-Jugoslawiens und der Türkei häufiger unter körperlichen und psychischen Beschwerden leiden als österreichische Frauen. Weiters stimmen die Ergebnisse darin überein, dass Frauen mit Migratiohintergrund häufiger kurative als präventive Angebote des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, z. B. ließen weniger Frauen mit Geburtsland Türkei oder Ex-Jugoslawien einen Krebsabstrich oder eine Brustuntersuchung vornehmen als Österreicherinnen. Türkische Staatsbürgerinnen suchten häufiger KinderärztInnen auf, nahmen aber seltener FrauenärztInnen, ZahnärztInnen und Ambulanzen in Anspruch als Frauen aus Ex-Jugoslawien und Österreich. In den vergangenen Jahren sind besonders in Wien Themen der **traditionsbedingten Gewalt gegen Migrantinnen** in die öffentliche Aufmerksamkeit gerückt, wie z. B. Genitalbeschneidung (FGM), Zwangsverheiratung oder Mädchen- und Frauenhandel. Die Stadt Wien hat zahlreiche Maßnahmen in diesen Bereichen gesetzt. Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat im Jahr 2005 die Einrichtung einer Beratungsstelle für Frauengesundheit und Genitalbeschneidung unterstützt.

Lesbische Frauen

Lesbische Frauen bleiben im Gesundheitssystem sehr oft unsichtbare Patientinnen, ihre sexuelle Orientierung wird nicht thematisiert. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass sowohl bei medizinischem Personal als auch in der Gesundheitsforschung wenig Wissen über Lebenslagen, gesundheitsbezogene Bedürfnisse und spezifische Gesundheitsrisiken lesbischer Frauen vorhanden ist. Offene Fragen sind, ob lesbische Frauen spezifische Gesundheitsrisiken und Krankheiten haben, ob sie weniger häufig an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen und ob das Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung bei lesbischen Frauen überdurchschnittlich hoch ist.

*The existing data should be interpreted with caution due to small samples and a probably high diversity of the interviewed women (and men) with a non-Austrian citizenship. However, they all indicate that physical and mental problems are more frequent in women from the countries of former Yugoslavia and Turkey than in Austrian women. They all also agree on immigrant women using more curative than preventive health services – for example fewer of the women who were born in Turkey or former Yugoslavia have had a Pap smear test or a breast examination done than Austrian women. Women with a Turkish citizenship go more frequently to paediatricians but less frequently to gynaecologists, dentists and out-patient clinics than women from former Yugoslavia and Austria. In recent years issues of **traditionally influenced violence against immigrant women** have become the centre of public attention in particular in Vienna, e.g. female genital mutilation (FGM), forced marriage and trafficking in women and girls. The City of Vienna has implemented numerous measures in these areas. In 2005 the Vienna Women's Health Programme supported the establishment of a counselling centre for women's health and genital mutilation.*

Lesbian women

Lesbian women often remain “invisible” in the public health system, their sexual orientation is not addressed. This is not least due to the fact that both medical staff and health research have little knowledge about the circumstances of living, health requirements and specific health risks of lesbian women. It remains to be answered whether lesbian women have specific health risks and illnesses, whether they participate in early detection examinations less frequently than other women, or whether the incidence of mental health problems in lesbian women is higher than average.

Im Oktober 1998 wurde auf Initiative der Geschäftsgruppe Integration, Frauenfragen, Konsumentenschutz und Personal die **Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen** als erste derartige Einrichtung in Österreich im Magistrat der Stadt Wien eingerichtet. Damit wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass lesbische, schwule und transgender Lebensformen bislang noch nicht ausreichend öffentlich wahrgenommen und anerkannt wurden.

Wohnungslose Frauen

Wohnungslosigkeit wurde bis vor wenigen Jahren als ein Problem gesehen, das überwiegend Männer betrifft. In welchem Umfang Frauen tatsächlich betroffen sind, kann nicht gesagt werden, da es in Wien und in Österreich keine repräsentativen Studien zu dieser Problematik gibt. Frauen sind oft „verdeckt“ wohnungslos, das heißt sie reagieren auf Wohnungslosigkeit damit, sich Übergangslösungen bei Verwandten, Bekannten, ZweckpartnerInnen und Zufallsbekanntschaften zu suchen. Zum einen ist die Ursache dafür in frauenspezifischen Verhaltensmustern zu suchen, zum Teil könnte auch ein zu geringes speziell für Frauen ausgerichtetes Angebot dafür verantwortlich sein. Seit 2003 ist in Wien der Fonds Soziales Wien, Fachbereich „Betreutes Wohnen“ für die Unterbringung und Betreuung obdachloser Menschen zuständig. „Frauen und Obdachlosigkeit“ war eines der Schwerpunktthemen des Fonds Soziales Wien im Jahr 2004. Für wohnungslose Frauen und Männer in Wien, die besondere **medizinische und psychosoziale Betreuung** aufgrund chronischer oder psychischer Erkrankungen benötigen und für eine über die bloße gynäkologische Grundversorgung hinausgehende ganzheitliche Betreuung obdachloser Frauen wurde von der **neunerAMBULANZ** (eine Gesundheitseinrichtung des privaten Vereins Neunerhaus) und dem Frauengesundheitszentrum FEM ein Angebot aufsuchender Betreuung erarbeitet. Das Projekt startete Anfang 2006 mit einem mobilen ÄrztInnenteam.

Prostituierte

In Wien und in Österreich gibt es keine aktuellen Statistiken über die Zahl und Lebenssituation von Prostituierten.

*In October 1998 an **Anti-Discrimination Unit for Same Sex Lifestyles** was established in the Vienna City Administration on initiative of the Administrative Group for Integration, Women's Issues, Consumer Protection and Personnel. This was a recognition of the fact that lesbian, gay and transgender lifestyles have so far not yet been sufficiently perceived and recognised.*

Homeless women

*Homelessness was until recently seen as a problem that affected mainly men. It is hard to say to what extent women are actually affected, as there are no representative studies on this problem in Vienna and Austria. Women are often “invisibly” homeless, i.e. they react by seeking temporary solutions by living with family, friends, “convenience partners” or casual acquaintances. This is in part influenced by specific female behaviour patterns, but could also be due to a lack of women-specific offers in this area. Since 2003 the Supervised Living group of the Fonds Soziales Wien has been responsible for housing and supporting homeless people. “Women and homelessness” was one of the central topics of the Fonds Soziales Wien in 2004. An outreach programme was developed by the **neunerAMBULANZ**, a health care service of the private association Neunerhaus, together with the women's health centre FEM to provide care for homeless women and men in Vienna who require special **medical or psychosocial attention** due to chronic or mental health problems and to provide assistance for homeless women which goes beyond mere basic gynaecological care. The project started at the beginning of 2006 with a mobile medical team.*

Prostitutes

There are no up-to-date statistics on the number and living situation of prostitutes in Vienna and Austria.

Für Wien wird geschätzt, dass es rund 5.000 Prostituierte gibt – davon sind rund 500 registriert –, und dass es pro Tag zu 15.000 sexuellen Kontakten mit Prostituierten kommt. Wiener Prostituierte arbeiten in rund 200 Bordellen und über 100 Bars. Seit Anfang der 1990er Jahre wird eine stetige Abnahme der registrierten und eine Zunahme der Zahl der Geheimprostituierten berichtet, was vor allem mit der Ostöffnung und der zunehmenden Migration in Verbindung gebracht wird. 60 bis 80 Prozent der Prostituierten sind Migrantinnen. Die Situation von Migrantinnen, die im Sexgewerbe arbeiten, ist besonders prekär: Ihr Zugang zum regulären Arbeitsmarkt und zum Gesundheitssystem ist eingeschränkt, weiters stehen kaum muttersprachliche Gesundheitsinformationen für diese Gruppe von Frauen zur Verfügung.

According to estimates there are some 5,000 prostitutes in Vienna – around 500 of them registered – and some 15,000 sexual contacts with prostitutes take place each day. Prostitutes in Vienna work in around 200 brothels and over 100 bars. Since the early of the 1990s a continuous decline in registered prostitutes and an increase in the number of illegal prostitutes has been reported, which is mainly associated with the opening up towards the east and the increased immigration. Between 60 and 80 percent of prostitutes are immigrant women. The situation of immigrant sex workers is particularly precarious: they have very limited or no access to the regular labour market and the public health system, and there is hardly any information available for these women in their native languages.

6.1 Alleinerzieherinnen

Siehe auch: Familientypen, Leben mit Kindern (Kapitel 3.5.3).

In Wien waren laut Volkszählung im Jahr 2001 rund 83.600 der 408.000 Familien Alleinerziehende (20,5 Prozent), das sind seit der Volkszählung 1991, welche 74.000 Alleinerziehende auswies, rund 10.000 mehr. Etwas weniger als die Hälfte der Alleinerziehenden (40.200) im Jahr 2001 hatten Kinder unter 15 Jahren.

Der **überwiegende Teil der Alleinerziehenden sind Frauen** (83,9 Prozent der Alleinerziehenden insgesamt, 88,9 Prozent der Alleinerziehenden mit Kindern unter 15 Jahren). Wie weiter oben bereits dargestellt, ist die Lebenslage von Alleinerziehenden von potenziell belastenden Faktoren gekennzeichnet, wobei sich Wien deutlich von den Bundesländern unterscheidet (*Details siehe Kapitel 3 im Abschnitt zu den demografischen Rahmenbedingungen der Frauengesundheit*):

- In Wien ist der **Anteil Alleinerziehender an der Zahl der Familien mit Kindern** (35,3 Prozent) höher als in den anderen Bundesländern.
- In Wien ist der Anteil der **geschiedenen Alleinerziehenden** (47,9 Prozent) höher als im gesamten Bundesgebiet (35,1 Prozent).
- Wiener Alleinerzieherinnen mit Kindern unter 15 Jahren haben im Vergleich zu verheirateten und in

Partnerschaft lebenden Frauen mit Kindern und zu Alleinerzieherinnen mit Kindern über 15 Jahren die höchste **Erwerbsquote**, nämlich 86,9 Prozent. Damit liegt Wien über dem Österreich-Durchschnitt. Alleinerzieherinnen mit Kindern unter 15 Jahren haben zudem eine im Vergleich niedrige **Teilzeitquote**, diese beträgt in Wien 30,5 Prozent, das ist die mit Abstand niedrigste Teilzeitquote aller Bundesländer.

- Trotz hoher Erwerbsbeteiligung sind Alleinerziehende überdurchschnittlich häufig **armutsgefährdet** (31,0 Prozent).

In Wien oder den anderen Bundesländern liegen keine repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Alleinerzieherinnen vor. Studien in der BRD⁷⁰⁵ ergaben, dass Alleinerzieherinnen häufiger an chronischen Krankheiten leiden als Frauen in der Vergleichsgruppe verheirateter Mütter: Mehr als ein Drittel der Alleinerzieherinnen klagte über Migräne (aber nur rund ein Viertel der verheirateten Mütter), je ein Viertel über gynäkologische Erkrankungen (17 Prozent der verheirateten Mütter) und psychische Erkrankungen (11 Prozent der verheirateten Mütter). Auch die subjektive

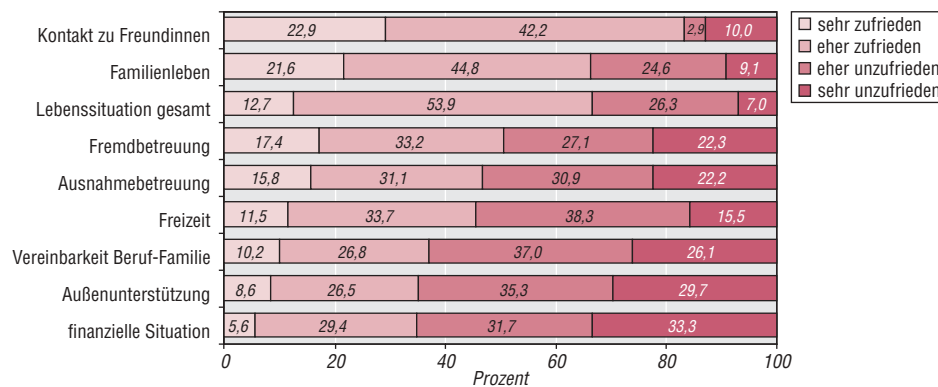
⁷⁰⁵ HELFFERICH et al. (2003).

Einschätzung der Gesundheit fiel bei Alleinerzieherinnen schlechter aus: Nur 56 Prozent der Alleinerzieherinnen, aber 62 Prozent der verheirateten Mütter beurteilen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut. Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes ist stark von der Zufriedenheit mit dem Einkommen abhängig. Mit ihrem Einkommen sehr zufriedene Alleinerzieherinnen bewerten ihre Gesundheit ähnlich positiv wie mit dem Einkommen sehr zufriedene verheiratete Mütter.

Im Rahmen einer Studie zur Lebenssituation von Alleinerzieherinnen in Wien⁷⁰⁶ im Jahr 2001 wurden 500 Alleinerzieherinnen und weiters familienpolitische Ex-

pertInnen befragt. Es handelt sich dabei um die einzige Studie zu dieser Thematik in Österreich. Die Studie wurde von der Arbeiterkammer Wien beauftragt und vom Institut für Konfliktforschung erstellt. Die psychosoziale Situation von Alleinerzieherinnen ist davon geprägt, dass eine Kombination aus finanzieller und zeitlicher Belastung häufig zu sozialer und psychischer Isolation führt. Die Lebenszufriedenheit von Alleinerzieherinnen ist stark vom Vorhandensein eines aktiven sozialen Netzes abhängig. Unter Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit leiden vor allem Frauen mit ökonomischen Problemen, mit schlechter sozialer Einbindung oder mit jüngeren Kindern.

Grafik 6.1: Zufriedenheit von Alleinerzieherinnen mit unterschiedlichen Lebensbereichen



Quelle: ARBEITERKAMMER WIEN (2001), S. 78.

Die Studie ergab deutliche Zusammenhänge zwischen dem gesundheitlichen Wohlbefinden und der Höhe des verfügbaren Einkommens: Notstands- und Sozialhilfeempfängerinnen klagten häufiger über psychische und körperliche Beschwerden als berufstätige Alleinerzieherinnen. Besondere starke gesundheitliche Belastung wiesen allein erziehende Mütter von Kindern unter drei Jahren auf. Trotz vieler negativer Aspekte der sozialen und gesundheitlichen Lage werden von den Alleinerzieherinnen auch positive Seiten gesehen: Viele von ihnen empfinden, durch die Alleinverantwortung für ein Kind selbständiger und unabhängiger geworden zu sein und durch die Bewältigung einer schwierigen Situation – vor allem der Trennung vom Partner – selbststärker geworden zu sein.

Folgende **Handlungsempfehlungen** wurden aus den Ergebnissen abgeleitet: Da bei Alleinerzieherinnen das Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familie verstärkt zum Tragen kommt, sind zu ihrer Integration in den Arbeitsmarkt ein spezifisches Angebot der institutionellen Kinderbetreuung (Ausbau von Kinderkrippen und Hortplätzen, flexiblere Öffnungszeiten) und eine finanzielle Förderung einer flexiblen privaten Kinderbetreuung erforderlich, ebenso wie die Schaffung existenzsichernder, qualifizierter Teilarbeitszeitplätze und die Förderung des Wiedereinstiegs und der Qualifikation. Mehr Beratung für Frauen, aber auch für Betriebe und die Finanzierung von Umschulungen und Ausbildungen sind weitere zentrale Forderungen.

⁷⁰⁶ ARBEITERKAMMER WIEN (2001), S. 137 ff.

6.2 Migrantinnen

Siehe auch: FEM Süd (Kapitel 8.1.2); Wiener Programm für Frauengesundheit (Kapitel 10); Gesundheitsförderung für MigrantInnen (Kapitel 9.3.4).

Migration per se ist kein Gesundheitsrisiko. Eine geschlechtersensible Perspektive auf die Gesundheit von MigrantInnen ist dennoch erforderlich, da Frauen mit Migrationshintergrund häufig mehrfach belastet sind. Zu den rollenspezifischen beruflichen und gesellschaftlichen Benachteiligungen kommt eine meist schwierige rechtliche und soziale Lage als Zuwanderin hinzu. Zu berücksichtigen ist, dass MigrantInnen keine homogene, in sich geschlossene Bevölkerungsgruppe darstellen. Neben dem ethnischen und kulturellen Hintergrund spielen v. a. die sozioökonomische Situation, der rechtliche Status im Aufnahmeland, die Dauer des Aufenthalts, die Beweggründe zur Migration, der Grad der Anpassung, etc. eine Rolle. Migration wird zum Gesundheitsrisiko, wenn strukturelle, sprachliche und/oder kulturelle Barrieren in der Gesundheitsversorgung bestehen, die zu unter- oder überdurchschnittlicher Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten, zu Fehlbehandlung oder zu häufigem ÄrztInnenwechsel führt. Sprachbarrieren von Migrantinnen können sich auch in einem anderen und/oder fehlenden Wortschatz in den Bereichen Gesundheit, Körper, Sexualität, Befindlichkeit äußern. Auf Seiten des Gesundheitssystems wird diese Barriere nur selten behoben: Es fehlen weitgehend umfassende Dolmetschdienste sowie muttersprachliche und kultursensible PatientInneninformationen.

Die Stadt Wien verfolgt in Fragen der Zuwanderung seit einigen Jahren eine „Diversitätspolitik“. Dieser Begriff bezeichnet eine politische Leitlinie, „... die von den Gemeinsamkeiten aller Menschen in einer Stadt ausgeht und dennoch die vielen Unterschiede nicht aus den Augen verliert. Sie ist ein Weg, das herkömmliche Integrationsmodell weiterzuentwickeln.“⁷⁰⁷ Das Ziel des Diversitätsgedankens ist ein verändertes Selbstverständnis der Stadt in Bezug auf ihre demographische, ethnische und kulturelle Vielfalt. ZuwanderInnen werden nicht mehr primär als eine Zielgruppe von sozialpolitischen Maßnahmen, sondern als Bürgerinnen und Bürger gesehen.

Die **Magistratsabteilung für Integrations- und Diversitätsangelegenheiten** (MA 17)⁷⁰⁸ wurde im Jahr 2004 gegründet, um der zunehmenden ethnischen Diversität (Vielfalt) und den Anforderungen an die Integration von ZuwanderInnen in Wien gerecht zu werden. Die Zuständigkeit der MA 17 bezieht sich auf vier Kernbereiche: (1) Wohnen, Infrastruktur, Stadtteil/KundInnen, Konflikt; (2) Kinder, Jugend, Schule; (3) Niederlassung, Bildung, Beruf; (4) Gesellschaft, Soziales, Gesundheit.

Das Programm der Wiener **Stadträtin für Integration, Frauenfragen, KonsumentInnenschutz und Personal** für den Bereich Integration steht unter dem Motto: „Die Vielfalt in Wien nützen – wirtschaftlich, kulturell, sozial, menschlich“ und hat sich folgende Schwerpunkte zum Ziel gesetzt:⁷⁰⁹

- Da Bildung der Schlüssel zur Gleichstellung ist, sollen besonders der **Spracherwerb** und die **berufliche Qualifikation** zugewanderter Frauen gefördert werden. Im Zusammenhang damit stehen ausreichende Kinderbetreuungseinrichtungen, besonders während der Qualifizierungsmaßnahmen. Ein weiterer Schwerpunkt sind spezielle Sprachkurse für Jugendliche vor dem Eintritt ins Berufsleben.
- Jugendliche ZuwanderInnen, insbesondere Mädchen, sollen verstärkt zu einer guten **Berufsausbildung** motiviert werden.
- Zugewanderte Menschen sollen besser über den österreichischen **Arbeitsmarkt** informiert werden. Die Anerkennung von im Ausland erworbenen Ausbildungen und Berufserfahrungen muss erleichtert werden.
- **Ältere Migrantinnen** benötigen adäquate Bildungs-, Beratungs-, Freizeit- und Pflegeangebote.
- Die spezifischen Maßnahmen für **Frauen** sehen die Sicherung der finanziellen Unterstützung von Vereinen von und für Migrantinnen vor.

Das **Wiener Programm für Frauengesundheit** hat folgende Aktivitäten im Bereich der Gesundheit von Migrantinnen gesetzt:

⁷⁰⁷ EUROPAFORUM WIEN (2002), S. 15.

⁷⁰⁸ www.wien.gv.at/integration

⁷⁰⁹ <http://www.sonja-wehsely.at/integration/Ziele/>

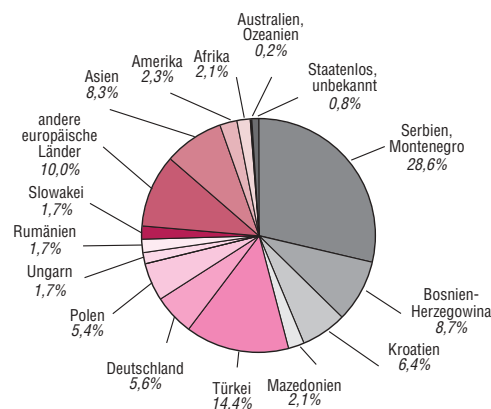
- Initiierung des Frauengesundheitszentrums FEM Süd mit Schwerpunkt für Migrantinnen;
- Handbuch für nicht-deutschsprachige PatientInnen „Gesundsein in Wien“;
- Brustkrebsfrüherkennungsprogramm in türkischer, serbischer, kroatischer Sprache;
- muttersprachliche Inforeihe zum Thema Brustkrebs;
- muttersprachliche Vorträge und Infoangebote bei den Frauengesundheitstagen;
- Beratungsstelle für Genitalverstümmelung (FGM);
- Schulungen für Spitalpersonal;
- muttersprachliche Infofolder und -veranstaltungen zu Brustkrebs, Hepatitis B, Kontrazeption, Wechseljahre, Ernährung, Herz-Kreislauf;
- Ko-Finanzierung eines Ernährungs- und Bewegungsprojekts für Migrantinnen.

6.2.1 Frauen mit Migrationshintergrund in Wien

Seit der Volkszählung 2001 kann in der österreichischen Wohnbevölkerung zwischen Geburtsland und Staatsangehörigkeit unterschieden werden. Dadurch wurde eine Abgrenzung jener Gruppe von MigrantInnen möglich, die in Österreich geboren und aufgewachsen sind zu jenen Personen, deren Eltern/Großeltern nach Österreich immigriert sind. MigrantInnen der „ersten Generation“ sind die zugewanderte und im Ausland geborene Bevölkerung mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Volkszählung; die zweite und dritte MigrantInnengeneration ist

die in Österreich geborene Bevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Da die Staatsangehörigkeit bei der Geburt nicht erfasst wurde, ist eine genaue Bestimmung der Zahl der insgesamt Eingebürgerten nicht möglich.⁷¹⁰ Laut Volkszählung 2001 haben 248.264 WienerInnen ausländische Staatsangehörigkeit (das sind 16,0 Prozent der Wiener Bevölkerung), davon sind 116.724 Frauen (47,0 Prozent vs. 53,9 Prozent bei Frauen mit österreichischer Staatsangehörigkeit). Im Ausland geboren sind jedoch 366.289 bzw. 23,6 Prozent der Gesamtbevölkerung (51,5 Prozent davon sind Frauen). 13,9 Prozent aller WienerInnen mit ausländischer Staatsangehörigkeit sind in Österreich geboren (48,5 Prozent davon sind Frauen). Weiters sind 11,7 Prozent der WienerInnen mit österreichischer Staatsangehörigkeit im Ausland geboren (darunter 58,4 Prozent Frauen). Der überwiegende Teil der MigrantInnen in Wien stammt aus Europa (86,3 Prozent der Frauen und 84,5 Prozent der Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit), weiters stammen 8,3 Prozent der ausländischen Frauen aus Asien (v. a. Iran, Indien, China, Philippinen), 2,3 Prozent aus Amerika, 2,1 Prozent aus Afrika (v. a. Ägypten, Nordafrika, Nigeria) und nur 0,2 Prozent aus Australien/Ozeanien. Von den 115.724 Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit haben 53.508 Frauen (46,2 Prozent) eine Staatsangehörigkeit eines Landes des ehemaligen Jugoslawien (Serbien, Montenegro, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien); 16.750 Frauen (14,4 Prozent) haben türkische Staatsangehörigkeit, 6.522 Frauen (5,6 Prozent) deutsche Staatsangehörigkeit, 6.292 Frauen (5,4 Prozent) polnische Staatsangehörigkeit.

Grafik 6.2: Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Wien, 2001



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2003), S. 96.

⁷¹⁰ LEBHART (2003).

Tabelle 6.1: Wiener Bevölkerung 2001 nach Staatsangehörigkeit, Geburtsland und Geschlecht

Staatsangehörigkeit	gesamt				davon im Ausland geboren			
	gesamt	Frauen	Männer	Frauen Prozent	gesamt	Prozent	Frauen	Männer
gesamt	1.550.123	818.779	731.344	52,8	366.289	23,6	189.188	177.101
Österreich	1.301.859	702.058	599.801	53,9	152.589	11,7	89.037	63.552
Ausland	248.264	116.721	131.543	47,0	213.700	86,1	100.151	113.549
<i>Prozent gesamt</i>	<i>16,0</i>	<i>14,3</i>	<i>18,0</i>	<i>–</i>	<i>58,3</i>	<i>–</i>	<i>52,9</i>	<i>64,1</i>
davon:								
Europa	211.870	100.728	111.142	47,5	179.926	84,9	85.410	94.516
<i>Prozent Ausland</i>	<i>85,3</i>	<i>86,3</i>	<i>84,5</i>	<i>–</i>	<i>84,2</i>	<i>–</i>	<i>85,3</i>	<i>85,3</i>
Serbien, Montenegro	68.796	33.433	35.363	48,6	56.964	28,8	27.720	29.244
Bosnien-Herzegowina	21.638	10.150	11.488	46,9	18.763	86,7	8.766	9.997
Kroatien	16.214	7.459	8.755	46,0	13.181	81,3	6.052	7.129
Mazedonien	5.986	2.466	3.520	41,2	5.141	85,9	2.056	3.085
Türkei	39.119	16.750	22.369	42,8	30.484	77,9	12.675	17.809
Polen	13.648	6.292	7.356	46,1	12.520	91,7	5.761	6.759
Deutschland	12.729	6.522	6.207	51,2	11.435	89,8	5.901	5.534
Ungarn	4.135	1.952	2.183	47,2	3.991	96,5	1.877	2.114
Rumänien	3.713	2.027	1.686	54,6	3.341	90,0	1.847	1.494
Slowakei	3.312	1.961	1.351	59,2	3.181	96,0	1.884	1.297
andere europäische Länder	22.580	11.716	10.864	51,9	20.925	92,7	10.871	10.054
Asien	21.242	9.687	11.555	45,6	19.902	93,7	9.055	10.847
<i>Prozent Ausland</i>	<i>8,6</i>	<i>8,3</i>	<i>8,8</i>	<i>–</i>	<i>9,3</i>	<i>–</i>	<i>8,6</i>	<i>9,0</i>
Iran	3.838	1.687	2.151	44,0	3.752	97,8	1.650	2.102
Indien	3.600	1.182	2.418	32,8	3.248	90,2	1.026	2.222
China	2.600	1.346	1.254	51,8	2.321	89,3	1.211	1.110
Philippinen	2.162	1.162	1.000	53,7	2.049	94,8	1.115	934
Japan	1.179	816	363	69,2	1.127	95,6	795	332
Israel	1.109	494	615	44,5	1.107	99,8	447	570
andere asiatische Länder	6.754	3.000	3.754	44,4	6.298	93,2	2.811	3.577
Afrika	7.159	2.497	4.662	34,9	6.680	93,3	2.253	4.427
<i>Prozent Ausland</i>	<i>2,9</i>	<i>2,1</i>	<i>3,5</i>	<i>–</i>	<i>3,1</i>	<i>–</i>	<i>2,2</i>	<i>3,9</i>
Ägypten	2.793	969	1.824	34,7	2.594	92,9	869	1.725
Nordafrika*	1.256	481	775	38,3	1.161	92,4	428	733
Nigeria	1.076	365	720	33,9	994	92,4	316	678
Sudan	223	66	157	29,6	198	88,8	52	146
Südafrika	138	78	60	56,5	135	97,8	75	60
andere afrikanische Länder	1.673	538	1.126	32,2	1.598	95,5	513	1.085
Amerika	4.948	2.653	2.295	53,6	4.587	92,7	2.470	2.117
<i>Prozent Ausland</i>	<i>2,0</i>	<i>2,3</i>	<i>1,7</i>	<i>–</i>	<i>2,1</i>	<i>–</i>	<i>2,5</i>	<i>1,9</i>
USA	2.653	1.314	1.312	49,5	2.413	91,0	1.206	1.207
Mittel-, Südamerika	1.911	1.159	779	60,6	1.851	96,9	1.107	744
Kanada	384	180	204	46,9	323	84,1	157	166
Australien, Ozeanien	386	180	206	46,6	345	89,4	162	183
<i>Prozent Ausland</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>–</i>	<i>0,2</i>	<i>–</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>
Staatenlos, unbekannt	2.659	976	1.683	36,7	2.260	85,0	801	1.459
<i>Prozent Ausland</i>	<i>1,1</i>	<i>0,8</i>	<i>1,3</i>	<i>–</i>	<i>1,1</i>	<i>–</i>	<i>0,8</i>	<i>1,3</i>

* Nordafrika = Algerien, Lybien, Marokko, Tunesien

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2003), S. 96.

6.2.2 Migrantinnen im Gesundheitssystem: gesundheitliche Lage, Inanspruchnahme

Umfassende Studien zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen liegen für Wien oder Österreich nicht vor. Die vorhandenen Ergebnisse sind aufgrund geringer Fallzahlen und einer zu vermutenden hohen Diversität der befragten Frauen (und Männer) mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft mit Vorsicht zu interpretieren. Übereinstimmend lassen sie jedoch den Schluss zu, dass Frauen aus den Ländern Ex-Jugoslawiens und der Türkei häufiger unter körperlichen und psychischen Beschwerden leiden als österreichische Frauen. In einer Befragung von Frauen im 10. Wiener Gemeindebezirk, dem ausländerstärksten Wiener Bezirk, die im Jahr 1998 durchgeführt worden war, gaben nur etwa die Hälfte der Frauen aus der Türkei, aber jeweils zwei Drittel der Frauen aus Ex-Jugoslawien und Österreich an, sich körperlich sehr/eher wohl zu fühlen. Das psychische Wohlbefinden wurde von den türkischen Frauen am schlechtesten eingeschätzt und am besten von den österreichischen Frauen.⁷¹¹ Auch eine

weitere Wiener Studie verweist auf schlechteres körperliches und psychisches Wohlbefinden von Frauen mit Migrationshintergrund. In dieser Studie äußerten jedoch Frauen aus Ex-Jugoslawien das schlechteste subjektive Wohlbefinden⁷¹² und gaben häufiger an, Raucherinnen zu sein als Frauen der beiden anderen Gruppen. Die türkischen Frauen hingegen berichteten, seltener Sport zu betreiben als Frauen aus Ex-Jugoslawien und Österreich.

Der Mikrozensus 1999 für Wien (Fragen zur Gesundheit) zeigte folgendes Bild: Frauen aus der Türkei beurteilten ihren Gesundheitszustand schlechter und sie gaben häufiger an zu rauchen als Frauen mit einer Staatsbürgerschaft eines der ex-jugoslawischen Länder oder österreichische Staatsbürgerinnen. Frauen aus Ex-Jugoslawien beschreiben sich als körperlich weniger aktiv, weniger ernährungsbewusst und häufiger übergewichtig (BMI 27 bis unter 30) als Frauen mit türkischer oder österreichischer Staatsbürgerschaft. Wie eingangs erwähnt, sind diese Ergebnisse aufgrund der geringen Fallzahlen vorsichtig zu interpretieren.

Tabelle 6.2: Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Body Mass Index (BMI) in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Staatsbürgerschaft (Personen ab 15 Jahren)	Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes					Aspekte des Gesundheits- verhaltens			Body Mass Index (BMI)	
	sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht	Rau- chen*	Körperli- che Akti- vitäten	Gesunde Ernäh- rung	27-<30	30+
	Prozent									
Frauen										
Österreich	30,2	42,0	20,1	6,1	1,6	46,5	41,8	49,7	9,8	9,2
Ex-Jugoslawien	42,3	28,2	24,4	4,2	0,8	55,6	26,9	37,6	10,2	7,6
Türkei	27,0	34,0	31,2	7,9	0,0	69,5	34,3	44,5	8,0	7,7
andere	44,7	41,8	11,4	2,1	0,0	41,1	41,7	44,0	5,9	1,9
Männer										
Österreich	33,9	42,6	17,5	4,8	1,2	52,9	47,7	44,0	14,1	8,9
Ex-Jugoslawien	36,9	36,5	18,7	4,2	3,7	77,1	30,9	29,7	13,2	6,2
Türkei	39,1	28,0	24,7	8,2	0,0	83,3	44,2	53,1	14,8	0,0
andere	35,4	51,6	7,0	4,3	1,6	59,0	47,5	41,2	7,1	5,7

* Umfasst die Kategorien gelegentlich, täglich bis 10/11 bis 20/mehr als 20 Stück Zigaretten.

Quelle: Mikrozensus 1999, STADT WIEN (2002), S. 72 ff.

⁷¹¹ LUDWIG BOLTZMANN INSITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (1998).

⁷¹² WIMMER-PUCHINGER, BALDASZTI (2001).

Die weiter oben erwähnten Wiener Studien zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen weisen darauf hin, dass Frauen mit Migrationshintergrund häufiger kurative als präventive Angebote des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen,⁷¹³ z. B. ließen im Jahr vor der Befragung 1998 nur rund ein Drittel der Frauen mit Geburtsland Türkei oder Ex-Jugoslawien einen Krebsabstrich oder eine Brustuntersuchung vornehmen, bei den Frauen mit Geburtsland Ex-Jugoslawien waren es

rund die Hälfte, bei Österreicherinnen 90 bzw. 78 Prozent. Laut dem Mikrozensus 1999 für Wien (Fragen zur Gesundheit) suchen in Wien türkische Staatsbürgerinnen häufiger KinderärztInnen auf, nehmen aber seltener FrauenärztInnen, ZahnärztInnen und Ambulanzen in Anspruch als Frauen aus Ex-Jugoslawien und Österreich. Allerdings sind auch bei diesen Ergebnissen die methodischen Einschränkungen (geringe Fallzahlen, hohe Diversität der Gruppen) zu beachten.

Tabelle 6.3: Durchschnittliche Zahl der Konsultationen von ÄrztInnen im Jahr vor der Befragung in Wien 1999 nach Fachrichtung, Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Staatsbürgerschaft (Personen ab 15 Jahren)	Allgemein- medizinerIn	KinderärztIn	InternistIn	FrauenärztIn	sonstige/r FachärztIn	ZahnärztIn, -ambulanz	Ambulanz
Frauen							
Österreich	3,9	2,5	0,5	1,1	1,6	1,4	0,6
Ex-Jugoslawien	3,3	1,0	0,9	1,0	1,3	1,2	0,3
Türkei	3,1	3,8	0,3	0,5	0,9	1,0	0,1
andere	2,1	3,7	0,6	1,2	0,9	1,6	0,3
Männer							
Österreich	3,2	2,9	0,5	–	1,3	1,4	0,5
Ex-Jugoslawien	4,0	3,5	1,5	–	1,3	1,1	0,8
Türkei	2,5	2,3	0,3	–	0,8	1,4	0,2
andere	2,2	3,9	0,6	–	1,4	1,4	0,5

Quelle: Mikrozensus 1999, STADT WIEN (2002), S. 145.

6.2.3 Altern und Migration

In Wien sind laut Volkszählung 2001 rund 8.800 Frauen und 8.400 Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit 60 Jahre oder älter, von den WienerInnen mit österreichischer Staatsangehörigkeit sind es rund 199.000 Frauen und 120.000 Männer. Demnach sind in Wien 7,5 Prozent der Frauen und 6,4 Prozent der Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit, aber 28,4 Prozent der Frauen und 20,0 Prozent der Männer mit österreichischer Staatsangehörigkeit 60 Jahre oder äl-

ter. Größte AusländerInnengruppe bei den ab 60-Jährigen sind die 4.527 Frauen und 5.075 Männer aus Ländern Ex-Jugoslawiens (Serbien/Montenegro, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien) gefolgt von 785 Frauen und 972 Männern aus der Türkei. Obwohl der Anteil der MigrantInnen an der älteren Bevölkerung derzeit noch geringer ist als in der Bevölkerung mit österreichischer Staatsangehörigkeit, wird für die kommenden beiden Jahrzehnte ein Anwachsen auf das Dreifache erwartet.⁷¹⁴

⁷¹³ LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (1998); WIMMER-PUCHINGER, BALDASZTI (2001).

⁷¹⁴ INSTITUT FÜR DEMOGRAPHIE (1998).

Tabelle 6.4: Wiener Bevölkerung 2001 nach Staatsangehörigkeit, Altersgruppen und Geschlecht

Staatsangehörigkeit	absolut			0–14 Jahre		15–59 Jahre		60+ Jahre	
	gesamt	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Österreich	1.301.859	702.058	599.801	89.896	94.127	413.105	385.684	199.057	119.990
Prozent	100,0	53,9	46,1	12,8	15,7	58,8	64,3	28,4	20,0
Ausland	248.264	116.721	131.543	21.089	22.467	86.869	100.695	8.763	8.381
Prozent	100,0	47,0	53,0	18,1	17,1	74,4	76,5	7,5	6,4
davon:									
Serbien, Montenegro	68.796	33.433	35.363	5.953	6.450	23.971	25.909	3.509	2.986
Prozent	100,0	48,6	51,4	17,8	18,2	71,7	73,3	10,5	8,5
Bosnien-Herzegowina	21.638	10.150	11.488	2.164	2.364	7.438	8.580	548	544
Prozent	100,0	46,9	53,1	21,3	20,6	73,3	74,7	5,4	4,7
Kroatien	16.214	7.459	8.755	1.728	1.873	5.260	6.478	471	404
Prozent	100,0	46,0	54,0	23,2	21,4	70,5	74,0	6,3	4,6
Mazedonien	5.986	2.466	3.520	675	749	1.692	2.630	99	141
Prozent	100,0	41,2	58,8	27,4	21,3	68,6	74,7	4,0	4,0
Türkei	39.119	16.750	22.369	4.786	5.041	11.179	16.356	785	972
Prozent	100,0	42,8	57,2	28,6	22,5	66,7	73,1	4,7	4,3
Polen	13.648	6.292	7.356	903	942	5.092	6.161	297	253
Prozent	100,0	46,1	53,9	14,4	12,8	80,9	83,6	4,7	3,4
Deutschland	12.729	6.522	6.207	632	615	5.125	4.881	765	711
Prozent	100,0	51,2	48,8	9,7	9,9	78,6	78,6	11,7	11,5
Ungarn	4.135	1.952	2.183	171	198	1.692	1.892	89	93
Prozent	100,0	47,2	52,8	8,8	9,1	86,7	86,7	4,6	4,3
Rumänien	3.713	2.027	1.686	345	328	1.592	1.306	90	52
Prozent	100,0	54,6	45,4	17,0	19,5	78,5	77,5	4,4	3,1
Slowakei	3.312	1.961	1.351	189	171	1.737	1.159	35	21
Prozent	100,0	59,2	40,8	9,6	12,7	88,6	85,8	1,8	1,6

Quelle: Volkszählung 2001, STATISTIK AUSTRIA (2003), S. 101.

Barrieren für ältere MigrantInnen im Zugang zum Gesundheitssystem

Es besteht eine Reihe von strukturellen Barrieren für ältere MigrantInnen im Wiener Sozial- und Gesundheitssystem.⁷¹⁵ Anspruchsvoraussetzung für die **Alterspension** sind fünfzehn Beitragsjahre innerhalb der letzten dreißig Jahre. Auf diese Zahl kommen viele MigrantInnen nur unter Anrechnung von Versicherungszeiten im Herkunftsland, ein entsprechendes Abkommen besteht jedoch nicht für alle Herkunftsländer. Beispielsweise wurde ein derartiges Abkommen mit Bosnien erst lange nach dem Ende des Bosnienkrieges geschlossen. Ältere bosnische Flüchtlinge hatten nach Auslaufen der Unterstützungskasse meist keine Einkommensquelle und somit keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld, mangels österreichischer Staatsbürgerschaft aber auch keinen Anspruch auf Sozialhilfe. Die Unterhaltskosten müssen damit zur Gänze von den Angehörigen getragen werden.

Die Anspruchsberechtigung für das **Bundespflegegeld** ist an den Bezug einer Pension und an den regulären Aufenthalt in Österreich gebunden. Hierin liegt eine Hürde für Flüchtlinge und für MigrantInnen, die erst in höherem Alter nach Österreich gekommen sind. Wenn die Voraussetzungen für den Bezug von Bundespflegegeld nicht erfüllt werden, kann Landespflegegeld beantragt werden.

Das **Wiener Landespflegegeld** ist nicht an den Bezug einer Pension, aber an die Staatsbürgerschaft gebunden. Anspruchsberechtigt sind österreichische StaatsbürgerInnen oder diesen gleichgestellte Personen. Damit besteht kein Anspruch für MigrantInnen, die die Staatsbürgerschaft des Herkunftslands beibehalten haben. Es gibt allerdings die Möglichkeit eines Nachsichtsantrags, dem bei Vorliegen tatsächlicher Pflegebedürftigkeit auch meist stattgegeben wird. Dem Antrag folgt eine ärztliche Untersuchung bei der das Aus-

⁷¹⁵ KREMLA (2005).

maß der Pflegebedürftigkeit und damit die Höhe des Pflegegelds festgesetzt werden. Bei Verschlechterung des Gesundheitszustands ist ein Erhöhungsantrag möglich.⁷¹⁶ Werden soziale Dienste in Anspruch genommen, errechnen die MitarbeiterInnen der Gesundheits- und Sozialzentren einen Selbstbehalt nach einem sozial gestaffelten Kostenbeitragssystem. Bei Bezug einer Mindestpension wird kein Selbstbehalt aus dem Einkommen verrechnet, jedoch ein anteilmäßiger Betrag aus dem Pflegegeld.

Die **Wohn- und Pflegeheime** sind in ihren Speise- und kulturellen Angeboten auf österreichische NutzerInnen abgestimmt. Eine weitere mögliche Barriere für MigrantInnen ohne österreichische Staatsbürgerschaft besteht darin, dass für den Fall, dass die Kosten für einen Heimplatz nicht durch das eigene Einkommen und Vermögen abgedeckt werden können, keine Abdeckung der Differenz durch die Sozialhilfe in Anspruch genommen werden kann, da hierfür die österreichische Staatsbürgerschaft erforderlich ist.⁷¹⁷

Geriatrizentren werden von MigrantInnen selten in Anspruch genommen, obwohl in den städtischen Geriatrizentren und Pflegeheimen jeder Pflegebedürftige, der in keiner anderen Betreuungsform entsprechend betreut und gepflegt werden kann, aufgenommen wird.

Altenpflege – Bedürfnisse älterer Migrantinnen in Wien

Die Besorgnis von Migrantinnen über ihre Alterssicherung im Falle von Krankheit und Invalidität ist wesentlich größer als jene von einheimischen Frauen. Nur ein Drittel der Migrantinnen fühlt sich im Alter ausreichend abgesichert, bei den einheimischen Seniorinnen sind es zwei Drittel. Dies ergab eine Wiener Studie zum Thema Alter und Migration, bei der 241 Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei im Alter ab fünfzig Jahren interviewt worden sind.⁷¹⁸ Der Bedarf an ambulanten sozialen Diensten, die auch von Migrantinnen akzeptiert werden, ist daran ersichtlich, dass sich Migrantinnen im Falle der Pflegebedürftigkeit zwar überwiegend eine Betreuung in der eigenen Wohnung wünschen, aber deutlich seltener als einheimische Seniorinnen einen sozialen Dienst in Anspruch nehmen würden; hingegen entspricht die Akzeptanz von PensionistInnenwohnheimen oder Pflegeheimen seitens der Migrantinnen annähernd jener von Österreicherinnen. Insbesondere Seniorinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien stehen der stationären Altenhilfe positiv gegenüber: Jede vierte könnte sich vorstellen, in einem Pensionistenwohnhaus oder Pflegeheim zu wohnen, Frauen aus der Türkei hingegen lehnen diese Möglichkeit eher ab.

Tabelle 6.5: Bedürfnisse bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit von Frauen in Wien 1999

Wie könnten Sie sich vorstellen zu leben, falls Sie einmal stärker auf Hilfe angewiesen sind?	Migrantinnen (n=75)	einheimische Seniorinnen (n=130)
	Prozent	
in meiner Wohnung und meine Kinder kümmern sich um mich	41	44
in meiner Wohnung und mein Ehepartner kümmert sich um mich	36	26
in meiner Wohnung und ich nehme soziale Dienste in Anspruch	21	44
in einem Pensionistenwohnhaus oder Pflegeheim	21	23
bei meinen Kindern	15	7
mit meinen Freunden in einer Hausgemeinschaft	7	5

Quelle: REINPRECHT (1999).

⁷¹⁶ <http://www.wien.gv.at/ma15/pflegegeld/verfahren.htm>

⁷¹⁷ <http://www.wien.gv.at/ma47/kosten.htm#betrag>

⁷¹⁸ REINPRECHT (1999).

Eine weitere Studie zur interkulturellen Pflege in Wien⁷¹⁹ bestätigte die hohe Akzeptanz von Altenwohnheimen sowie von ambulanten Diensten durch MigrantInnen. Träger von Alteneinrichtungen haben jedoch nur geringe Erfahrungen mit ZuwanderInnen. Um Planungsgrundlagen für den zukünftigen Bedarf an Angeboten für MigrantInnen zur Verfügung zu haben, wären Daten zur gegenwärtigen und gewünschten Inanspruchnahme von Alteneinrichtungen durch MigrantInnen dringend erforderlich. Die AutorInnen ziehen aus der Studie den Schluss, dass mehr als eine interkulturelle Öffnung der Alteneinrichtungen nötig sei, nämlich eine explizite Einladung zu den bestehenden Angeboten und in einem weiteren Schritt die Schaffung spezifischer Angebote, wobei die partizipative Einbindung der betroffenen MigrantInnen unabdingbar ist.

6.2.4 Interkulturelle Kompetenz und Öffnung des Gesundheitssystems

Interkulturelle Kompetenz in der intra- und extramuralen medizinischen Betreuung sowie in der psychosozialen Versorgung von MigrantInnen war das Thema einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, die 2005 vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen unter Beteiligung zahlreicher Wiener ExpertInnen ein Positionspapier erarbeitet hat.⁷²⁰ Im Rahmen weiterer Diskussionen zur interkulturellen Öffnung und Kompetenz wurden Zielvorstellungen entwickelt, die folgende Kernelemente enthalten:⁷²¹

- Der **gleicher Zugang für MigrantInnen** zu Gesundheitsleistungen im Sinne einer **allgemeinen Qualitätssicherung** ist sicherzustellen.
- Interkulturelle Kompetenz in Krankenanstalten ist auf allen Ebenen einzufordern, auch und besonders in Führungspositionen. Interkulturelle Öffnung ist eine **Leitungsaufgabe**. Versuche, die interkulturelle Öffnung auf punktuelle Maßnahmen zu beschränken, haben keine nachhaltige Wirkung. Das Ziel einer interkulturellen Öffnung muss im Organisationsleitbild der Institutionen verankert und als Aufgabe der Leitungsebene definiert werden.
- Interkulturelle Öffnung erfordert eine **veränderte Personalpolitik**. Personal mit Migrationshintergrund ist bislang zu wenig an der Gestaltung der Angebote beteiligt. Besonders wichtig wäre, **MigrantInnen für Gesundheitsberufe** zu interessieren und anzuwerben. Interkulturelle Öffnung darf aber zu **keiner Spezialaufgabe für Personal mit Migrationshintergrund** werden, sondern erfordert den Erwerb interkultureller Kompetenz aller MitarbeiterInnen. Interkulturelle Öffnung muss fester Bestandteil der Aus- und Weiterbildung aller MitarbeiterInnen werden.
- **Adäquate Dolmetschdienste**, die auch medizinische Fachausdrücke vermitteln können, interkulturelle MediatorInnen, sprachlich und interkulturell ausgebildete ÄrztInnen sowie spezielles Fachpersonal für **alte Menschen, Kinder, psychiatrische PatientInnen, gynäkologische und geburtshilfliche** Patientinnen mit Migrationshintergrund sind erforderlich. Alternativen sind das Auflegen einer Liste von Krankenhauspersonal, das in der Lage ist, zu dolmetschen, oder professionelle Telefon-KonferenzdolmetscherInnen.
- Mit Bildern unterstütztes **Informations- und Aufklärungsmaterial** (Folder, Mappen, Videos, DVDs) zur Information der MigrantInnen über das österreichische **Gesundheitssystem**, insbesondere über den extramuralen Bereich und Präventionsmöglichkeiten, ist bereitzustellen.
- Aus einer langfristigen Perspektive ist die **Vermittlung kultureller Besonderheiten an das Gesundheitspersonal** in den medizinischen Universitäten, Krankenpflegeschulen, Hebammenschulen, RöntgenassistentInnenschulen, etc. anzustreben, und zwar nicht als gesonderte Veranstaltung, sondern integriert in den laufenden Unterricht sowie laufende Fortbildung.
- Der hohe **Vernetzungsbedarf** im extramuralen Bereich ist zu unterstützen: Bislang gibt es z. B. keine zentrale Projektdokumentation, Datenbank, Homepage. Interkulturelle Öffnung erfordert Kooperation statt Konkurrenz mit MigrantInnenselbstorganisationen. **Freiwilliges Engagement** muss gefördert und den Selbstorganisationen die Möglichkeit eröffnet werden, an den bestehenden Strukturen aktiv zu partizipieren.
- Kultursensible Arbeit sollte an den **Ressourcen der MigrantInnen**, nicht an ihren Defiziten anknüpfen.

⁷¹⁹ KREMLA, DOGAN (2004).

⁷²⁰ BMGF (2005).

⁷²¹ BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR MIGRATION, FLÜCHTLINGE UND INTEGRATION (2005), S. 149.

6.2.5 Gewalt gegen Migrantinnen, traditionsbedingte Gewalt

In welchem Ausmaß Migrantinnen in Österreich von Gewalt betroffen sind, zeigt nicht zuletzt die Inanspruchnahme der Frauenhäuser.⁷²² Im Jahr 2004 hatten von den 1.430 Frauen, die ein Frauenhaus aufsuchen mussten, 49 Prozent nicht-österreichische Nationalität (16 Prozent der Frauen kamen aus Ländern Ex-Jugoslawiens, 10 Prozent aus der Türkei, 14 Prozent aus anderen europäischen Ländern, 9 Prozent aus außereuropäischen Ländern). Gewalt ist für jede Frau eine traumatische Erfahrung, Frauen mit Migrationshintergrund haben jedoch zusätzlich erschwerende Bedingungen, oft sind sie vom Misshandler ökonomisch abhängig, sind Opfer einer **Zwangsheirat** oder von **Menschenhandel**. Eine besonders grausame Gewaltanwendung ist die **Genitalbeschneidung** von Mädchen und jungen Frauen, ein Problem, von dem in Afrika und dem nahen Osten mehr als 130 Millionen Frauen betroffen sind und das auch von der Stadt Wien gemeinsam mit den hier lebenden afrikanischen Frauen bekämpft wird.

6.2.6 Genitalbeschneidung (FGM)

Genitalbeschneidung, die genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen (female genital mutilation (FGM) bzw. weibliche Beschneidung [female circumcision]) bedeutet die teilweise oder gänzliche Entfernung oder sonstige Verletzung der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane aus kulturellen oder anderen, nicht therapeutischen Gründen. Weibliche Genitalbeschneidung ist eine traditionelle Praktik, der man zuschreibt, Schönheit, Ehre und Heiratsfähigkeit eines Mädchens zu steigern sowie ihre Keuschheit zu sichern. Schätzungen der WHO zufolge sind weltweit 138 Millionen Mäd-

chen und Frauen von der weiblichen Genitalverstümmelung betroffen. Man geht von jährlich zwei Millionen neuen Fällen aus; zumeist sind dies Säuglinge, Kleinkinder und junge Mädchen.⁷²³ Ein aktueller Bericht der UNICEF⁷²⁴ schätzt, dass in den 28 Ländern in Afrika und dem Mittleren Osten, wo weibliche Beschneidung praktiziert wird, insgesamt etwa 130 Millionen Frauen und Mädchen betroffen sind. Die früheren Schätzungen von zwei Millionen neuen Beschneidungen pro Jahr seien zu gering: Aufgrund neuer und besserer Daten sei von jährlich drei Millionen betroffenen Mädchen auszugehen. Weibliche Beschneidung ist mittlerweile ein globales Problem, das auch Immigrantinnen in Industriestaaten betrifft. Der Bericht weist darauf hin, dass mit weltweitem Einsatz und globaler Unterstützung diese Praktik innerhalb einer Generation ausgemerzt werden könnte.

Die tatsächliche Zahl der in Wien von Genitalbeschneidung betroffenen Frauen ist nicht bekannt, es kann jedoch gesagt werden, dass in Wien zwischen rund 1.400 und 1.900 Frauen aus einem Land mit häufigem Vorkommen von FGM stammen, die somit ein potenzielles Risiko aufweisen. In Wien lebten laut Volkszählung 2001 2.497 Frauen mit afrikanischer Staatsangehörigkeit (2.253 von ihnen sind im Ausland, 244 in Österreich geboren), das sind 30,3 Prozent der 8.249 im Jahr 2001 in Österreich lebenden Afrikanerinnen. Rund 1.391 Frauen stammten aus einem afrikanischen Staat mit hoher Prävalenz von FGM (Ägypten, Nigeria, Sudan), weitere 559 Frauen aus nordafrikanischen Ländern mit geringer FGM-Prävalenz (Algerien, Libyen, Marokko, Tunesien), 78 Frauen aus der Republik Südafrika und 547 Frauen aus sonstigen afrikanischen Staaten.

⁷²² VEREIN ÖSTERREICHISCHER FRAUENHÄUSER (2005).

⁷²³ AMMAN et al. (2005).

⁷²⁴ UNICEF (2005).

Tabelle 6.6: Schätzung der von Genitalbeschneidung betroffenen afrikanischen Frauen in Wien und Österreich 2001

häufigste afrikanische Staaten, die Geburtsland von Afrikanerinnen in Wien sind (sortiert nach Häufigkeit in Wien)	WHO-Schätzung beschnittener Frauen*	weibliche Wiener Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit, Volkszählung 2001**		Migrantinnen aus Ländern mit hoher Prävalenz	
		Wien	Österreich	Wien	Österreich
	Prozent	absolut		absolut	
Ägypten	97	969	2.648	969	2.648
Nigeria	25	356	822	356	822
Tunesien	gering	240	542	?	?
Lybien	gering	102	137	?	?
Marokko	gering	93	360	?	?
Südafrikanische Republik	gering	78	1.110	?	?
Sudan	90	66	83	66	83
Algerien	gering	46	156	?	?
sonstige afrikanische Staaten	?	547	2.391	?	?
Afrika gesamt		2.497	8.249	1.391	3.553

Quellen: *AMMAN et al (2005), S. 15; ** Volkszählung 2001, STATISTIK AUSTRIA (2003), S. 96.

Klassifikation der Genitalbeschneidung

Eine international verwendete WHO-Klassifikation⁷²⁵ unterscheidet vier Formen der Genitalbeschneidung (FGM Typ I – IV). In der Praxis ist es jedoch nicht immer einfach die verschiedenen Formen von FGM voneinander zu trennen, da Zwischenformen und Variationen existieren.

- Typ I „Sunna“: Entfernung der Vorhaut mit der ganzen oder einem Teil der Klitoris.
- Typ II „Exzision“: Entfernung der Klitoris mit teilweiser oder gänzlicher Amputation der kleinen Schamlippen (Labien).
- Typ III „Infibulation“ oder „Pharaonische Inzision“: Entfernung der ganzen oder eines Teiles der äußeren Genitalien und Zunähen der Vaginalöffnung (Orificium vaginae) bis auf eine minimale Öffnung. Im Zusammenhang mit dem Brauch der Infibulation werden den Mädchen häufig für Tage oder Wochen die Beine zusammengebunden.
- Typ IV: Diverse, nicht klassifizierbare Praktiken wie z. B. Punktion, Piercing, Einschnitt und Einriss der Klitoris; Ausziehung, Verlängerung der Klitoris und der kleinen Schamlippen; Ausbrennen der Klitoris und/oder der angrenzenden Gewebe; Einreißen des Umgebungsgewebes („Angurya-Schnitte“); Einführung ätzender Substanzen oder Kräuter in die Vagina, um diese zu verengen.

⁷²⁵ WHO (1995).

- Gesundheitliche Probleme verursacht zumeist die Infibulation (Typ III), welche Schätzungen zufolge 15 Prozent aller FGM-Fälle ausmacht, die Mehrheit aller Formen von FGM (85 Prozent) umfasst die Typen I, II und IV.

Rechtliche Aspekte

Genitalverstümmelung stellt eine **Form der Körperverletzung** dar. Da das österreichische Strafrecht jedoch auch vorsieht, dass bei Einwilligung des Verletzten eine Körperverletzung straflos werden kann, wie dies z. B. auch bei Schönheitsoperationen der Fall ist (§ 90 StGB), wurde im Strafrechtsänderungsgesetz 2001 eine Regelung eingefügt, wonach „in eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen“, nicht eingewilligt werden kann (§ 90 Abs. 3 StGB). Das bedeutet, dass weder Eltern für ihre Kinder, noch eine volljährige Frau für sich selbst mit strafbefreiender Wirkung in die Genitalverstümmelung einwilligen kann. Demnach kann der Täter mit oder ohne Einwilligung des Opfers für derartige Eingriffe strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden. In Österreich hat es noch keine Anzeigen wegen Genitalverstümmelung gegeben.

Genitalverstümmelung ist als besonders schwerer Eingriff in die körperliche Unversehrtheit einer Person auch als **asylrelevante Verfolgungshandlung im Sinne der Genfer Konvention** zu qualifizieren und kann demnach unter Umständen in einigen Fällen die Zuerkennung des Flüchtlingsstatus zur Folge haben. Dazu liegt auch eine Richtlinie des Rates der Europäischen Union vor, die insbesondere auf Verfolgungshandlungen Bezug nimmt, die durch die Geschlechtszugehörigkeit begründet sind (Art. 9 Abs. 2 f. der RL 2004/83/EG). Asylwerberinnen werden nach Vorbringen ihrer Betroffenheit durch Genitalverstümmelung nur von weiblichen Referentinnen einvernommen, umfassende psychologische Betreuung wird sichergestellt.

Die Rolle des Gesundheitssystems bei Genitalbeschneidungen

Die Berufsgruppen im Gesundheitssystem, die am häufigsten mit Frauen, die von einer Genitalbeschneidung betroffen sind, in Kontakt kommen, sind GynäkologInnen, Hebammen, PädiaterInnen und Beratungsstellen. Der Wissensstand dieser Berufsgruppen ist laut vorliegenden Informationen zum Teil sehr mangelhaft. Dies kann folgende Konsequenzen nach sich ziehen:⁷²⁶

- **Inadäquate Diagnostik und Behandlung:** Beispielsweise kann es bei Geburten genitalbeschnittener Frauen zu nicht indiziertem Kaiserschnitt kommen, da die Technik der Defibulation (die notwendige Auftrennung der verwachsenen Genitalien) nicht bekannt ist.
- **Fehlende Thematisierung von FGM während der Schwangerschaft:** Eine Reinfibulation (erneutes Vernähen des losen Gewebes im Genitalbereich nach der Geburt) der Patientin wird ohne entsprechendes Gespräch im Vorfeld durchgeführt oder die Defibulation erfolgt ohne Aufklärung der Patientin, so dass diese die anatomische Veränderung erst nach ihrer Rückkehr nach Hause feststellt.
- **Fehlende Prävention:** Präventionsgespräche zum Schutz der Töchter betroffener Frauen werden unterlassen.

Eine **Befragung von GynäkologInnen, Hebammen und PädiaterInnen in der Schweiz** ergab, dass 14

Prozent der GynäkologInnen, 13 Prozent der Hebammen und 1 Prozent der PädiaterInnen bereits Kontakt mit beschnittenen Frauen oder Mädchen hatten.⁷²⁷ Weiters dokumentieren die Resultate einen ausgeprägten Informationsbedarf des Gesundheitspersonals. In der Schweiz wurden in weiterer Folge Empfehlungen für ÄrztInnen, Hebammen und Pflegekräfte erarbeitet sowie ein Rechtsgutachten, das von der UNICEF Schweiz beauftragt wurde.⁷²⁸

In Wien wurde im Jahr 2006 anlässlich des Internationalen Tages gegen Mädchen-Beschneidung am 6. Februar eine Umfrage des **Wiener Programms für Frauengesundheit** präsentiert,⁷²⁹ an der 105 Wiener KinderärztInnen, GynäkologInnen und Hebammen Teil genommen haben (Rücklaufquote 13 Prozent). 95 Prozent der Befragten gaben an, dass ihnen das Thema Genitalbeschneidung (FGM) bekannt sei, auch wenn diese Kenntnis nur zu einem geringen Teil im Studium erworben wurde. 54 Prozent hatten in ihrer beruflichen Praxis schon mit genital beschnittenen Frauen zu tun, viele davon sogar mehrfach. Bei 62 Prozent der behandelten Patientinnen mit Genitalbeschneidung sind aufgrund dieser medizinische Komplikationen aufgetreten. Dennoch gaben elf Prozent der Betroffenen gegenüber ÄrztIn oder Hebamme an, auch ihre Tochter beschneiden lassen zu wollen. 80 Prozent der MedizinerInnen und Hebammen wussten über die Strafbarkeit von FGM in Österreich Bescheid. Als zukünftige Maßnahmen wurden Aufklärung und eine Sensibilisierung des Fachpersonals sowie der ethnischen Communities, in denen FGM praktiziert wird, vorgeschlagen.

Maßnahmen der Stadt Wien: Bright Future – Beratungsstelle für Frauengesundheit und FGM

Die Afrikanische Frauenorganisation in Wien richtete mit Unterstützung des Wiener Programms für Frauengesundheit, der Frauenabteilung der Stadt Wien, der Magistratsabteilung für Integrations- und Diversitätsangelegenheiten und des Fonds Gesundes Österreich im Jahr 2005 eine Beratungsstelle für betroffene Frauen und Mädchen in Wien ein. Pro Monat werden rund 30 Frauen beraten und betreut.⁷³⁰

⁷²⁶ AMMAN et al. (2005).

⁷²⁷ LOW et al. (2005), S. 972.

⁷²⁸ AMMANN et al. (2005).

⁷²⁹ <http://diestandard.at> vom 3. Februar 2006.

Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF)

Neben der Durchführung einer Reihe von Fachveranstaltungen und dem Erstellen von Informationsmaterialien hat das BMGF eine Studie „FGM in Österreich“ beauftragt, die nach Vorbild der Schweizer UNICEF-Studie⁷³¹ eine Befragung von gynäkologisch-geburtshilflichem Gesundheitspersonal und von PädiaterInnen vorsieht⁷³² (Ergebnisse lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor). Weiters soll eine Meldedatenbank eingerichtet und MultiplikatorInnen, die mit FGM-Fällen konfrontiert sind, angehalten werden, diese Fälle zu melden. Aufklärung über Genitalverstümmelung soll in die Curricula betroffener medizinischer Fachrichtungen aufgenommen werden.

6.2.7 Frauen- und Mädchenhandel

Die Auswirkungen von Frauen- und Mädchenhandel haben wie jegliche Form von Gewalt auch weitreichende Konsequenzen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Betroffenen. Die Formen von Missbrauch und Risiken, die Frauen erleben, umfassen körperlichen, sexuellen und psychischen Missbrauch, die Nötigung zum Konsum von Drogen und Alkohol, soziale Einschränkungen und Manipulation, ökonomische Ausbeutung und Abhängigkeit, unsicheren rechtlichen Status, missbräuchliche Arbeits- und Lebensbedingungen und eine Reihe von Risiken, die der Status als Migrantin oder als Angehörige einer Randgruppe mit sich bringt. Dieser Missbrauch wirkt sich auf die körperliche, reproduktive und psychische Gesundheit von Mädchen und Frauen aus, er kann zum Drogenkonsum und Alkoholmissbrauch führen und das soziale und ökonomische Wohlbefinden vermindern sowie den Zugang zu Gesundheits- und Unterstützungsangeboten einschränken.⁷³³ Strategien zur Bekämpfung des Frauenhandels sollten daher immer auch als zentrales Element Maßnahmen zur gesundheitlichen Lage der Betroffenen beinhalten. Österreich gilt sowohl als Transit- als auch als Zielland für den Handel mit Frauen und Kindern aus Mittel- und Osteuropa und der ehemaligen

Sowjetunion (vor allem aus Bulgarien, Rumänien, Moldawien, Weißrussland und der Ukraine), und zwar in den meisten Fällen zum Zweck der sexuellen Ausbeutung. Zielländer für den Transit über Österreich sind vor allem Italien, Frankreich, Spanien und Deutschland. Genaue Zahlen über die Opfer von Menschenhandel liegen nicht vor, die Dunkelziffer ist hoch – Schätzungen gehen international von bis zu zwei Millionen, für Europa von 500.000 Opfern aus.

Definition laut UN-Protokoll gegen Menschenhandel

Im „Menschenhandels-Protokoll“ hat sich die internationale Staatengemeinschaft im Jahr 2000 auf nachfolgende Definition geeinigt (Artikel 3 des UN Protokolls zur Verhütung, Unterdrückung und Bestrafung des Menschenhandels, insbesondere des Frauen- und Kinderhandels, in Ergänzung des Übereinkommens gegen die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität):

Menschenhandel ist „(...) die Anwerbung, Beförderung, Unterbringung, Beherbergung oder der Empfang von Personen durch die Androhung oder Anwendung von Gewalt oder anderen Formen der Nötigung, durch Entführung, Betrug, Täuschung, Missbrauch von Macht oder Ausnutzung besonderer Hilflosigkeit oder durch Gewährung oder Entgegennahme von Zahlungen oder Vorteilen zur Erlangung des Einverständnisses einer Person, die Gewalt über eine andere Person hat, zum Zweck der Ausbeutung. Ausbeutung umfasst die Ausnutzung der Prostitution Anderer oder andere Formen sexueller Ausbeutung, Zwangsarbeit oder Zwangsdienstbarkeit, Sklaverei oder sklavereiähnlicher Praktiken, Leibeigenschaft oder die Entnahme von Körperorganen.“⁷³⁴

Diese Definition von Menschenhandel ist breit gesteckt und umfasst sowohl unterschiedliche kriminelle Handlungen (Anwerben des Opfers, Organisation der Reise ins Zielland, Ausbeutung) als auch die Anwendung von bestimmten Mitteln (Anwendung oder Androhung von Gewalt, Täuschung, Autoritätsmissbrauch oder Aus-

⁷³⁰ Kontakt: Türkenstraße 3/2, Stock, 1090 Wien; Tel.: 01/3192693; Öffnungszeiten: Montag bis Freitag, 9 bis 17 Uhr; E-Mail: afrikanisc.frauenorganisation@chello.at; <http://www.african-women.org>

⁷³¹ LOW et al. (2005).

⁷³² <http://www.bmgf.gv.at/> (Broschüre „Maßnahmen gegen traditionsbedingte Gewalt gegen Frauen in Österreich“).

⁷³³ LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE (2003), S. 3.

⁷³⁴ http://www.un.org/Depts/german/gv-sonst/a55383_anhii.pdf (S.2); http://www.unodc.org/unodc/en/trafficking_human_beings.html

nutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses, mit dem Zweck, die betreffende Person auszubeuten). Auch die Definition von Ausbeutung ist umfassend: Das Protokoll zählt sexuelle Ausbeutung, aber auch Zwangsarbeit, sklavereiähnliche Bedingungen und Sklaverei auf und bezieht somit auch den Handel mit Hausangestellten, FabrikarbeiterInnen oder Kindern, die zur Straßenbettelei gezwungen werden, ebenso wie Mädchen und Frauen, die zwangsverheiratet oder unter Vortäuschung falscher Tatsachen angeworben wurden, um dann von Männern sexuell missbraucht zu werden, mit ein.

Rechtliche Aspekte und Strafverfolgung

Laut österreichischem **Strafgesetzbuch** sind Menschenhandel (§104a), grenzüberschreitender Prostitutionshandel (§117), entgeltliche Vermittlung von Sex mit Minderjährigen, d. h. Personen unter dem 18. Lebensjahr (§214), und Sex gegen Entgelt mit Minderjährigen (§207b(3)) strafbar.

Die Erteilung von **Aufenthaltsbewilligungen** an Opfer des Menschenhandels ist im § 72 Niederlassungsgesetz (NAG) im Rahmen des mit 1. Jänner 2006 in Kraft getretenen Fremdenrechtspaktes 2005⁷³⁵ geregelt (Aufenthaltsbewilligung aus humanitären Gründen). Bei Opfern des Menschenhandels können Aufenthaltsbewilligungen von mindestens sechs Monaten Gültigkeitsdauer gewährt werden, wenn es die persönliche Situation des Opfers erforderlich macht. Um den betroffenen Opfern die Entscheidung über die Vorgehensweise betreffend ihre Zukunft und den weiteren Aufenthalt in Österreich oder eine Rückkehr in die Heimat zu ermöglichen, ist diesen Personen eine Bedenkzeit von mindestens dreißig Tagen zu gewähren. Während dieser Zeit dürfen von den Behörden keinerlei aufenthaltsbeendende Maßnahmen gesetzt werden. Die Vorgangsweise für die neue Rechtslage entspricht den im Europaratsabkommen „Council of Europe Convention on Action against Trafficking in Human Beings“ enthaltenen Bestimmungen. Rechtlicher Hintergrund für diese

Bestimmung ist die Umsetzung der Richtlinie der Europäischen Union über die Erteilung von Aufenthaltstiteln für Drittstaatsangehörige, die Opfer des Menschenhandels sind oder denen Beihilfe zur illegalen Einwanderung geleistet wurde und die mit den zuständigen Behörden kooperieren. (RL 2004/81/EG vom 29.04.2004).⁷³⁶

Die österreichischen Behörden haben im Jahr 2004 gegen 348 Verdächtige Klage eingereicht, davon wurden 106 wegen Menschenhandel angeklagt. Die Fälle von **Verurteilungen sind von 27 im Jahr 2002 auf 11 im Jahr 2003 zurückgegangen**. Das Ausmaß der Gefängnisstrafen reichte von sechs Monaten bis zu drei Jahren. Polizei und Justiz führten mit ihren MitarbeiterInnen Weiterbildungen zum Thema Menschenhandel durch. Die an der Strafverfolgung beteiligten österreichischen Behörden arbeiten eng mit der Polizei in mehreren Ursprungsländern der Opfer des Menschenhandels zusammen, besonders mit den rumänischen Behörden und der ungarischen Grenzpolizei. Die österreichische und die rumänische Regierung führen gemeinsam Trainingsmaßnahmen für MitarbeiterInnen, welche die Opfer unterstützen sollen, im Rahmen eines Austauschprogramms zwischen Asylheimen in Wien und Bukarest durch.⁷³⁷

LEFÖ/IBF – Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels

LEFÖ/IBF⁷³⁸ ist die derzeit einzige Opferschutzeinrichtung für Betroffene des Frauenhandels in Österreich (seit 1998). Im Jahr 2004 wurden 167 Opfer von Menschenhandel betreut, 2003 waren es 142. Von den 167 Opfern des Jahres 2004 wurden 37 in dem von LEFÖ betriebenen Schutzhaus untergebracht, wobei die durchschnittliche Verweildauer zwischen 11 und 20 Wochen betragen hat. Im Jahr 2004 erhielten 14 von den 17 Opfern des Menschenhandels, die um eine befristete Aufenthaltsgenehmigung angesucht hatten, diese Genehmigung.⁷³⁹

⁷³⁵ <http://ris.bka.gv.at/>

⁷³⁶ http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/8/9/8/CH0097/CMS1130416698455/gewalt_gegen_frauen.pdf; PRETS (2005).

⁷³⁷ AMERIKANISCHES AUSSENMINISTERIUM (2005).

⁷³⁸ <http://www.lefoe.at/design/content.php?page=a&lang=de&content=181>

⁷³⁹ AMERIKANISCHES AUSSENMINISTERIUM (2005).

Aktivitäten zur Prävention des Frauenhandels

In den vergangenen Jahren wurden die Aktivitäten im Kampf gegen Frauenhandel immer zahlreicher: Frauenhandel war eines der Themen der österreichischen EU-Ratspräsidentschaft 2006, weiters wird sowohl auf nationaler als auch auf EU-Ebene ein Aktionsplan zur Bekämpfung des Menschenhandels gefordert. Im Rahmen eines Förderwettbewerbs hat die Gemeinde Wien im Jahr 2005 100.000 Euro für Maßnahmen gegen den Frauen- und Mädchenhandel mit dem Schwerpunkt auf **Aufklärung in den Herkunftsländern** ausgeschrieben. Projekte in Moldawien, Ungarn, Albanien, Mazedonien und Bulgarien sollen damit gefördert werden, wie z. B. Lehrgänge und Rechtsberatung, Aufklärung in Schulen und im ländlichen Raum. Ziel der Projekte ist es, junge Frauen und Mädchen aus Osteuropa über die organisierte Kriminalität des Menschenhandels aufzuklären und die nationalen Regierungen in ihren Bemühungen gegen Frauenhandel zu unterstützen. Weiters wird ein Bulgarien-Projekt von CARE Österreich gestartet.⁷⁴⁰ An der Fachhochschule für Sozialarbeit in Wien⁷⁴¹ wird 2006 ein internationales Programm „**Sozialarbeit und Frauenhandel**“ in Zusammenarbeit mit sechs weiteren Nationen durchgeführt. Zentrale Fragen sind, was man den betroffenen Frauen anbieten kann, wie die Beratung konkret aussehen soll und wie die Frauen geschützt werden können.

6.2.8 Zwangsverheiratung

Bereits in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen aus dem Jahr 1948 (Artikel 16)⁷⁴² wurde das Recht auf freie Eheschließung für Frauen und Männer ohne jede Beschränkung aufgrund der Rasse, der Staatsangehörigkeit oder der Religion festgeschrieben. Trotzdem kommt es auch in Wien und Österreich heute noch zu Zwangsverheiratungen. Es sind vor allem die weiblichen Opfer von Zwangsverheiratungen, die unter starken psychischen Druck gesetzt werden, oft ihre Schulausbildung nicht beenden dürfen, finanziell vom Ehemann abhängig sind oder sexuell ausgebeutet werden. Die Betroffenen gehören zu den

zahlenmäßig großen Immigrantinnengruppen der Türiinnen, aber auch Kurdinnen, Libanesinnen, Marokkanerinnen, Tunesierinnen, Albanerinnen, Iranerinnen oder Inderinnen sind betroffen. Zwangsheiraten finden im überwiegenden Ausmaß in Kulturen mit fundamentalistisch-islamischem Hintergrund statt – obwohl der Koran ausdrücklich die Freiwilligkeit für beide Partner betont.

Formen und Häufigkeit von Zwangsverheiratungen

Zwangsehen können in westlichen Ländern in unterschiedlichen Konstellationen auftreten. Es handelt sich dabei um Zwangsehen zwischen Personen mit Migrationshintergrund im Einwanderungsland oder Heiratsverschleppung ins Ausland, z. B. beim Sommerurlaub, wobei im Einwanderungsland aufgewachsene Mädchen und junge Frauen einen Mann im Herkunftsland der Familie heiraten und dort leben müssen. Bei einer Verheiratung für eine Einwanderungserlaubnis erhält ein Mann aus dem Ausland über die Eheschließung eine Aufenthaltsgenehmigung. Bei Importehen werden meist sehr junge Frauen aus dem Ausland in das Einwanderungsland geholt und mit einem dort lebenden Mann verheiratet.

Konkrete Zahlen oder Schätzungen der Zahl an Zwangsverheiratungen in Wien liegen nicht vor. Die Stadträtin für Integration hat für 2006 eine Studie zum Thema Zwangsheirat angekündigt.⁷⁴³

Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche in Deutschland beauftragten und 2004 veröffentlichten repräsentativen Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen⁷⁴⁴ wurden 143 verheiratete oder geschiedene türkische Migrantinnen, die mit einem türkischen Partner verheiratet sind oder waren, zum Thema Zwangsverheiratung befragt. Drei Viertel der befragten Frauen haben den Partner vor der Heirat kennen gelernt, ein Viertel nicht. Bei etwa der Hälfte der Frauen war der Partner von Verwandten ausgewählt worden, 75 Prozent dieser Frauen waren mit der Wahl einverstanden, 23 Prozent hätten den

⁷⁴⁰ http://www.wien.spoe.at/bilder/d37/Bulgarien_Care_Folder_2004.pdf?PHPSESSID=c989825f508f7f9044ce5fa1ec1d4a77

⁷⁴¹ <http://www.fh-campuswien.ac.at>

⁷⁴² <http://www.runicurope.org/german/menschen/menschenrechte/50jahre.htm>

⁷⁴³ <http://www.wien.gv.at/vtx/vtx-rk-xlink?DATUM=20051007&SEITE=020051007015>

⁷⁴⁴ BMFSFJ (2004); S. 29.

Partner lieber selbst ausgewählt, knapp 3 Prozent machten dazu keine Angaben. Etwa ein Viertel der Frauen, deren Partner durch die Verwandten ausgewählt wurde, waren vor der Eheschließung nicht nach ihrer Meinung zu dem zukünftigen Ehepartner gefragt worden, 17 Prozent hatten zum Zeitpunkt der Eheschließung das Gefühl, zu dieser Ehe gezwungen zu werden. Eine höhere Betroffenheit zwangsverheirateter türkischer Frauen von Partnergewalt konnte anhand der vorliegenden Daten nicht festgestellt werden.

TERRE DE FEMMES – Stoppt Zwangsheirat

Die international vernetzte Menschenrechtsorganisation für Frauen und Mädchen TERRE DE FEMMES⁷⁴⁵ hat 2002/2003 eine große Kampagne „Stoppt Zwangsheirat“ durchgeführt, die 2004/2005 durch die Aktion „NEIN zu Verbrechen im Namen der Ehre“ fortgesetzt wurde. Die Umsetzung folgender Forderungen wurde dabei verfolgt:

- Statistische Erhebung zur Feststellung des Ausmaßes von Zwangsverheiratung.
- Einrichtung einer bundesweiten Stabsstelle als zentrale Anlauf- und Vermittlungsinstanz.
- Schaffung von Beratungseinrichtungen und anonymen Schutzeinrichtungen für betroffene Mädchen und Frauen.
- MultiplikatorInnenschulungen für Schule, Jugendamt und Polizei.
- Schulungen für interkulturelle Kompetenz für Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser.
- Ausdehnung der gesetzlichen Härtefallregelungen auf zwangsverheiratete Frauen und Mädchen.
- Verbesserter Opferschutz für die Betroffenen.
- Vereinfachtes und verlängertes Rückkehrrecht für aufgrund einer Zwangsheirat verschleppte Mädchen und Frauen.
- Verbesserte Integrationsmaßnahmen für MigrantInnen.

6.3 Lesbische Frauen

Lesbische Frauen im Gesundheitssystem

Lesbische Frauen bleiben im Gesundheitssystem sehr oft unsichtbare Patientinnen, ihre sexuelle Orientierung wird nicht thematisiert. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass sowohl bei medizinischem Personal als auch in der Gesundheitsforschung im deutschsprachigen Raum wenig Wissen über Lebenslagen, gesundheitsbezogene Bedürfnisse und spezifische Gesundheitsrisiken lesbischer Frauen vorhanden ist. Ausnahmen sind der Bremer Frauengesundheitsbericht und zwei österreichische Pilotstudien.⁷⁴⁶ Offene Fragen sind, ob lesbische Frauen spezifische Gesundheitsrisiken und Krankheiten haben, ob sie weniger häufig an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen und ob bei ihnen ein vermehrtes Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung vorliegt. Studien aus dem angloamerikanischen Raum,⁷⁴⁷ die zwar nicht unmittelbar übertragbar sind, stellen folgende Annahmen und Beobachtungen zur Diskussion:

- Es wird vermutet, dass lesbische Frauen seltener an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen als heterosexuelle Frauen, da sie Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierungen durch das Gesundheitspersonal haben.
- Es gibt keine spezifischen Einrichtungen für die sexuelle Gesundheit lesbischer Frauen, gynäkologische Gesundheitsdienste sind ausschließlich auf die Bedürfnisse heterosexueller Frauen zugeschnitten, wie z. B. Familienplanungseinrichtungen, pränatale Services und Geburtskliniken. Diese Tatsache stelle bei lesbischen Frauen eine schwerwiegende Barriere für die Inanspruchnahme dieser Dienste dar und reduziere damit die Chancen einer Früherkennung von Krebs. Es wird angenommen, dass lesbische Frauen ein höheres Risiko für Gebärmutterhalskrebs haben, da sie weniger häufig PAP-Screenings durchführen lassen.
- Kinderlosigkeit gilt als einer der Risikofaktoren, an Brust- oder Eierstockkrebs zu erkranken. Da der Anteil Kinderloser bei lesbischen Frauen höher ist

⁷⁴⁵ <http://www.terre-des-femmes.de/>

⁷⁴⁶ BSAFGJS (2002); CHWOSTA (2001); PLÖDERL (2004).

⁷⁴⁷ BRADFORD, WHITE (2000); OFFICE ON WOMEN'S HEALTH (2000); INSTITUTE OF MEDICINE (1999); GAY AND LESBIAN MEDICAL ASSOCIATION/GLMA (2003).

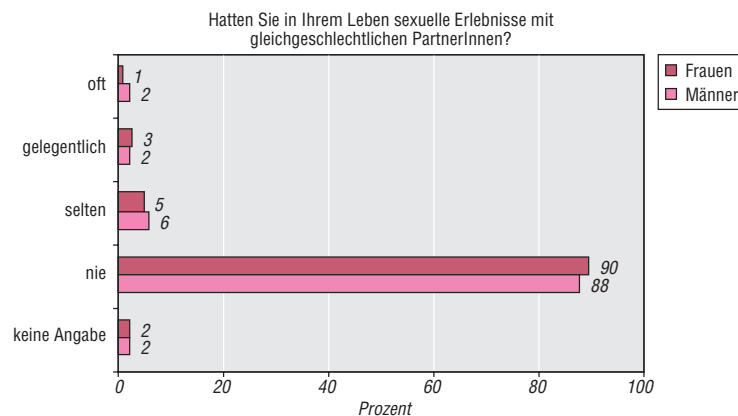
- als bei heterosexuellen, sind lesbische Frauen häufiger mit einem erhöhten Risiko einer Erkrankung an Brust- oder Eierstockkrebs konfrontiert.
- Angenommen wird, dass lesbische Frauen häufiger unter Depression und Angst leiden als andere Bevölkerungsgruppen. Als Ursache dafür wird vor allem chronischer Stress gesehen, der durch Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung, mangelnder sozialer Unterstützung und dem Verbergen der eigenen sexuellen Orientierung entsteht.
 - Lesbische Frauen sollen den vorliegenden Untersuchungen zufolge einen ungünstigeren gesundheitlichen Lebensstil haben als andere Personengruppen was Ernährung, Bewegung, Drogen-, Nikotin- und Alkoholkonsum betrifft. Das Risiko für Adipositas und in weiterer Folge für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose sei erhöht.
 - Es liegen Hinweise vor, dass zahlreiche sexuell übertragbare Erkrankungen (STDs) auch bei sexuellen Aktivitäten zwischen zwei Frauen übertragen werden können, z. B. genitale Warzen (HPV), Herpes, Hepatitis B und – zwar selten – das HI-Virus/AIDS; darauf sei besonders bei bisexuellen Beziehungsformen zu achten.⁷⁴⁸

- Es wird vermutet, dass das Ausmaß an Gewalterfahrungen von lesbischen Frauen jenem heterosexueller Frauen vergleichbar ist. Da es aber keine spezifischen psychosozialen Betreuungsangebote für lesbische Frauen mit Gewalterfahrungen gibt, wird gefordert, dass die Angebote für heterosexuelle Frauen auf Bedürfnisse lesbischer Frauen Rücksicht nehmen.

Gleichgeschlechtliche Lebensweisen: Häufigkeit und Einstellungen

In einer Befragung zur Sexualität von rund 1.000 ÖsterreicherInnen wurde nach eigenen sexuellen Erlebnissen mit gleichgeschlechtlichen PartnerInnen sowie die Einstellung zur weiblichen und männlichen Homosexualität erfragt. Über sexuelle Erfahrungen (von unterschiedlicher Häufigkeit) mit gleichgeschlechtlichen PartnerInnen berichten zehn Prozent der Frauen und zwölf Prozent der Männer. Nur ein Prozent der Frauen und zwei Prozent der Männer geben an, oft gleichgeschlechtliche sexuelle Erlebnisse zu haben. (Für eine Auswertung der Antworten für Wien waren die Fallzahlen zu gering.)

Grafik 6.3: Sexuelle Erfahrungen mit gleichgeschlechtlichen PartnerInnen in Österreich 2005



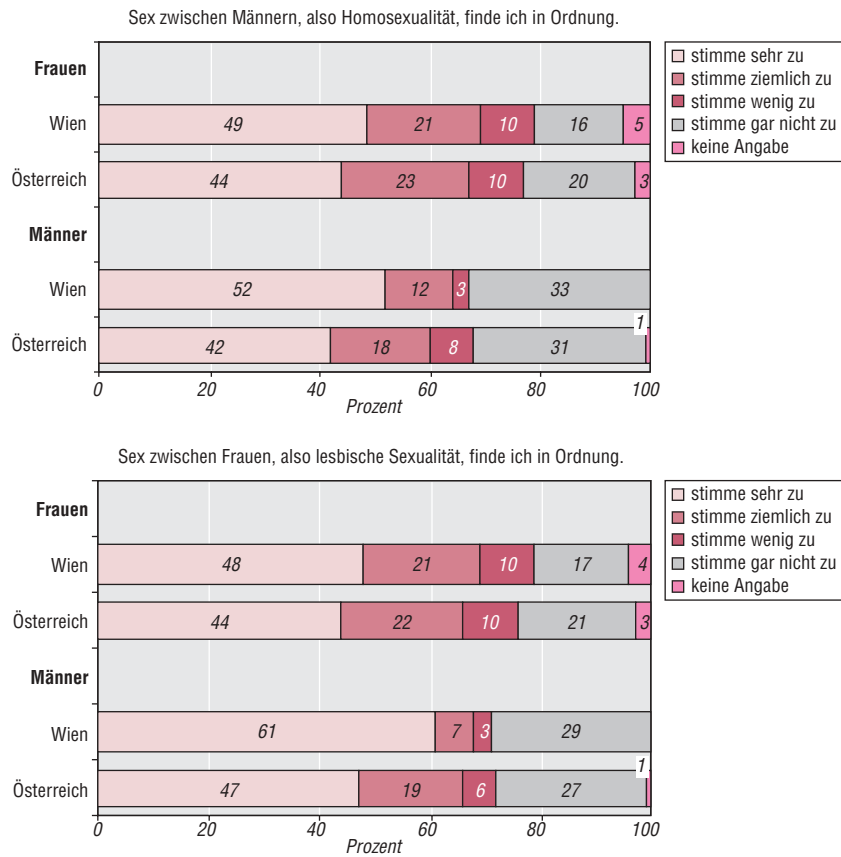
Quelle: BALDASZTI et al. (2005), S. 205.

Zwischen 60 und 70 Prozent der Befragten stimmen (sehr oder ziemlich) der Aussage zu, dass sie Homosexualität/lesbische Sexualität in Ordnung finden. Das Ausmaß der Zustimmung zu männlicher und weiblicher Homosexualität ist bei Frauen zwar ähnlich groß,

die Urteile der Männer sind jedoch deutlicher polarisiert als die der Frauen. Während nur 16 bis 20 Prozent der Frauen Homosexualität gänzlich ablehnen, sind dies bei den Männern 27 bis 31 Prozent.

⁷⁴⁸ OWH (2000).

Grafik 6.4: Subjektive Einstellung zu gleichgeschlechtlicher Sexualität in Österreich 2005



Quelle: BALDASZTI et al. (2005), S. 204.

Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen

Auf Initiative der Geschäftsgruppe *Integration, Frauenfragen, Konsumentenschutz und Personal* wurde im Oktober 1998 die Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen⁷⁴⁹ als erste derartige Einrichtung in Österreich im Magistrat der Stadt Wien eingerichtet (u. a. nach dem Vorbild vieler deutscher Städte). Damit wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass lesbische, schwule und transgender Lebensformen bislang noch nicht ausreichend öffentlich wahrgenommen und anerkannt wurden. Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Antidiskriminierung und rechtlichen Gleichstellung im alltäglichen Leben, in der Familie, am Arbeitsplatz oder im gesellschaftlichen Umfeld. Neben der Möglichkeit zu persönlicher Beratung gibt eine Bro-

schüre für Lesben und Schwule mit dem Titel „**Dein Recht im Alltag**“ in umfassender Weise über die rechtliche Situation gleichgeschlechtlicher BürgerInnen Auskunft. Weiters hat die Wiener Antidiskriminierungsstelle gemeinsam mit einem Team aus fünf europäischen Ländern an der Erstellung eines Handbuchs mitgearbeitet, welches die Zielsetzung hatte, aufzuzeigen, wie man mit den Themen **Lesbisch- bzw. Schwulsein und Bisexualität in multiethnischen Kontexten** umgehen kann. Das Handbuch „Mit Vielfalt umgehen: Sexuelle Orientierung und Diversity in Erziehung und Beratung“⁷⁵⁰ wurde im Rahmen des europäischen Projekts TRIANGLE (Transfer of Information to Combat Discrimination Against Gays and Lesbians in Europe) erstellt.

⁷⁴⁹ <http://www.wien.gv.at/queerwien/index.htm>

⁷⁵⁰ http://www.diversity-in-europe.org/einleitung/ix_einleitung.htm

6.4 Wohnungslose Frauen

Wohnungslosigkeit wurde bis vor wenigen Jahren als ein Problem von Männern gesehen und auch die in der Öffentlichkeit präsenten so genannten „Obdachlosen“ auf Bahnhöfen, in U-Bahn-Schächten und ähnlichen Plätzen waren vor allem Männer. Im Zusammenhang mit der seit einigen Jahren verstärkten Diskussion über soziale Ungleichheit und Armut wurde auch die Wohnungslosigkeit von Frauen thematisiert. Ob diese tatsächlich häufiger geworden ist, kann aus den dazu vorhandenen Informationen nicht gesagt werden, da es in Wien und in Österreich keine systematische statistische Erfassung und keine repräsentativen Studien zu dieser Problematik gibt.

Wohnungslose, vor allem wohnungslose Frauen, sind besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Der Zugang zum regulären Gesundheitsangebot ist durch soziale Barrieren verstellt oder scheitert an einer bei Obdachlosen häufig fehlenden Sozialversicherung. Es ist bekannt, dass Obdachlosigkeit bei Frauen und Männern oft in Zusammenhang mit Alkoholismus oder psychischen Erkrankungen steht. Die Lebenserwartung von Obdachlosen liegt weit unter dem Durchschnitt der österreichischen Bevölkerung (55 bis 60 Jahre vs. 76 bzw. 82 Jahre).⁷⁵¹

Wohnungslosigkeit hat vielfältige Ursachen: Verschlechterung der finanziellen Situation durch Langzeitarbeitslosigkeit, Scheidung oder Trennung vom Ehepartner, Schulden, unterschiedliche psychosoziale Probleme. Frauen sind oft „verdeckt“ wohnungslos, das heißt sie reagieren auf Wohnungslosigkeit damit, sich Übergangslösungen bei Verwandten, Bekannten, ZweckpartnerInnen und Zufallsbekanntschaften zu suchen. Zum einen ist die Ursache dafür in frauenspezifischen Verhaltensmustern zu suchen, zum Teil könnte aber auch ein zu geringes speziell für Frauen ausgerichtetes Angebot dafür verantwortlich sein.

Seit 2003 ist in Wien der Fonds Soziales Wien, Fachbereich „Betreutes Wohnen“ für die Unterbringung und Betreuung obdachloser Menschen zuständig. Zentrale Anlaufstelle ist das „P7 – Wiener Service für Wohnungslose“ der Caritas, die Nachfolgeinstitution des Wiener Bahnhofssozialdienstes am Westbahnhof. P7

verfügt über Informationen zu freien Bettenkapazitäten der Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe. Hauptaufgabe ist die Beratung und Vermittlung von wohnungslosen Menschen in geeignete Unterkünfte im Rahmen des Wiener Sozialhilfegesetzes. Im Jahr 2004 wurden 1.059 Frauen und 2.517 Männer in den vom Fonds Soziales Wien finanzierten Häusern für Wohnungslose betreut.⁷⁵² Das Angebot städtischer Einrichtungen und privater Vertragspartner bestand 2004 aus 2.273 Fixplätzen für wohnungslose Menschen, davon wurden 280 als SeniorInnenplätze eingerichtet. Rund 1.000 Plätze befanden sich in den vom Fonds Soziales Wien geführten Häusern für Obdachlose in der Gänsbachergasse (3. Bezirk), der Siemensstraße (21. Bezirk), der Kastanienallee (12. Bezirk) sowie in der Wurlitzergasse (17. Bezirk). Spezielle Angebote und Wohnformen gibt es für Frauen und Männer, für Familien und für Paare, weiters für Menschen mit Suchtproblemen sowie für Jugendliche und SeniorInnen.

Gender Mainstreaming in der Wohnungslosenhilfe

„Frauen und Obdachlosigkeit“ war eines der Schwerpunktthemen des Fonds Soziales Wien im Jahr 2004. Als erster Schritt wurden Frauen aus allen Wiener Obdachlosenheimen im Haus Gänsbachergasse (3. Bezirk) konzentriert, wo seither Wohnplätze für 72 Frauen und 162 Männer zur Verfügung stehen. Seit November 2005 stellen der Fachbereich „Betreutes Wohnen“ des Fonds Soziales Wien und die Caritas der Erzdiözese Wien im **FrauenWohnZentrum in der Springergasse** (2. Bezirk) ein spezielles Angebot von betreutem Wohnen mit 32 Wohnplätzen für wohnungslose Frauen zur Verfügung. Das Angebot richtet sich einerseits an Frauen in akuter Wohnungsnot. Für sie stehen kurzfristige, niederschwellige Wohnplätze zur Verfügung, wobei die Frauen keine Betreuungsvereinbarung eingehen und auch keiner sozialarbeiterischen Betreuung zustimmen müssen. Andererseits gibt es längerfristig zur Verfügung stehende Wohnplätze für Frauen, für die völlig selbständiges Wohnen im Augenblick nicht möglich ist und die sozialarbeiterische Hilfestellung und Begleitung benötigen. Das seit 2002 bestehende **FrauenWohnzimmer** (bisher im 6.

⁷⁵¹ EITEL et al. (2003), S. 7.

⁷⁵² FONDS SOZIALES WIEN (2004), S. 25.

Bezirk) wird zukünftig im Rahmen des FrauenWohnZentrums in der Springergasse für bis zu 80 Frauen als Tageszentrum zur Verfügung stehen, das bei Bedarf auch als Notquartier genutzt werden kann. Das FrauenWohnZentrum Springergasse ist rund um die Uhr geöffnet. Ziel dieser Einrichtungen ist es, die Selbsthilfekräfte der betroffenen Frauen zu stärken und ihnen langfristig wieder eine unabhängige Lebensgestaltung zu ermöglichen. Ein Element dabei ist, den Frauen Freiräume und Rückzugsmöglichkeiten zu bieten und sie möglichst individuell zu unterstützen, wofür das Angebot an Einzelzimmern sorgt. Zuweisende Einrichtungen für die Wohnplätze sind z. B. die Caritas-Einrichtung „Gruft“, das Tageszentrum Josefstädterstraße, das Wiener Service für Wohnungslose P7 sowie die Notquartiere Haus Gänsbachergasse und Caritas-Haus Miriam.

Aufsuchende, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für wohnungslose Frauen

Für wohnungslose Frauen und Männer in Wien, die besondere medizinische und psychosoziale Betreuung aufgrund chronischer oder psychischer Erkrankungen benötigen und für eine über die bloße gynäkologische Grundversorgung hinausgehende ganzheitliche Betreuung obdachloser Frauen wurde von der neuer-AMBULANZ (eine Gesundheitseinrichtung des privaten Vereins Neunerhaus) und dem Frauengesundheitszentrum FEM ein Angebot an aufsuchender Betreuung erarbeitet.⁷⁵³ Das Projekt startete Anfang 2006, eingesetzt wurde ein mobiles ÄrztInnenteam. Die Finanzierung erfolgt durch die Wiener Gebietskrankenkasse, der MA15 (Sozialhilfe) und dem Fonds Soziales Wien (Wohnungslosenhilfe). Das auf die besonderen Bedingungen weiblicher Wohnungslosigkeit Rücksicht nehmende bedarfsgerechte frauenspezifische Betreuungsangebot geht von folgenden Grundlagen aus: Frauen werden von Frauen betreut und beraten (Therapeutinnen, Ärztinnen, Gynäkologinnen, Sozialarbeiterinnen); getrennt geschlechtliche Gruppen werden angeboten; der Wunsch nach Anonymität wird gewahrt; eigene Sprechstunden mit getrennten Wartebereichen werden angeboten; die Lebensphasen, Lebenswelten und Lebensrealitäten der Frauen werden in Beratung, Betreu-

ung und Behandlung systematisch berücksichtigt; Einzeltherapie und therapeutische Gruppenarbeit sind verfügbar. Die aufsuchende Arbeit umfasst Informationsveranstaltungen in den Wohneinrichtungen zu gynäkologischen Themen (Verhütung, Scheideninfektionen, Krebsvorsorge, Wechseljahre), Ernährungsberatung, Hygieneberatung, Gesundheitsvorsorge, Bewegung, psychosoziale Einzel- und Gruppenberatung sowie ambulante Sprechstunden für gynäkologische Beratung.

Frauengerechte Standards im Hilfesystem für wohnungslose Frauen

Der Frauenarbeitskreis der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO, Dachverband von 40 gemeinnützigen Organisationen) hat im November 2003 ein Positionspapier zur Förderung der Chancengleichheit von wohnungslosen Frauen und Männern erarbeitet und die Einhaltung von folgenden frauengerechten Qualitätsstandards im Hilfesystem für wohnungslose Frauen gefordert:⁷⁵⁴

- Stärkung der Frauen und ihres Selbstwertes (Empowerment) zur Überwindung von Gewalt und Abhängigkeit und den daraus folgenden Scham- und Schuldgefühlen.
- Weibliches Fachpersonal ist vor allem für die Thematisierung von Erlebnissen der körperlichen und sexuellen Gewalt unbedingt erforderlich.
- Parteilichkeit und Akzeptanz der Lebenssituation der von Armut und Wohnungslosigkeit betroffenen Frauen.
- Kooperation und Vernetzung mit anderen Beratungsstellen innerhalb und außerhalb der Wohnungslosenhilfe sowie mit verschiedenen DienstleisterInnen (ÄrztInnen, JuristInnen, ...).
- Die Angebote der Wohnungslosenhilfe sollen eingebettet sein in ein insgesamt frauengerechtes Hilfesystem oder dazu beitragen, ein solches aufzubauen. Komplementär bedarf es weiterer Frauenräume für wohnungslose Frauen, beispielsweise „Frauenpensionen“, Frauencafés, Frauentagesaufenthalte und Gesundheitseinrichtungen mit entsprechenden Angeboten.

⁷⁵³ http://www.neunerhaus.at/KonzeptGesundheitsversorgungVereinneunerHAUS_002.pdf.pdf

⁷⁵⁴ LOIBL, CORAZZA (2003).

6.5 Prostituierte

In Wien und in Österreich gibt es keine aktuellen Statistiken über Zahl und Lebenssituation von Prostituierten. Es wird geschätzt, dass es in Wien rund 5.000 Prostituierte gibt, davon sind rund 500 Frauen registriert. In Wien gibt es rund 200 Bordelle und über 100 Bars, in denen Prostituierte arbeiten. Es wird weiters geschätzt, dass in Wien pro Tag 15.000 sexuelle Kontakte mit Prostituierten stattfinden. Seit Anfang der 1990er Jahre wird eine stetige Abnahme der registrierten und eine Zunahme der Zahl der Geheimprostituierten berichtet, was vor allem mit der Ost-Öffnung und der zunehmenden Migration in Verbindung gebracht wird.⁷⁵⁵ 60 bis 80 Prozent der Prostituierten sind Migrantinnen. Die Situation von Migrantinnen, die im Sexgewerbe arbei-

ten, ist besonders prekär: Mangelnde muttersprachliche Information, eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem oder zum Arbeitsmarkt sind zusätzliche Diskriminierungen.

Gesetzliche Regelungen im Zusammenhang mit Prostitution

Die gesetzlichen Regelungen der Prostitution in Europa bewegen sich zwischen Verbot, den Bestrebungen, Prostitution abzuschaffen und der Regelung, die auch in Österreich gilt, nämlich, dass Prostitution prinzipiell erlaubt ist.

Tabelle 6.7: Arten der gesetzlichen Regelung und Modelle der Prostitution in den 25 EU-Mitgliedsstaaten

Modell der Prostitutions-Regelung	Straßen-Prostitution	Prostitution in Bordellen, Clubs, etc.	EU-Mitgliedsstaaten	Prozent der Mitgliedsstaaten
Abschaffung (abolitionism)	nicht verboten	nicht verboten	Tschechien, Polen, Portugal, Slowakei, Slowenien, Spanien	24
„Neue“ Abschaffung (new abolitionism)	nicht verboten	nicht verboten (in Bordellen verboten)	Belgien, Zypern, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Italien, Luxemburg	32
Verbot (prohibitionism)	verboten	verboten	Irland, Litauen, Malta, Schweden	16
Regelung (regulationism)	gesetzlich geregelt und daher nicht verboten	gesetzlich geregelt und daher nicht verboten	Österreich, Deutschland, Griechenland, Ungarn, Lettland, Niederlande, UK	28

Quelle: TRANSCRIME (2005), S. viii.

In Österreich ist die Ausübung der Prostitution durch mehrere Gesetze geregelt, in denen sie als die „gewerbsmäßige Duldung sexueller Handlungen am eigenen Körper“ oder die „gewerbsmäßige Vornahme sexueller Handlungen“ definiert ist. Auf Ebene der Bundesgesetze regeln das **Geschlechtskrankheiten-Gesetz** (StGBL Nr. 152/1945; § 11 Abs. 2) und das **AIDS-Gesetz** (BGBl. 728/1993; § 4 Abs. 2) die verpflichtenden wöchentlichen amtsärztlichen Untersuchungen für Prostituierte sowie den mindestens alle drei Monate fälligen AIDS-Test. Die Untersuchungen werden von den lokalen Gesundheitsämtern durchgeführt. In einer Kontrollkarte mit Lichtbild, die umgangssprachlich als „Deckel“ be-

zeichnet wird, wird mittels amtsärztlicher Unterschrift (oder Kürzel) bestätigt, dass der Untersuchungspflicht nachgekommen wurde. Bei Vorliegen einer Geschlechtskrankheit wird die Kontrollkarte eingezogen und ist erst nach nachgewiesener Heilung wieder gültig. Im Falle einer HIV-Infektion wird laut AIDS-Gesetz ein sofortiges Arbeitsverbot erlassen. Da laut §6 des Wiener Prostitutionsgesetzes⁷⁵⁶ eine Meldung als legale Prostituierte bei der Behörde zu erfolgen hat, ist für Migrantinnen, die illegal in Österreich als Prostituierte arbeiten, mit der offiziellen Meldung die Gefahr einer Abschiebung verbunden. Amtsärztliche Untersuchungen werden jedoch unter Einhaltung des Datenschutzes

⁷⁵⁵ http://www.bmi.gv.at/oeffentlicherheit/2003/01_02/artikel_4.asp

⁷⁵⁶ <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/1984/pdf/lg1984004.pdf>

und ohne Krankenschein durchgeführt. Auf Basis dieser Untersuchungen erstellt das Wiener STD-Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen laufend umfassende KlientInnenstatistiken.

Alle über das Geschlechtskrankheiten- und AIDS-Gesetz hinausgehenden rechtlichen Bestimmungen bezüglich Prostitution sind Landessache und werden von den Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt. In Wien, Niederösterreich, dem Burgenland und der Steiermark ist Prostitution an bestimmten öffentlichen Orten, wie z. B. in der Nähe von Schulen, Kindergärten, Kirchen, Amtsgebäuden, etc. und in Mindestabständen von diesen Orten verboten; die einzelnen Gemeinden (in Wien auch die Bezirke) können darüber hinaus bestimmte Gebiete als Sperrgebiete definieren, in denen Straßenprostitution nur zu bestimmten Zeiten erlaubt ist. In Vorarlberg, Kärnten, Tirol, Salzburg und Oberösterreich ist Prostitution außerhalb von Bordellen verboten. Die Höhe der Verwaltungsstrafen bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Bestimmungen ist in den Bundesländern sehr unterschiedlich und liegt zwischen 1.000 Euro (2.000 Euro im Wiederholungsfall) in Wien und 10.000 Euro (bzw. 20.000 im Wiederholungsfall) in Salzburg. MigrantInnen ohne Aufenthaltsgenehmigung können abgeschoben werden bzw. Drittstaatenangehörige aus einem Land außerhalb der EU-Grenzen können ein Aufenthaltsverbot bekommen.

Alle **Migrantinnen aus Nicht-EU-Ländern**, die in Österreich die Prostitution ausüben und über kein gültiges Visum verfügen, erhalten zur legalen Ausübung der Prostitution ein Visum für Selbstständige, das im Juni 2001 als Sonderregelung für Showtänzerinnen und Prostituierte vom Innenministerium erlassen wurde (§ 7 Abs. 4 Z 4 FrG, Erlass von 1997 und 2001). Es handelt sich dabei um eine befristete, an die Beschäftigung gebundene Aufenthaltsbewilligung, die bei Erfüllen bestimmter Voraussetzungen (Zusage eines Clubbesitzers, Versicherung, kein Aufenthaltsverbot) Frauen aus sämtlichen Ländern der Welt erteilt wird.⁷⁵⁷

Viele **ausländische Frauen, die als Geheimprostituierte arbeiten**, kommen aus benachbarten Ländern nur für einen bestimmten Zeitraum, oft für einen Tag pro Woche, nach Österreich. Sie verfügen über keine

Aufenthaltsgenehmigung und haben Touristenstatus, was die legale Ausübung der Prostitution verbietet. Diese Frauen arbeiten größtenteils unter den üblichen Preisen und ohne Kondom. Da bei den meisten von ihnen die Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft größer ist als jene, sich mit HIV zu infizieren, verwenden sie zwar eine Pille oder eine Spirale, verzichten aber auf das Kondom. Wie schwer es ist, Geheimprostituierte durch präventive Maßnahmen zu erreichen, zeigt sich an ihrer hohen Infektionsrate mit Geschlechtskrankheiten.⁷⁵⁸

Seit dem 1. Jänner 1983 ist Prostitution aufgrund eines Bescheides des Verwaltungsgerichtshofs **steuerpflichtig**, d. h. der **Einkommens-, Umsatz- und Gewerbesteuer** unterzogen, jedoch nicht in das gesetzliche Sozialversicherungssystem eingegliedert. Prostitution ist somit zwar im Grundrecht auf freie Erwerbstätigkeit erfasst und verfassungsrechtlich geschützt, aber nicht als Arbeit anerkannt, was bedeutet, dass arbeitsrechtliche Schutzbestimmungen wie Arbeitszeitregelung, Krankengeld, Kündigungsschutz und Mutterschutz nicht gelten. Prostitution als selbständige Tätigkeit ermöglicht eine freiwillige Selbstversicherung und somit Anspruch auf Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung. Tatsächlich ist aber ein Großteil vor allem der Geheimprostituierten nicht kranken- und sozialversichert.

Im Wiener Landtag wurde im Jänner 2004 eine **Novelle zum Wiener Prostitutions- und Landessicherheitsgesetz** beschlossen. Dem Beschluss gingen Diskussionen voraus, da der ursprüngliche Entwurf eine Bestrafung der Freier vorsah. Nach Protesten von Beratungseinrichtungen wurde diese aber nicht in die Novelle aufgenommen. Die Novelle sieht nur im Fall einer Anzeige einer Frau, die sich durch einen Freier belästigt fühlt, eine Bestrafung des Freiers vor. Die Strafen für Sexarbeiterinnen, die sich nicht der verpflichtenden Gesundheitsuntersuchung unterziehen, wurden erhöht; hingegen wurden die Höchststrafen für Prostituierte, die nicht polizeilich registriert sind, also ohne „Kontrollkarte“ arbeiten, deutlich reduziert. KritikerInnen der Gesetzesnovelle führen an, dass durch die neue Gesetzeslage keine Entkriminalisierung erreicht worden sei.⁷⁵⁹

⁷⁵⁷ <http://no-racism.net/article/1211/#2>

⁷⁵⁸ MEYER (2001); S. 47ff.

Gesundheitliche Situation von Prostituierten

Zur gesundheitlichen Situation von Prostituierten gibt es keine umfassenden Informationen für Österreich. Da die Ergebnisse der Gesundheitskontrollen nicht zentral dokumentiert werden, sondern in den jeweiligen Gesundheitsämtern, liegt eine vergleichende Darstellung bislang nicht vor.

Das Ambulatorium zur Diagnostik und Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen in Wien führt eine umfassende KlientInnenstatistik, in der rund 1.500 Personen jährlich erfasst werden (zwei Drittel davon sind Frauen). Sexuell übertragbare Erkrankungen, wie z. B. HIV/AIDS, Gonorrhö, Syphilis und Chlamydien, sind zwar aufgrund der engmaschigen Kontrollen bei registrierten Prostituierten nicht erhöht, bei Geheimprostituierten und Bardamen aber überdurchschnittlich häufig.

SOPHIE – BildungsRaum: ein Aus-/Umstiegsprojekt für Prostituierte

Das EQUAL-Projekt „SOPHIE – BildungsRaum für Prostituierte“ wurde im Juli 2005 in den ehemaligen Räumlichkeiten des Vorgängerprojektes SILA gestartet.⁷⁶⁰ Das Projekt SOPHIE unterstützt Sexarbeiterinnen, die Interesse an Bildung und Qualifizierung haben, die sich neu orientieren möchten oder planen, in einen anderen Tätigkeitsbereich umzusteigen. Angeboten werden Computer-, Deutsch- und Berufsorientierungskurse sowie begleitende Sozialberatung. Kontakte zwischen Unternehmen bzw. Organisationen und Frauen, die einen Arbeitsplatz, einen Ausbildungsplatz oder eine Qualifizierungsmaßnahme suchen, werden hergestellt. Migrantinnen, die in Österreich einen Großteil der Prostituierten ausmachen, werden bei SOPHIE in ihrer spezifischen Situation (Aufenthaltsrecht, AusländerInnenbeschäftigungsrecht, etc.) unterstützt. Die Arbeit der Beratungsstelle basiert auf einem akzeptierenden Ansatz gegenüber der Lebenssituation von Sexarbeiterinnen und verfolgt das Ziel, ihre Arbeits- und Lebensbedingungen zu verbessern. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit soll zum Abbau von Vorurteilen gegenüber Sexarbeiterinnen beigetragen werden.

⁷⁵⁹ <http://no-racism.net/article/961>

⁷⁶⁰ http://www.volkshilfe-wien.at/main_b_equal_sophie.htm

**VII.
GEWALT GEGEN FRAUEN –
DIE ROLLE DES GESUND-
HEITSSYSTEMS**

***VIOLENCE AGAINST
WOMEN – THE ROLE
OF THE PUBLIC HEALTH
SYSTEM***

INHALT

7	GEWALT GEGEN FRAUEN – DIE ROLLE DES GESUNDHEITSSYSTEMS	409
7.1	GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON GEWALT	410
7.2	HÄUFIGKEIT VON GEWALT GEGEN FRAUEN	412
7.3	MASSNAHMEN GEGEN GEWALT IN DER FAMILIE	412
7.3.1	Curriculum Gewalt gegen Frauen und Kinder – Opferschutz an Wiener Krankenanstalten	412
7.3.2	Maßnahmen der Frauenabteilung der Stadt Wien (MA 57)	413
7.3.3	Frauenhäuser in Wien	415
7.3.4	Gewaltprävention durch Gesetze zum Schutz vor Gewalt in Familien	418
7.3.5	Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie	418
7.3.6	Selbstverteidigungskurse des Vereins „defendo“	420

7 GEWALT GEGEN FRAUEN – DIE ROLLE DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Siehe auch: *Gewalt gegen Migrantinnen, traditionsbedingte Gewalt (Kapitel 6.2.5).*

Zusammenfassung

Männliche Gewalt betrifft Frauen jeden Alters, aus allen sozialen Schichten und Kulturen. Besonders in einer Partnerschaft lebende Frauen werden häufig Opfer von körperlicher Gewalt. Das vorhandene Datenmaterial lässt den Schluss zu, dass jede dritte Frau mindestens einmal in ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt (Ohrfeigen, wütendes Wegschubsen, Werfen mit Gegenständen, Verprügeln, Würgen, ...), jede zehnte Frau sexuelle Gewalt (Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) und mehr als jede zweite Frau sexuelle Belästigung (eindeutige sexuelle Berührungen, Bemerkungen, Gesten). Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt sind auf körperlicher und seelischer Ebene erkennbar (u. a. körperliche Verletzungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, ...). Im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit wurde ein Schulungsangebot für Spitalspersonal zur **Sensibilisierung und Früherkennung der Auswirkungen von Gewalt** entwickelt. Die **Frauenabteilung der Stadt Wien (MA 57)** hat besonders im vergangenen Jahrzehnt zu den Themen sexuelle, körperliche und psychische Gewalt gegen Frauen und Kinder zahlreiche Forschungsprojekte, Publikationen, Tagungen, und Modellprojekte initiiert (z. B. zum Thema Stalking) und subventioniert mehrere Beratungsstellen, welche die betroffenen Frauen unterstützen, u. a. den **24-Stunden Frauennotruf** und die **Frauenhäuser**. Die Konzepte und Maßnahmen der Frauenabteilung zielen auf die Enttabuisierung der Thematik und wollen Gewalt als gesamtgesellschaftliches Problem aufzeigen, um dadurch letztendlich Änderungen der strukturellen Rahmenbedingungen zu erreichen.

Summary: Violence against women – the role of the public health system

*Male violence affects women of all ages, from all social strata and all cultures. In particular women living in relationships frequently become victims of physical violence. The available data suggest that one in three women has experienced physical violence at least once in her life (slaps, shoving, throwing objects, beating, strangling...), one in ten women has experienced sexual violence (rape or attempted rape, sexual coercion) and more than half of all women have experienced sexual harassment (explicit sexual groping, comments, gestures). The health consequences of violence are both physical and psychological (e.g. physical injuries, posttraumatic stress disorders, depression...). The Vienna Women's Health Programme has developed training measures for hospital staff for the **sensitisation towards and early recognition of the consequences of violence**. Over the last decade the **Municipal Department 57 – Promotion and Coordination of Women's Issues** has initiated a number of research projects, publications, conferences and model projects on the issues sexual, physical and psychological violence against women and children (e.g. a model project against stalking) and subsidises several counselling centres which support women in these situations, e.g. the **24 hour women's emergency helpline** and **women's shelters**. The concepts and measures of the Municipal Department for Women's Issues aim at removing the taboo associated with these issues and try to show violence as a problem of society as a whole in order to achieve changes in the structural framework conditions.*

Formen von Gewalt und Definition laut Beijing-Deklaration

Männliche Gewalt betrifft Frauen jeden Alters, aus allen sozialen Schichten und Kulturen. Die Angaben zur

Häufigkeit von Gewalt gegen Frauen lassen darauf schließen, dass besonders in einer Partnerschaft lebende Frauen häufig Opfer von körperlicher Gewalt werden. Gewalt kann in vielen Formen körperlicher, sexueller oder seelischer Gewalt auftreten. Lange Zeit

war familiäre Gewalt tabuisiert, erst Mitte der 1970er Jahre hat mit Beginn der Frauenhausbewegung ein öffentlicher Sensibilisierungsprozess für die Gewalt gegen Frauen eingesetzt. Ein wesentlicher Schritt in der internationalen Aufmerksamkeit für die Thematik wurde auf der vierten internationalen UN-Frauenkonferenz in Peking, China, gesetzt, wo nicht nur die Ursachen von Gewalt reflektiert, sondern auch konkrete Maßnahmen zu deren Bekämpfung erarbeitet wurden.

Die Abschlusserklärung dieser Konferenz, die Beijing-Deklaration, erklärt den Ursprung der Gewalt wie folgt:⁷⁶¹ „Gewalt gegen Frauen ist eine Manifestation der historisch ungleichen Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen, die dazu geführt haben, dass die Frau vom Mann dominiert und diskriminiert und daran gehindert wird, sich voll zu entfalten.“ Die Definition von Gewalt lautet in der Beijing-Deklaration:

Beijing-Deklaration und Aktionsplattform;

Vierte Welt-Frauenkonferenz, Peking, China, 4. bis 15. September 1995 (United Nations, 1996; Abschnitt D.113)

Der Begriff Gewalt gegen Frauen bezeichnet jede Handlung geschlechterbezogener Gewalt, die der Frau körperlichen, sexuellen oder psychischen Schaden oder Leid zufügen kann, einschließlich der Androhung derartiger Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsberaubung in der Öffentlichkeit oder im Privatleben. Gewalt gegen Frauen umfasst folgende Formen:

- Körperliche, sexuelle oder psychische Gewalt in der Familie; Misshandlungen von Frauen; sexueller Missbrauch von Mädchen in der Familie; Gewalt im Zusammenhang mit der Mitgift; Vergewaltigung in der Ehe; Verstümmelung der weiblichen Geschlechtsorgane und andere traditionelle, für die Frau schädigende Praktiken; Gewalt außerhalb der Ehe und Gewalt im Zusammenhang mit Ausbeutung.
- Körperliche, sexuelle und psychische Gewalt in der Gemeinschaft, so auch Vergewaltigung, Missbrauch, sexuelle Belästigung und Einschüchterung am Arbeitsplatz, an Bildungseinrichtungen, etc., Frauenhandel und Zwangsprostitution.
- Vom Staat ausgeübte oder geduldete körperliche, sexuelle oder psychische Gewalt, wo immer sie auftritt.

Quelle: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/violence.htm>

7.1 Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Siehe auch: *Psychische und Verhaltensstörungen (Kapitel 4.6).*

Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen gehen weit über die unmittelbaren körperlichen Folgen hinaus. Das Ausmaß der Betroffen-

heit hängt stark von den individuellen Umständen, dem Schweregrad und der Dauer der Gewalterfahrung ab.

⁷⁶¹ Beijing-Deklaration und Aktionsplattform, Vierte UN-Frauenkonferenz, Peking, China, 4. bis 15. September 1995; UN, 1996; Abschnitt D.118.

Tabelle 7.1: Gesundheitliche Folgen von Gewalt

körperliche Folgen	Verletzungen, funktionelle Beeinträchtigungen, dauerhafte Behinderungen
psychosomatische Folgen	chronische Schmerzsyndrome, Reizdarmsyndrom, Magen-Darm-Störungen
psychische Folgen	posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Schlafstörungen, Panik-attacken, Essstörungen, Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl
reproduktive Gesundheit	ungewollte Schwangerschaften, Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburten, niedriges Geburtsgewicht, STDs/sexuell übertragbare Erkrankungen, Eileiter- und Eierstockentzündungen
gesundheitsgefährdende Strategien	Rauchen, Alkohol- und Drogengebrauch, risikoreiches Sexualverhalten
tödliche Folgen	Mord, Selbstmord

Quelle: Projekt S.I.G.N.A.L., Berlin; HELLBERND et al. (2003).

Zur Häufigkeit und den Folgen von Gewalt liegen nur wenige repräsentative Befragungen vor. Eine Studie aus dem Jahr 2004 im Auftrag des Büros für Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Zürich und der Maternité Zürich unter dem Titel „**Häusliche Gewalt – wahrnehmen – intervenieren**“,⁷⁶² zeigt die starke Betroffenheit von Frauen durch häusliche Gewalt, sowohl was deren Häufigkeit als auch die gesundheitlichen Folgen betrifft. Die Studie basiert auf einer schriftlichen Befragung von 1.772 Patientinnen der Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie Zürich. Jede zehnte Patientin berichtet, im Lauf der zwölf Monate vor der Befragung körperliche Gewalt erlitten zu haben (8 Prozent seitens des Partners, 4 Prozent durch ehemalige Partner und 2 Prozent durch Verwandte). Zwei Prozent der Patientinnen berichten über aktuelle sexuelle Gewalt. Über die gesamte Lebenszeit ab dem 15. Lebensjahr haben drei von vier Frauen als Erwachsene mindestens ein Mal psychische Gewalt und kontrollierendes Verhalten durch eine nahe stehende Person erlebt (77 Prozent), vier von zehn Frauen waren schon einmal physischer Gewalt und Drohungen ausgesetzt (44 Prozent) und jede achte Frau hat sexuelle Gewalt erlitten (13 Prozent). 28 Prozent der Frauen haben das Ausmaß der Gewalt als stark bezeichnet. Mehr als die Hälfte der befragten Frauen (921 von 1.772 Frauen) haben psychische und/oder sexuelle Gewalt in mittlerem oder stärkerem Ausmaß erlebt. Rund ein Viertel der stärker betroffenen Frauen weist ausschließlich psychische oder psychosomatische Folgen der Gewalteinwirkung auf, zwei Drittel hatten sowohl körperliche Verletzungen als auch psychische Probleme als Folge von Gewalt. Die am häufigsten berichteten körperlichen Folgen sind blaue Flecken, ausgerissene Haare, Verletzungen im Gesicht, Erbrechen, Schürfwunden,

Unterleibsschmerzen, Verstauchungen, Zerrungen (11 bis 51 Prozent), weiters offene Wunden, Ohnmacht, Verletzungen im Genitalbereich, Komplikationen in der Schwangerschaft, Knochenbrüche, innere Verletzungen und Fehlgeburten (3 bis 9 Prozent). Von den stärker betroffenen Frauen wurden folgende psychische oder psychosomatische Auswirkungen genannt: Wut- und Hassgefühle, Angstgefühle, geringes Selbstwertgefühl, Depression, Schuldgefühle, Machtlosigkeit und Lustlosigkeit (52 bis 83 Prozent) sowie Schlafstörungen, Schwierigkeiten in Beziehungen zu Männern, Konzentrationsschwierigkeiten, Probleme mit der Sexualität, Selbstmordgedanken, Essstörungen, Schwierigkeiten bei der Arbeit oder in der Ausbildung, erforderlicher Krankenstand, Schwierigkeiten mit gynäkologischen Untersuchungen, Selbstverletzungen (in abnehmender Häufigkeit zwischen 47 und 14 Prozent). Auch die allgemeine gesundheitliche Situation war bei Frauen mit Gewalterfahrung deutlich schlechter. Je stärker die erlittene Gewalt, desto häufiger sind gesundheitliche Belastungen feststellbar: Von den Frauen ohne Gewalterfahrung weist jede zwanzigste deutliche körperliche Beschwerden auf (5 Prozent), während von den am stärksten von Gewalt betroffenen Frauen jede vierte unter körperlichen Beschwerden leidet. 35 Prozent der von Gewalt betroffenen Frauen leiden unter psychosomatischen Belastungen, im Vergleich zu 10 Prozent nicht betroffener Frauen. Frauen mit Gewalterfahrungen konsumieren häufiger Alkohol, Drogen oder Medikamente. Die Suizidalität ist bei Frauen, die Gewalt erlebt haben, deutlich erhöht: 9 Prozent der Frauen ohne, aber 36 Prozent der Frauen mit Gewalterfahrungen haben schon einmal überlegt, sich das Leben zu nehmen. Suizidversuche haben 2 Prozent der Frauen ohne und 11 Pro-

⁷⁶² GLOOR, MEIER (2004).

zent der Frauen mit Gewalterlebnissen unternommen. Nur etwa jede zweite der stark von Gewalt betroffenen

Frauen hat professionelle Hilfe im Gesundheitswesen in Anspruch genommen.

7.2 Häufigkeit von Gewalt gegen Frauen

In Wien (und in Österreich) gibt es bislang keine repräsentative Studie zum Thema Gewalt gegen Frauen und Kinder. Häufig wird eine Studie aus dem Jahr 1991 zitiert, wonach jede fünfte bis zehnte in einer Partnerschaft lebende Frau von Gewalt betroffen ist.⁷⁶³

Die Studie zur Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland aus dem Jahr 2004 stellt die erste umfangreiche repräsentative Untersuchung von Gewalt gegen Frauen in Europa dar.⁷⁶⁴ Sie wurde vom Deutschen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegeben und ist Teil eines nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt. Die Untersuchung basiert

auf 10.264 Interviews mit Frauen im Alter von 16 bis 45 Jahren. Jede dritte befragte Frau (37 Prozent) gab an, körperliche Gewalt und Übergriffe ab dem 16. Lebensjahr erlebt zu haben. 13 Prozent, das heißt beinahe jede siebente Frau, berichtete über Formen von sexueller Gewalt. Vierzig Prozent der befragten Frauen haben körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides erfahren. Über Erlebnisse unterschiedlicher Formen von sexueller Belästigung berichten 58 Prozent der Befragten. 42 Prozent der befragten Frauen gaben an, psychischer Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein. Rund ein Viertel der Gewalttaten wurde in Beziehungen mit aktuellen oder früheren Partnern erlebt.

Tabelle 7.2: Prävalenz unterschiedlicher Gewaltformen in Deutschland 2004

Gewaltformen (Mehrfachnennungen möglich)	Prozent (N=10.264)
<i>Körperliche Gewalt:</i> leichte Ohrfeigen, wütendes Wegschubsen, Werfen oder Schlagen mit Gegenständen, Verprügeln, Würgen, Waffengewalt, ...	37
<i>Sexuelle Gewalt:</i> strafrechtlich relevante Formen wie Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sexuelle Nötigung unter Anwendung von körperlichem Zwang oder Drohungen	13
Körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides	40
<i>Sexuelle Belästigung:</i> sexuelles Bedrängen durch Bemerkungen, Berührungen, Gesten auf der Straße oder an öffentlichen Orten, am Arbeitsplatz, in Ausbildung oder Studium, im Freundes-, Bekannten- oder Familienkreis	58
<i>Psychische Gewalt:</i> Gefühle der Verletzung oder Belastung durch wiederholte Abwertung des Aussehens, der Art sich zu kleiden, der persönlichen Denk-, Handlungs- und Arbeitsweise; regelmäßige Demütigungen, Beschimpfungen, Anschreien, Erniedrigungen, Lächerlichmachen, Einschüchterung, Psychoterror	42
<i>Körperliche oder sexuelle Gewalt</i> durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner/innen	25

Quelle: BMFSFJ (2004).

7.3 Maßnahmen gegen Gewalt in der Familie

7.3.1 Curriculum Gewalt gegen Frauen und Kinder – Opferschutz an Wiener Krankenanstalten

Zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und Kinder wurde im Rahmen des Wiener Programms für Frauen-

gesundheit ein Schulungsangebot für Spitalspersonal zur **Sensibilisierung und Früherkennung der Auswirkungen von Gewalt** entwickelt. Die Umsetzung dieses Vorhabens erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund, dem 24-Stunden Frauennotruf der MA 57, dem Amt für Jugend und Fa-

⁷⁶³ BENARD et al. (1991).

⁷⁶⁴ BMFSFJ (2004).

milie (MAG ELF), der Polizeidirektion Wien und dem Institut für Gerichtsmedizin. Die **Umsetzung des Curriculums** verlief in mehreren Schritten: Im Jahr 2000 fand eine **MitarbeiterInnenbefragung** zur Ist-Stand-Erhebung in den Modellspitälern (Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Kaiser-Franz-Josef-Spital) statt, 2001 wurden in diesen Spitälern zwanzig **Fortbildungseinheiten** zu je 1,5 Stunden angeboten. Nach einer Überarbeitung des Fortbildungskonzepts, vor allem was die Standards der Spurensicherung betrifft, wurden in den Jahren 2004 und 2005 weitere Fortbildungen in der Krankenanstalt Rudolfstiftung, im Krankenhaus Wien-Hietzing und am Allgemeinen Krankenhaus abgehalten. Bei der in Vorbereitung der Erstellung des Curriculums 2001 durchgeführten **MitarbeiterInnenbefragung** wurden ÄrztInnen und Pflegefachkräfte der Abteilungen Gynäkologie, Urologie, der Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung, Dermatologie, Augenheilkunde, Pädiatrie, Psychiatrie, Interne, Chirurgie und der Notfallambulanz über ihre Erfahrungen im Umgang mit Gewaltopfern befragt. Die Ergebnisse zeigten nicht nur ein Informationsdefizit, sondern auch den Wunsch nach adäquater Aus- und Fortbildung. Auf Basis dieser Ist-Analyse wurde das interdisziplinäre **Curriculum „Gewalt gegen Frauen und Kinder“** entwickelt. Der Inhalt umfasst Module zu Formen und Auswirkungen sexueller und körperlicher Gewalt gegen Frauen und Kinder, zu Spurensicherung und DNA-Analyse sowie rechtliche Informationen. Die **Gewaltschutzgruppe** des Wilhelminenspital war als Good-Practice-Beispiel in das Curriculum integriert, MitarbeiterInnen berichteten über die Arbeit der Gewaltschutzgruppe und trugen damit zu einem Know-how-Transfer in andere Spitäler bei. Auch die in Folge des Curriculums entstandene Opferschutzgruppe im Sozialmedizinischen Zentrum Ost wurde zu einem fixen Bestandteil des Curriculums. Das Fortbildungsprogramm ist für ÄrztInnen und Pflegepersonal, aber auch für andere im Spital tätige Berufsgruppen wie Hebammen, SozialarbeiterInnen und PsychologInnen konzipiert. Ziel ist es, die **MitarbeiterInnen vor Ort**, im Spital, zum Thema Gewaltprävention und -intervention zu informieren und zu sensibilisieren sowie Behandlungsstandards in den Spitälern zu etablieren. Ein **Informationsfolder** und eine **Check-Karte** im Brusttaschenformat enthalten jeweils eine Liste der wichtigsten Maßnahmen sowie

Notfallnummern. Diese Informationsmaterialien dienen den SpitalsmitarbeiterInnen als Leitfaden für die ersten Handlungsschritte bei der Untersuchung von Gewaltopfern. An die BesucherInnen der Ambulanzen wurden **Poster** sowie **Postkarten** mit den wichtigsten Anlaufstellen bei Gewalt gegen Frauen und Kinder verteilt. Um das Thema „sichtbar“ zu machen, thematisieren in den Modellspitälern während der Projektwochen **lebensgroße Figuren** im Eingangsbereich der Ambulanzen Gewalt gegen Frauen und Kinder als ein Thema des Gesundheitssystems. In weiterer Folge entwickelten der Wiener Krankenanstaltenverbund, der 24-Stunden Frauennotruf, die Polizei und die Gerichtsmedizin ein **Spurensicherungs-Set**, das eine einheitliche Beweissicherung garantiert und in den Gemeindespitälern als Behandlungsstandard zur Untersuchung von Opfern sexueller Gewalt etabliert wurde. Zu diesem Zweck fanden eigene Einschulungen in den Spitälern statt. Insgesamt haben **800 TeilnehmerInnen** das Curriculum „Gewalt gegen Frauen und Kinder“ absolviert. In allen Spitälern nahmen mehr weibliche als männliche MitarbeiterInnen an der Fortbildung teil. Darüber hinaus waren Angehörige der Pflege als größte Berufsgruppe am zahlreichsten vertreten. Die Erfahrungen mit der Umsetzung der Fortbildungs- und Sensibilisierungsaktivitäten sind in einem **Handbuch** unter dem Titel **„Curriculum Gewalt gegen Frauen und Kinder – Opferschutz an Wiener Krankenanstalten“**⁷⁶⁵ dokumentiert.

7.3.2 Maßnahmen der Frauenabteilung der Stadt Wien (MA 57)

Die Frauenabteilung der Stadt Wien⁷⁶⁶ hat besonders im vergangenen Jahrzehnt zu den Themen sexuelle, körperliche und psychische Gewalt gegen Frauen und Kinder zahlreiche Forschungsprojekte, Publikationen, Tagungen, und Modellprojekte initiiert⁷⁶⁷ und subventioniert mehrere Beratungsstellen, welche die betroffenen Frauen unterstützen. Die Konzepte und Maßnahmen der Frauenabteilung zielen auf die Enttabuisierung der Thematik und wollen Gewalt als gesamtgesellschaftliches Problem aufzeigen, um dadurch letztendlich Änderungen der strukturellen Rahmenbedingungen zu erreichen.

⁷⁶⁵ <http://www.diesie.at>

⁷⁶⁶ <http://www.wien.gv.at/ma57/gegen-gewalt.htm>

⁷⁶⁷ Z. B. STADT WIEN – Frauenabteilung (1999a,b; 2000; 2003; 2004).

24-Stunden Frauennotruf 17179

Der 1996 eingerichtete Frauennotruf ist eine niederschwellige, anonyme und kostenlose Anlaufstelle für Frauen und Mädchen, die von sexueller, körperlicher oder psychischer Gewalt betroffen sind. Rasche Soforthilfe und Krisenintervention sowie Beratung und Betreuung bei akuten Gewalterfahrungen sind zentrale Angebote des Frauennotrufs, die auch von betroffenen Angehörigen, FreundInnen oder Bekannten in Anspruch genommen werden können. Das Angebot umfasst telefonische und persönliche Beratung; Krisenintervention; psychologische, soziale und rechtliche Beratung und Betreuung; Beratung von Angehörigen, Freunden, Freundinnen, Bekannten; Vermittlung zu Institutionen im Sozial- und Gesundheitsbereich; E-Mail und Chatberatung; Begleitung und Unterstützung bei Anzeigen; Gerichtsverhandlungen, medizinischen Untersuchungen; Fortbildungsveranstaltungen für Institutionen. Jeden Montag findet von 17 bis 20 Uhr auf der Homepage www.frauennotruf.wien.at der Frauennotruf-Chat statt, unter der E-Mail-Adresse frauennotruf@ma57.magwien.gv.at ist eine Frauennotruf-Mailbox eingerichtet. Im Frauennotruf arbeiten vier klinische und Gesundheitspsychologinnen, drei diplomierte Sozialarbeiterinnen, zwei Juristinnen, eine Medizinerin und Psychotherapeutin und eine Kanzleikraft. Zwischen den Jahren 1996 und 2004 gab es über 40.000 telefonische oder persönliche Beratungskontakte. Die Zahl der Beratungen stieg von 2.114 Kontakten im Jahr 1996 auf 6.442 im Jahr 2004.

Psychoterror/Stalking

In Österreich wurde die Problematik des Stalking erstmals 2003 von der Frauenabteilung der Stadt Wien (MA 57) durch eine internationale Fachveranstaltung öffentlich thematisiert.⁷⁶⁸ Psychoterror/Stalking bedeutet, „dass gegen den Willen und trotz ausdrücklichem Wunsch einer Person, in Ruhe gelassen zu werden, der/die TäterIn die Kontaktaufnahme nicht unterlässt, sondern vielmehr wiederholt und mit verschiedenen Mitteln sucht und erzwingt.“⁷⁶⁹ Umfassende Studien zum Phänomen Psychoterror liegen in Wien oder Österreich nicht vor. Eine Befragung von 1.000 Frauen durch das IFES-Institut im Auftrag der Stadt Wien⁷⁷⁰

im Jahr 2003 ergab, dass ein Viertel der befragten Frauen schon über einen längeren Zeitraum mit unerwünschten Telefonanrufen belästigt worden war, 7 Prozent waren bereits mit Drohungen oder Einschüchterungen sowie mit der Beschädigung von persönlichem Eigentum konfrontiert und 6 Prozent wurde vor der Wohnung bzw. dem Arbeitsplatz aufgelauert. Einem Drittel der Frauen war die belästigende/drohende Person bekannt (bei 37 Prozent war es der Ex-Partner, bei 23 Prozent ein flüchtiger Bekannter, bei 18 Prozent der Nachbar und bei 7 Prozent ein Arbeitskollege). Bei etwas weniger als der Hälfte der betroffenen Frauen hatten diese Belästigungen/Bedrohungen psychische Beschwerden, Einschränkung der Bewegungsfreiheit sowie Probleme in der Familie oder am Arbeitsplatz zur Folge. Ein Drittel der Frauen hat nichts gegen die Belästigungen unternommen, ein Viertel hat die Vorfälle bei der Polizei gemeldet, ein weiteres Viertel hat Aussprache mit dem Täter gesucht. Jeweils fünf Prozent der betroffenen Frauen haben ihre Telefonnummer geändert oder weiteren Kontakt mit der belästigenden/bedrohenden Person vermieden.

Aus der angloamerikanischen Forschungsliteratur geht hervor vor, dass das Verfolgen, Abpassen und Warten vor dem Haus oder der Arbeitsstelle die häufigsten Formen von Psychoterror sind (80 Prozent der Fälle), gefolgt von Telefonterror (bei 70 Prozent), Zerstörung von Eigentum (bei 20 Prozent), schriftlichen oder telefonischen Drohungen bzw. tatsächlichen körperlichen Übergriffen (bei 50 Prozent). Stalking-Opfer sind überwiegend Frauen (80 Prozent), Täter sind zu 90 Prozent Männer. 60 Prozent der Opfer hatten eine enge Beziehung mit dem Täter. Besonders häufig ist Psychoterror nach einer Trennung bei vorangegangener familiärer Gewalt: 80 Prozent der weiblichen Psychoterror-Opfer, die von ihrem Ex-Partner verfolgt wurden, hatten auch in ihrer Beziehung körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt. Die Belästigungen können oft bis zu fünf Jahren andauern.

Anti-Stalking Gesetz

Erstmals wurden in Kalifornien 1990 gesetzliche Regelungen gegen Psychoterror/Stalking eingeführt, derzeit haben alle amerikanischen Bundesstaaten eine ent-

⁷⁶⁸ <http://www.wien.gv.at/ma57/notruf/pdf/konferenzband-psychoterror.pdf>

⁷⁶⁹ STADT WIEN – Frauenabteilung (2004).

⁷⁷⁰ <http://www.ceiberweiber.at/wahl1/psychoterrortagung.htm>

sprechende Gesetzgebung. Auch in Kanada, Australien, Japan und – im europäischen Raum – in England, den Niederlanden, Schweden, Belgien und Deutschland gibt es Anti-Stalking-Regelungen. In Österreich wurde im Februar 2006 ein **Anti-Stalking-Gesetz** vom Ministerrat beschlossen. Laut dem neu ins Strafgesetzbuch aufgenommenen Paragraf 107a wird künftig die „beharrliche Verfolgung“ eines Menschen durch Briefe, Telefonanrufe, SMS, E-Mails oder Auflauern, kurz „Stalking“, mit bis zu einem Jahr Haft bestraft. Beharrlich verfolgt eine Person, wer in einer Weise, die geeignet ist, sie in ihrer Lebensführung unzumutbar zu beeinträchtigen, eine längere Zeit hindurch fortgesetzt (1.) ihre räumliche Nähe aufsucht, (2.) im Wege einer Telekommunikation, unter Verwendung eines sonstigen Kommunikationsmittels oder über Dritte Kontakt zu ihr herstellt, (3.) unter Verwendung ihrer personenbezogenen Daten Bestellungen von Waren oder Dienstleistungen für sie tätigt oder (4.) unter Verwendung ihrer personenbezogenen Daten Dritte veranlasst, mit ihr Kontakt aufzunehmen. Kritisiert wurde, dass ein Täter, der Kontakt über Kommunikationsmittel oder Dritte herstellt, nur auf Antrag des Opfers zu verfolgen ist. Die Polizei brauche effektive Mittel, um unmittelbar gegen Stalker vorgehen zu können, wie sie nur durch die Konstruktion als Offizialdelikt – wie bei den drei anderen Handlungsalternativen – gewährleistet ist. Ein weiterer Kritikpunkt war, dass das vorliegende Gesetz den Opfern zu wenig Schutz biete, weil es kein sofortiges Einschreiten der Polizei im Falle von Stalking ermögliche. Das Opfer muss den Täter erst anzeigen, dann bei Gericht eine einstweilige Verfügung erwirken und erst dann kann die Polizei zum Schutz des Opfers einschreiten. Dieser langwierige Prozess sei für die meist unter starkem psychischem Druck stehenden Opfer eine zusätzliche Belastung. Eine Forderung der Wiener Frauenstadträtin war daher, dass die Polizei nach dem Vorbild des Gewaltschutzgesetzes mehr Kompetenzen habe, da sie nur dann rasch und effizient den Opfern helfen könne, wenn sie ermächtigt ist, gegenüber dem Täter ohne gerichtlichen Beschluss ein sofortiges Kontaktverbot zu verhängen.

7.3.3 Frauenhäuser in Wien

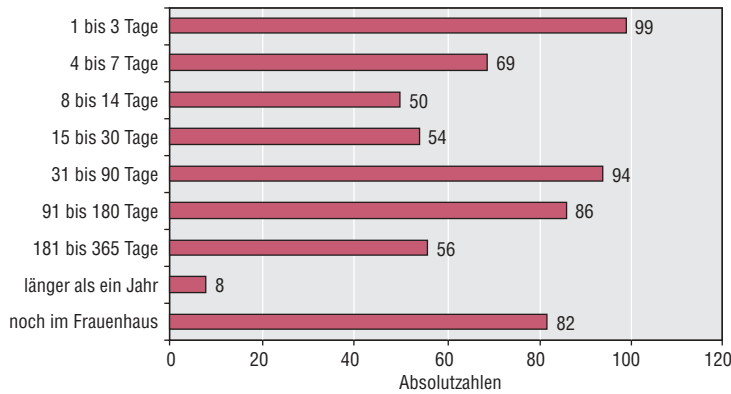
Der **Verein Wiener Frauenhäuser**⁷⁷¹ wurde im Jahre 1978 gegründet. Inzwischen gibt es **vier Frauenhäuser**, die misshandelten und/oder bedrohten Frauen und ihren Kindern Schutz und Hilfe bieten. Insgesamt stehen etwa **160 Plätze** für Frauen und Kinder zur Verfügung. 66 Fixangestellte (im Ausmaß von 10 bis 11 Vollzeitdienstposten pro Frauenhaus) und zahlreiche freie Mitarbeiterinnen betreuen die Frauen. Für Frauen, die nicht in einem Frauenhaus wohnen wollen, aber dennoch Hilfe und Beratung brauchen, steht eine **ambulante Beratungsstelle** zur Verfügung. Die Beratungen sind anonym und kostenlos. Weiters führt der Verein ein **Nachbetreuungswohnhaus** und mehrere **Prekariatswohnungen**. Die Finanzierung der Wiener Frauenhäuser erfolgt aus Mitteln der Abteilung für Frauenförderung und Koordinierung von Frauenangelegenheiten der Gemeinde Wien (Magistratsabteilung 57). Die Beratungsstelle erhält als Familienberatungsstelle eine Subvention vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

Laut Jahresbericht 2004 des Vereins Wiener Frauenhäuser⁷⁷² konnten von den 598 Frauen, die 2004 eines der vier Wiener Frauenhäuser in Anspruch genommen haben, 168 Frauen (28 Prozent) dieses innerhalb von einer Woche wieder verlassen. Insgesamt blieben drei Viertel der Frauen (452 Frauen) kürzer als ein halbes Jahr im Frauenhaus. Rund ein Viertel der Frauen kehrte wieder zum Mann zurück, die übrigen Frauen fanden bei Verwandten oder Bekannten Aufnahme, wurden von anderen Institutionen betreut oder fanden eine eigene Wohnung. 20 Prozent der Frauen kamen 2004 schon zum zweiten Mal ins Frauenhaus, 10 Prozent zum dritten Mal. 89 Prozent der Frauen sind zwischen 20 und 50 Jahre alt, 7 Prozent jünger, 4 Prozent älter. Die größte Altersgruppe sind die 21- bis 30-jährigen Frauen (42 Prozent). 2004 wurden von den Frauenhausbewohnerinnen während ihres Frauenhausaufenthaltes 220 Delikte angezeigt (117 wegen Körperverletzung, 74 wegen gefährlicher Drohung, 19 wegen Nötigung und 10 wegen sexueller Gewalt).

⁷⁷¹ <http://www.frauenhaeuser-wien.at/de.htm>

⁷⁷² VEREIN WIENER FRAUENHÄUSER (2004).

Grafik 7.1: Frauen in den Wiener Frauenhäusern 2004 nach Aufenthaltsdauer

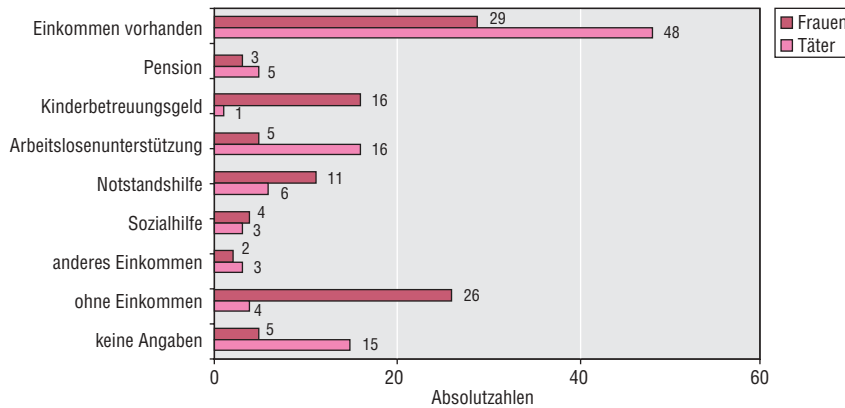


Quelle: VEREIN WIENER FRAUENHÄUSER (2004), S. 19.

Rund ein Viertel der 598 Frauen, die 2004 eines der Wiener Frauenhäuser in Anspruch genommen haben, waren gänzlich ohne Einkommen. Nur 29 Prozent der Frauen verfügten über ein Einkommen aus Erwerbsarbeit, 16 Prozent erhielten Kinderbetreuungsgeld und

weitere 16 Prozent Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe. Unter den Tätern war der Anteil jener, die Arbeitslosenunterstützung oder Notstandshilfe erhielten, überdurchschnittlich hoch (22 Prozent).

Grafik 7.2: Einkommen von Frauen (und Tätern) in den Wiener Frauenhäusern 2004

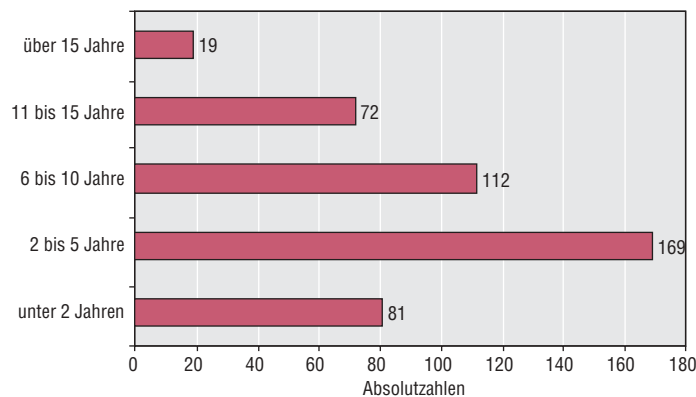


Quelle: VEREIN WIENER FRAUENHÄUSER (2004), S. 18 f.

Von den 453 Kindern, die im Jahr 2004 eines der Wiener Frauenhäuser bewohnten, waren 55 Prozent unter 5 Jahren, 19 Prozent älter als 15 Jahre. Mädchen und

Buben hielten sich in etwa die Waage (51 Prozent Mädchen, 49 Prozent Buben).

Grafik 7.3: Zahl der Kinder in den Wiener Frauenhäusern 2004 nach Alter



Quelle: VEREIN WIENER FRAUENHÄUSER (2004), S. 17.

Beratungsstelle des Vereins der Wiener Frauenhäuser

Die seit dem Jahr 1992 bestehende Beratungsstelle des Vereins Wiener Frauenhäuser ist aus dem Bedürfnis nach ambulanter Beratung in diesem Bereich entstanden. Zielgruppe sind Frauen, die unter Gewalt in der Beziehung leiden und zwar keinen Platz im Frauenhaus, aber dennoch Beratung brauchen. Da die Frauenhäuser an geheimen Adressen lokalisiert sind, wurde

ein neuer Ort für diese Form von Beratungen notwendig, an den die betroffenen Frauen eventuell bereits vor einer Trennung zu einem Gespräch kommen können, um Hilfe bei einer Entscheidungsfindung zu bekommen. Eine weitere Aufgabe der Beratungsstelle ist die Nachbetreuung von Frauen, die im Frauenhaus gewohnt haben. Im Jahr 2004 fanden in der Beratungsstelle insgesamt 6.147 Beratungskontakte statt. Rund 600 Frauen wurden persönlich vor Ort in der Beratungsstelle betreut.

Tabelle 7.3: Kontakte und Klientinnen der Beratungsstelle der Wiener Frauenhäuser 2004

Zahl der Kontakte 2004		6.147
telefonische Kontakte	Kurzinformation bis zu 5 Minuten	2.679
	Beratungen bis zu 2 Stunden	1.791
persönliche Kontakte	Kurzinformation bis zu 30 Minuten	186
	Beratungen bis zu 2 Stunden	1.228
Begleitungen zu Ämtern	(Gericht, Polizei, Jugendamt, ...)	104
juristische Beratungen	(zwei Anwältinnen auf Honorarbasis)	127
medizinische Beratungen	(eine Ärztin der Familienberatungsstelle)	32
Zahl der Klientinnen 2004		602
Häufigkeit der Beratungen	ein Mal	64%
	zwei bis fünf Mal	28%
	sechs Mal und öfter (max. 27 Gespräche)	8%
Herkunftsländer	(50 verschiedene Länder, 4 Kontinente)	
	Österreichische Staatsbürgerschaft	65%
davon Bundesländer	(Niederösterreich, Oberösterreich)	4%

Quelle: VEREIN WIENER FRAUENHÄUSER (2004), S. 25.

7.3.4 Gewaltprävention durch Gesetze zum Schutz vor Gewalt in Familien

Mit dem am 1. Mai 1997 in Kraft getretenem Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie (Gewaltenschutzgesetz) wurden die rechtlichen Voraussetzungen für einen raschen und effizienten Schutz der Opfer vor Gewalt in der häuslichen Sphäre im Sicherheitspolizeigesetz und in der Exekutionsordnung erheblich verbessert und diese mit Wirksamkeit 1. Jänner 2000 bzw. 1. Jänner 2004 noch weiter ausgebaut. Mit 1. Jänner 2006 treten neue Opferrechte in Kraft.

Das Gesetz berechtigt die Polizei, einen (potenziellen) Gewalttäter aus der Wohnung wegzuweisen und ein Betretungsverbot zu verhängen, wenn anzunehmen ist, dass ein gefährlicher Angriff auf Leben, Gesundheit oder Freiheit bevorsteht (z. B. weil es in der Vergangenheit schon zu Misshandlungen gekommen ist). Ziel dieser Maßnahmen ist der sofortige und wirksame Schutz des Opfers in der Akutsituation. Das Betretungsverbot gilt zehn Tage, diese Frist soll dem Opfer Zeit geben, die nächsten Schritte (mit umfassender Unterstützung durch die Interventionsstelle) ohne Druck zu planen. Wird innerhalb dieser 10-Tages-Frist ein Antrag auf Erlassung einer *einstweiligen Verfügung* beim zuständigen Bezirksgericht gestellt, kann das polizeiliche Betretungsverbot auf maximal zwanzig Tage ausgedehnt werden. In diesem Zeitraum soll das Gericht über den Antrag entschieden haben, sodass der durch das Betretungsverbot gegebene Schutz nahtlos verlängert wird. Das Gericht kann den Gefährder nicht nur aus der Wohnung ausweisen, sondern ihm auch das Zusammentreffen mit dem Opfer an bestimmten Orten, wie dem Arbeitsplatz, der Schule oder dem Kindergarten, untersagen. Die Einstweilige Verfügung bietet Schutz für maximal drei Monate, wird aber innerhalb dieser Frist ein Hauptverfahren, z. B. ein Scheidungsverfahren, eingeleitet, kann die Einstweilige Verfügung bis zum Abschluss dieses Verfahrens wirken.

Neue Opferschutz-Regelungen ab 2006

Die ab 1. Jänner 2006 geltenden Opferschutz-Bestimmungen wurden im Rahmen der für 2008 geplanten großen Strafprozessreform vorgezogen. Die neuen Regelungen entsprechen dem EU-Rahmenbeschluss aus dem Jahr 2001, gemäß dem die Mitgliedstaaten dafür

zu sorgen haben, „dass in ihren Rechtssystemen Opfern tatsächlich und angemessen Rechnung getragen wird“. Entsprechend der neuen rechtlichen Bestimmungen haben Opfer von Gewalt, gefährlichen Drohungen und Sexualdelikten zukünftig Anspruch auf:

- kostenlose psychosoziale und juristische Prozessbegleitung;
- schonende Behandlung (Opfer, die in ihrer sexuellen Integrität verletzt worden sein könnten, sind durch Personen des gleichen Geschlechts zu vernehmen und haben das Recht, nur ein Mal während des Verfahrens und auf schonende Weise – unter Vermeidung einer Konfrontation mit dem Täter – vernommen zu werden.);
- Verständigung über den Fortgang des Verfahrens (insbesondere über Einstellung oder Einleitung divisioneller Maßnahmen, d. h. Erledigung mit Geldbuße, gemeinnütziger Leistung, Probezeit oder außergerichtlichem Tatausgleich – sowie die Freilassung des Beschuldigten);
- Mitwirkung im Strafprozess (Anwesenheit bei Beweisaufnahmen im Ermittlungsverfahren und in der Hauptverhandlung; das Recht, Zeugen, Sachverständige und Beschuldigte zu befragen);
- Kontrolle des Strafprozesses (Akteneinsicht; das Recht, ohne weiteres Kostenrisiko bei Gericht die Fortführung eines durch die Staatsanwaltschaft eingestellten Verfahrens zu verlangen).

Dieser erweiterte Opferschutz soll von den Interventionsstellen gegen Gewalt in der Familie übernommen werden, die schon langjährige Erfahrungen mit psychosozialer und juristischer Prozessbegleitung haben. Das Bundesministerium für Justiz finanziert diesen Aufgabenbereich der Interventionsstellen als Gewaltschutzzentren.

7.3.5 Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie

Als Begleitmaßnahme zur Umsetzung des Gewaltschutzgesetzes wurden 1998 in allen Bundesländern Österreichs Interventionsstellen gegen Gewalt in der Familie⁷⁷³ eingerichtet. Diese Opferschutzeinrichtungen fungieren als Drehscheibe zwischen allen involvierten Institutionen (z. B. Sicherheitsbehörden, Gerichte, Jugendwohlfahrtsbehörden, Frauenhäuser). Ihre zentrale Aufgabe ist der Schutz der Opfer und die Erhö-

⁷⁷³ <http://www.interventionsstelle-wien.at>

hung ihrer Sicherheit. Die Interventionsstellen verfolgen einen pro-aktiven Ansatz: Die Polizei ist gesetzlich ermächtigt, an die Interventionsstellen Informationen über Wegweisungen/Betretungsverbote weiter zu leiten. Diese nehmen darauf hin aktiv Kontakt mit den Opfern auf und bieten sowohl rechtliche als auch psychosoziale Hilfe und Unterstützung an. Das Angebot der Interventionsstellen reicht vom Erstellen eines individuellen Sicherheitsplanes, Krisenintervention, kostenloser Rechtsberatung und Unterstützung beim Erstellen von Anträgen und Klagen, Begleitung zu Gericht, sozialarbeiterischer Hilfestellung bis zu einer allfällig gewünschten Vermittlung einer Therapie oder rechtsanwaltlichen Vertretung im Bedarfsfall. Ab Juni 2004 wurde aus finanziellen Gründen die Betreuung der Bezirke 16, 17, 18, 19, 21, 22 und 23 eingeschränkt, seit dem Jahr 2005 wird der 16. und 17. Bezirk wieder betreut.

Wegweisungsstatistik

Seit Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes im Jahr 1997 ist die Zahl der Wegweisungen und Betretungsverbote in Österreich kontinuierlich von rund 2.700 im Jahr 1998 auf 4.800 im Jahr 2004 gestiegen. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass die neuen gesetzlichen Möglichkeiten zunehmend in Anspruch genommen werden. In rund einem Drittel der Fälle beantragten die Betroffenen nach der Wegweisung eine einstweilige Schutzverfügung.⁷⁷⁴ Rund zwölf Prozent der Gewalttäter halten sich nicht an die Wegweisung, was eine Verwaltungsstrafe zur Folge hat. Die Anzahl der Verwaltungsstrafen wegen Übertretung unterscheidet sich deutlich zwischen den Bundesländern: In Niederösterreich war bei 27 Prozent, in Wien bei 22 Prozent, in Salzburg und Vorarlberg hingegen bei weniger als zehn Prozent aller Wegweisungen eine Verwaltungsstrafe erforderlich, wobei zu bemerken ist, dass im Jahr 2003 insgesamt sechzig Prozent aller Verwaltungsstrafen in Wien verhängt worden sind.

Tabelle 7.4: Wegweisungsstatistik Österreich gesamt 1997 bis 2004

Jahr	Wegweisungen/ Betretungsverbot nach §38a SPG	davon Verwaltungsstrafen wegen Übertretung		davon Aufhebungen innerhalb von 10 Tagen		weitere Einsätze bei Gewalt in der der Familie
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
1997	1.449	138	10	106	7	–
1998	2.673	252	9	123	5	–
1999	3.076	301	10	–	–	–
2000	3.354	430	13	–	–	7.638
2001	3.283	508	15	105	3	7.517
2002	3.944	475	12	109	3	7.391
2003	4.174	633	15	124	3	6.552
2004	4.764	641	13	–	–	–
gesamt	26.721	3.378	13	–	–	–

Quelle: Zahlen des Bundesministeriums für Inneres 1.5.1997–31.12.2004; Zusammenstellung: WIENER INTERVENTIONSSTELLE GEGEN GEWALT IN DER FAMILIE (2005).

Von den 4.764 Wegweisungen und Betretungsverboten in Österreich im Jahr 2004 wurden 1.924 (40 Prozent) in Wien verfügt. Die Zahl der Wegweisungen ist in Wien von 2003 auf 2004 um 15 Prozent gestiegen. Zwischen den Wiener Gemeindebezirken sind große Unterschie-

de in der Zahl der Wegweisungen zu erkennen: Am häufigsten wurden 2004 im 11., 12. und 13. Bezirk, am wenigsten häufig im 18., 19. und 23. Bezirk Wegweisungen ausgesprochen.

⁷⁷⁴ LOGAR (2003).

Tabelle 7.5: Wegweisungsstatistik Wien 2003 und 2004 nach Gemeindebezirken

Polizeikommissariate	Wegweisungen, Betretungsverbote		Strafanzeigen 2004	Wegweisungen, Betretungsverbote pro 10.000 EinwohnerInnen 2004
	2003	2004		
Innere Stadt/1. Bezirk	18	17	–	8,9
Brigittenau/2. und 20. Bezirk	179	273	31	16,1
Landstraße/3. Bezirk	65	95	3	11,2
Margareten/4., 5., 6. Bezirk	120	137	9	12,1
Josefstadt/7., 8., 9. Bezirk	104	127	14	13,6
Favoriten/10. Bezirk	178	209	12	13,3
Simmering/11. Bezirk	142	130	3	16,7
Meidling/12., 13. Bezirk	156	197	9	14,7
Fünfhaus/14., 15. Bezirk	141	135	9	8,8
Ottakring/16., 17. Bezirk	151	150	8	10,6
Döbling/18., 19. Bezirk	95	92	7	8,0
Floridsdorf/21. Bezirk	157	158	3	12,1
Donaustadt/22. Bezirk	116	129	11	9,3
Liesing/23. Bezirk	52	70	2	8,1
Kriminalkommissariate (Mitte, Nord, Ost, Süd, West), Gendarmerie	–	5	–	–
gesamt	1.674	1.924	126	11,9

Quelle: WIENER INTERVENTIONSSTELLE GEGEN GEWALT IN DER FAMILIE (2005), S. 3.

7.3.6 Selbstverteidigungskurse des Vereins „defendo“

Die Arbeit des seit dem Jahr 2001 bestehenden Vereins „defendo“ fördert langfristig die Gegenwehr von Frauen und Mädchen, die von sexueller Gewalt betroffen sind. Dies soll durch Stärkung des Selbstbewusstseins und durch ein sicheres Auftreten von Mädchen im öffentlichen Raum erreicht werden. Ziel ist es, Mädchen und Frauen beim Selbst-Schutz vor Gewalt und Missbrauch zu unterstützen. Die von zwölf Selbstverteidigungs-Trainerinnen angebotenen Kurse richten sich an die Zielgruppe Frauen und Mädchen von 9 bis 99 Jahren, darunter Schülerinnen, Lehrerinnen, psychosoziales Personal, Arbeitnehmerinnen, Mütter und Töchter, Behinderte, Multiplikatorinnen und werden zum Beispiel in Mädchenhäuser, Jugendzentren und Frauenhäusern durchgeführt. Der Verein „defendo“ bietet vor allem Präventionsunterricht für Mädchen in Volks-

und Hauptschulen in Form von Selbstverteidigungskursen an. Jährlich werden ca. 40 Mädchenkurse an Volksschulen (ca. 600 Mädchen) und ca. 40 Mädchenkurse an Hauptschulen (ca. 480 Mädchen) sowie ca. 10 Frauenkurse (ca. 80 Frauen) abgehalten. Der Fokus der Kurse liegt auf der Verbesserung der Wahrnehmung der inneren und äußeren Körpergrenzen sowie der Entwicklung und des Schutzes der eigenen Bedürfnisse. Das Erkennen und Ansprechen von (psychischen und physischen) Grenzverletzungen und Übergriffen soll erlernt werden. Erfahrungen, Methoden und Erkenntnisse der Frauen-Gesundheitsbewegung, der Frauenhäuser und des Wen-Do (feministische und frauenparteiliche Selbstbehauptung und Selbstverteidigung für Frauen und Mädchen) fließen in die Arbeit ein. Die Kurse werden in Gruppen angeboten, bei denen Körpertechniken, Spür-Übungen, Rollenspiele, aber auch verbales Selbstverteidigungstraining und allgemeine Informationsvermittlung zur Anwendung kommen.

**VIII.
FRAUENSPEZIFISCHE
GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN IN WIEN,
ASPEKTE DER QUALITÄTS-
SICHERUNG**

***WOMEN-SPECIFIC
HEALTH CARE INSTITUTIONS IN VIENNA, QUALITY
ASSURANCE ASPECTS***

INHALT

8 FRAUENSPEZIFISCHE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN IN WIEN, ASPEKTE DER QUALITÄTSSICHERUNG	423
8.1 FRAUENGESUNDHEITSENTREN	425
8.1.1 Frauengesundheitszentrum FEM	426
8.1.2 Frauengesundheitszentrum FEM Süd	426
8.2 FRAUENBERATUNG	427
8.2.1 Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen	427
8.2.2 Familienberatungsstellen, Familienplanung	429
8.2.3 Psychologische und psychotherapeutische Versorgung	431
8.3 BEISPIELE FRAUENSPEZIFISCHER MEDIZINISCHER VERSORGUNG	432
8.3.1 Gynäkologie, Geburtshilfe, Stillen	432
8.3.2 Station für alkoholranke Frauen	433
8.3.3 Psychosomatische Frauenambulanz am AKH Wien	434
8.3.4 Psychiatrische Beratungsstelle für Frauen	434
8.3.5 Frauen und Drogenabhängigkeit	435
8.3.6 Interdisziplinäre Betreuung für Frauen mit Brustkrebs	436
8.4 SELBSTHILFEGRUPPEN	436
8.5 QUALITÄTSSICHERUNG IN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG VON FRAUEN	438
8.5.1 Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen – Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)	438
8.5.2 Qualitätssicherung in der Behandlung von Frauen mit Brustkrebs	438
8.5.3 Programm zur Verbesserung der Behandlung von Diabetes-PatientInnen	441
8.5.4 Modellprojekt PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung (PIK) und PIK-Transfer	442

8 FRAUENSPEZIFISCHE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN IN WIEN, ASPEKTE DER QUALITÄTSSICHERUNG

Zusammenfassung

Im vergangenen Jahrzehnt ist besonders in Wien, aber auch in anderen europäischen Ländern und international das Bewusstsein für **frauengerechte und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung** gewachsen, die sich vor allem durch das Vermeiden von **Über-, Unter- und Fehlversorgung** durch bedarfsgerechte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Behandlungskonzepte unter Einbeziehung schonender Behandlungsalternativen charakterisieren lässt. Betont wird dabei die Notwendigkeit eines Angebots an umfassender **Gesundheitsinformation und -aufklärung** als Entscheidungsgrundlage unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Frauen, um den Zielsetzungen „mündige Patientinnen“ und „shared decision-making“ gerecht zu werden. Die **Handlungsfelder** einer frauengerechten Gesundheitsversorgung gehen über den traditionellen Bereich der gynäkologisch-geburtshilflichen Versorgung hinaus und beziehen alle Sektoren des Gesundheitssystems mit ein, die Frauen betreffen. An konkreten **Beispielen** bereits **umgesetzter frauenspezifischer Versorgung** sind die Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd und die Frauenberatungsstellen zu nennen, Beispiele frauengerechter medizinischer Versorgung in Wien finden sich beispielsweise in den Bereichen Gynäkologie, Alkoholentzug, Psychosomatik und Psychiatrie. Zudem spielen **Selbsthilfegruppen** eine nicht unerhebliche Rolle für die Gesundheitsversorgung von Frauen, da deren Mitglieder zum überwiegenden Teil Frauen sind. Von besonderer Aktualität sind Fragen der **Qualitätssicherung im Gesundheitssystem**, wobei ein **Einbeziehen der Gender-Perspektive** nicht vergessen werden darf. Für Frauen wichtige Bereiche der Qualitätssicherung sind z. B. Brustkrebszentren, Disease Management-Programme für Diabetes und die Frage des Schnittstellen-Managements zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Summary: Women-specific health care

Over the last decade the awareness for **women-oriented and gender-sensitive health care** has grown especially in Vienna but also in other European countries and worldwide. This can be characterised in particular as avoiding **too much, too little or wrong medical treatment** through need oriented, evidence based and quality assured treatment concepts that also take into account medical alternatives. Extensive **health information and education** is necessary as a basis for decision-making, taking into account the personal resources and coping strategies of women, in order to achieve the goals of “empowered patients” and “shared decision-making”. The **areas of activity** of women-specific health care are not limited to the traditional field of gynaecology/obstetrics but rather include all sectors of the public health system that concern women. Concrete **examples of already implemented women-specific healthcare measures** are the women’s health centres FEM and FEM Süd and women’s counselling centres, and women-specific medical care in Vienna can be found for example in the areas of gynaecology, alcohol withdrawal, treatment of psychosomatic disorders, and psychiatry. **Self-help groups** also play a significant role in women’s health care, since their members are mainly women. Particularly topical issues are **quality assurance in the public health care system**, in which the **gender-perspective** should also be incorporated. Areas of quality assurance relevant to women are e.g. breast cancer centres, disease management programmes for diabetes, and interface management between in-patient and out-patient treatment.

Frauengerechte Gesundheitsversorgung – Begriffsbestimmung

Im vergangenen Jahrzehnt ist besonders in Wien, ebenso wie in anderen europäischen Ländern und international, das Bewusstsein für **frauengerechte und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung** gewachsen. Viel dazu beigetragen haben die Aktivitäten der WHO (Department of Gender, Women and Health, GWH).

Frauengerechte Gesundheitsversorgung zeichnet sich vor allem durch folgende allgemeine Grundprinzipien aus:⁷⁷⁵

- Die Berücksichtigung der jeweiligen **Lebenswelt von Frauen**, indem psychische und soziale Ursachen (Stress, familiäre oder berufliche Belastungen) und psychosoziale Folgen von Erkrankungen (Trauer, Verlust, Nachsorge) in die medizinische Versorgung integriert werden.
- Das Vermeiden von **Über-, Unter- und Fehlversorgung** durch bedarfsgerechte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Behandlungskonzepte unter Einbeziehung schonender Behandlungsalternativen.
- Ein Angebot an ausführlicher und umfassender **Gesundheitsinformation und -aufklärung** als Entscheidungsgrundlage (mündige Patientin, shared decision-making) unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Frauen.
- Die Reduktion von **Ungleichheiten und Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung**, z. B. von Frauen mit unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit, sozialer Lebenssituation und in ländlichen Regionen.
- Die Nutzung und Förderung **vorhandener frauenspezifischer Infrastrukturen** (Frauengesundheitszentren, Frauenberatung, Frauengesundheitsforschung) und Erweiterung z. B. durch Gesundheitskonferenzen oder Koordinationsstellen für Frauengesundheit.
- Das Einbeziehen der Diskussion über eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in die **allgemeine Diskussion des Gesundheitswesens** (Finanzierung, NutzerInnenorientierung, Qualitätssicherung).
- Das Formulieren und Verfolgen von **Gesundheitszielen**, die frauenspezifische und Gender-Aspekte berücksichtigen.
- Die Förderung von **Vernetzung** (Schnittstellenproblematik, Versorgungsketten, multiprofessionelle und interdisziplinäre Vernetzung, Praxiskooperationen, Psychosomatik).
- Die Qualifizierung und Sensibilisierung der in den **Gesundheitsberufen** Tätigen (Aus-, Fort- und Weiterbildung durch Vermitteln von Gender- und Diversitäts-Kompetenz).

⁷⁷⁵ JAHN, KOLIP (2003), S. 7 ff.

Tabelle 8.1: Handlungsfelder einer frauenspezifischen Gesundheitsversorgung

Frauenspezifische Gesundheitsbereiche und -sektoren
<ul style="list-style-type: none"> • Kardiologie, Onkologie (Brustkrebs bzw. gynäkologische Onkologie) • Gynäkologie und Geburtshilfe (perinatale Versorgung, Schwangerschaftsabbruch) • Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, psychosoziale Beratung und Betreuung (frauengerechte Psychiatrie, Traumastationen, postpartale Depressionen, ...) • Pflege, Geriatrie • Selbsthilfe • Alternativ-, Komplementärmedizin
Frauenspezifische Gesundheitsprobleme, von denen ausschließlich, überwiegend bzw. zunehmend Frauen betroffen sind
<ul style="list-style-type: none"> • Herz-Kreislauf-Erkrankungen • Brustkrebs • Gynäkologisch-onkologische Probleme • Lungenkrebs • Psychische Erkrankungen (Depression; Angst; problematischer Alkohol-, Medikamenten-, Drogenkonsum; Essstörungen, ...) • Folgeerkrankungen von Gewalt und sexuellem Missbrauch • Chronische Erkrankungen (Osteoporose, COPD), unheilbare Erkrankungen (Krebs, HIV/AIDS)
Versorgung zur Erhaltung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit
<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaft und Geburt (Geburtshilfe, postpartale Depressionen, Schwangerschaftsabbruch, unerfüllter Kinderwunsch, ...) • Verhütung unerwünschter Schwangerschaften, sexuell übertragbarer Erkrankungen • Gynäkologische Komplikationen (Krebs, Endometriose, Menstruations-, Menopause-Beschwerden)
Zielgruppen: Frauen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen oder Lebensphasen
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen, die von Armut bedroht sind, z. B. Alleinerzieherinnen, alte und allein stehende Frauen, arbeitslose Frauen • Frauen mit sprachlichen oder kulturellen Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem, z. B. Frauen mit Migrationshintergrund und Asylantinnen • Frauen, die von Gewalt betroffen sind • Lesbische Frauen, die im Gesundheitssystem diskriminiert werden • Frauen mit besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen, z. B. Frauen mit Behinderung, Frauen als psychiatrische Patientinnen • Frauen in besonderen sozialen Lagen, z. B. Frauen, die als (Geheim-)Prostituierte arbeiten, Frauen ohne festen Wohnsitz • Mädchen und junge Frauen, z. B. in der Pubertät (Menarche, erste Sexualität, Verhütung), Mädchen mit ungewollter Schwangerschaft (Teenager-Schwangerschaft), Mädchen mit Essproblemen und Essstörungen, Mädchen mit risikoreichem Gesundheitsverhalten (Alkohol, Nikotin, ungünstiges Bewegungs- und Ernährungsverhalten) • Frauen in der mittleren Lebensphase und Frauen im Alter, die Unterstützung beim Wechsel in eine neue Lebensphase und zum gesunden Altern brauchen

8.1 Frauengesundheitszentren

Die Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd bilden, zusammen mit dem 2002 gegründeten Männergesundheitszentrum MEN, den gemeinnützigen Verein Institut für Frauen- und Männergesundheit. Die Finanzierung erfolgt über Fördermittel der Stadt Wien (Krankenanstaltenverbund), des Bundes (BMGF), Kursbeiträge und Projektfinanzierungen (z. B. Fonds Gesundes Österreich, Fonds Soziales Wien). Das Frauengesundheitszentrum FEM in der Semmelweis-Frauenklinik wurde 1992 als erstes österreichisches Frauengesundheitszentrum gegründet, das FEM Süd im Kaiser-Franz-Josefs-Spital folgte im Jahr 1997. Ein Charakteristikum der Wiener Frauengesundheitszentren ist es, Frauengesundheitsförderung im Setting Krankenhaus anzubieten. Neben der individuellen Beratung sind Öffentlichkeitsarbeit, Erarbeitung von Informati-

onsmaterialien und die Veranstaltung von Gesundheitsaktionen zu aktuellen Themen der Frauengesundheit Schwerpunkt der Arbeit der Frauengesundheitszentren.

Die beiden Wiener Frauengesundheitszentren sind Teil des im Jahr 1996 entstandenen „Netzwerks Österreichischer Frauengesundheitszentren“. Im Jahr 2000 gab es in Österreich neun Frauengesundheitszentren, derzeit sind es sechs, zwei in Wien und jeweils eines in der Steiermark (Graz), in Kärnten (Villach), in Oberösterreich (Linz) und in der Stadt Salzburg. Die Frauengesundheitszentren f.a.m. in Dornbirn, das Frauengesundheitszentrum Leibnitz und das Frauengesundheitszentrum Tirol wurden jeweils im Jahr 2000 geschlossen.

8.1.1 Frauengesundheitszentrum FEM

Siehe auch: Frauen in besonderen sozialen Lagen – Wohnungslose Frauen (Kapitel 6.4).

Das Frauengesundheitszentrum FEM, das 1992 als WHO Modellprojekt gegründet wurde, ist Österreichs erstes Frauengesundheitszentrum. Es wurde in einer Wiener Frauenklinik – nunmehr eine reine Geburtenklinik, dem Department Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik – implementiert. Für das spezielle Konzept der Frauengesundheitsförderung im Setting Krankenhaus erhielt das FEM 1998 den *Award for Excellence in a Women's/Children's Health Project* der WHO. Arbeitsschwerpunkte des FEM sind Aspekte der **reproduktiven Gesundheit** (Familienplanung, Schwangerschaft, Wochenbett, Kinderwunsch, Pränataldiagnostik, etc.) und **Wechseljahre**. Weitere wichtige Aktivitäten werden im **Selbsthilfebereich** und in regionalen und überregionalen **Vernetzungsprojekten** gesetzt. Das FEM beherbergt derzeit sechs Selbsthilfegruppen aus unterschiedlichen Gesundheitsbereichen. Im Jahr 2000 initiierte das FEM das Gesundheitsnetz Währing, eine Bezirksplattform zum Thema Gesundheit, in der sich derzeit 27 Einrichtungen bezirkswest regelmäßig treffen, Projekte entwickeln und Veranstaltungen organisieren. Zentraler Arbeitsschwerpunkt des FEMs ist der Bereich **Essstörungen**. Ein Drittel aller Kontaktaufnahmen mit dem FEM betrifft Essstörungen. Es wurde daher ein umfassendes, multiprofessionelles und ganzheitliches Präventions- und Therapiekonzept für Frauen und Mädchen mit Essstörungen entwickelt, das von Schulworkshops und niederschwelliger Information und Beratung über längerfristige Gruppen- und Einzeltherapie sowie Fort- und Weiterbildung für ProfessionistInnen bis hin zu Selbsthilfe für Betroffene und deren Angehörige reicht.

Wege aus der Essstörung ist ein Präventions- und Therapiekonzept des Frauengesundheitszentrums FEM,⁷⁷⁶ das seit 1992 besteht und laufend weiterentwickelt wird. Das Angebot richtet sich an Frauen und Mädchen mit Essstörungen, aber auch an MultiplikatorInnen und ExpertInnen aus dem Gesundheitsbereich sowie an Angehörige. Über 3.000 Frauen und Mädchen nehmen jährlich an Beratung, Therapie, Workshops und Gruppen teil. Hauptpfeiler des Konzepts sind die Präventionsarbeit, die Therapiemotivation, die psy-

chotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien sowie die Hilfe zur Selbsthilfe nach abgeschlossener Therapie. Die Angebote des FEM zur **Prävention von Essstörungen** richten sich in Form von Workshops an Schulklassen und Lehrpersonal sowie an im psychosozialen Bereich Tätige. Der Prozess der **Therapiemotivation** ist von großer Bedeutung. Die diesbezüglichen Beratungs- und Kursangebote versuchen, die Lücke in der Versorgung zwischen Diagnose und psychotherapeutischer Behandlung zu schließen. Der Schwerpunkt liegt in der Informationsvermittlung, dem Transparentmachen eines therapeutischen Prozesses, der Abklärung von Befürchtungen und Erwartungen und der Entwicklung eines Krankheitsverständnisses. Es werden unterschiedliche Behandlungsmethoden vorgestellt und Raum für Reflexion und Diskussion gegeben. Wichtig bei diesen Angeboten ist die Niederschwelligkeit, die Einbeziehung der Angehörigen und die Mitarbeit von ehemals Betroffenen. Die **psychotherapeutischen Angebote des FEM** stellen ein umfassendes Betreuungspaket dar, das medizinische Abklärung und Begleitung, klinisch-psychologische Diagnostik und Psychotherapie innerhalb einer Institution vorsieht. Es wird kein starres Therapieprogramm verfolgt, sondern es werden unterschiedliche Therapiebausteine angeboten. Die Essstörung wird auf der gesellschaftlichen, persönlichen und familiären Ebene bearbeitet. Um keine neuen Abhängigkeiten zu schaffen, werden Autonomie und Selbstverantwortung der Frauen für ihren persönlichen therapeutischen Prozess gefördert. Die therapeutischen Angebote umfassen Psychotherapiegruppen für Frauen, Mädchentherapiegruppen, Einzeltherapien für Betroffene und Eltern, Familientherapien und die therapeutische Elterngruppe. Nach Beendigung der Therapie wird der weitere Kontakt zur Institution angeboten. Klientinnen können sich im Rahmen von **Selbsthilfegruppen** in den Räumlichkeiten des FEM treffen. Aus dem Bedürfnis der Mädchen und Frauen, ihr Wissen und ihre Erfahrungen an aktuell Betroffene weiterzugeben, entstand der Arbeitskreis Ideenwerkstatt, der sich um eine Optimierung der Konzepte zu Prävention und Therapiemotivation bemüht.

8.1.2 Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Im Mai 1999 wurde das Frauengesundheitszentrum FEM Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital, einem Schwerpunkt Krankenhaus, in Wien eröffnet. Als Anlaufstelle

⁷⁷⁶ <http://www.fem.at>

der Frauengesundheitsförderung steht das FEM Süd Frauen und Mädchen in allen Lebenslagen offen. Aufgabe des Frauengesundheitszentrums ist es im Speziellen, **Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung für sozial benachteiligte Frauen**, wie Alleinerzieherinnen, Frauen mit geringer Schulbildung und/oder geringem Einkommen sowie Migrantinnen abzubauen und deren gesundheitlichen Anliegen und Bedürfnissen gerecht zu werden. Im Zentrum stehen dabei die Stärkung von Selbstbestimmung und Empowerment nicht nur im Hinblick auf gesundheitliche Belange, sondern in Bezug auf verschiedenste Lebensbereiche. Da im kommunalen Umfeld des Gesundheitszentrums eine große Zahl von Frauen mit Migrationshintergrund lebt, gibt es Beratungs- und Informationsangebote auch in den Sprachen Bosnisch, Kroatisch, Serbisch und Türkisch. In einem multikulturellen und multiprofessionellen Team stehen Psychologinnen, Psychotherapeutinnen, Pharmazeutinnen, Ärztinnen, Gynäkologinnen, Hebammen und Sozialarbeiterinnen zur Verfügung. Die Arbeitsweise ist charakterisiert durch Flexibilität, unbürokratisches Vorgehen, Kurzfristigkeit, wobei die Türen offen stehen, um mögliche Hemmschwellen abzubauen. Durch diese Konzeption gelingt es, Frauen zu erreichen, für die bestehende Institutionen der Gesundheitsversorgung und -förderung nicht adäquat sind. Bei kontinuierlich steigenden Klientinnen- bzw. Besucherinnen-

zahlen (im Jahr 2005 konnte das FEM Süd 26.008 Kontakte verzeichnen) beträgt der Anteil jener Frauen, die aus einem anderen Land zugewandert sind, bereits vierzig Prozent. Zwei Drittel der Frauen haben lediglich Pflichtschulabschluss und etwas weniger als ein Drittel ist berufstätig. Bisherige Erfahrungen, vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung von sozial schwachen Frauen und Mädchen sowie Migrantinnen haben gezeigt, dass es dringend nötig wäre, das Angebot der Wiener Frauengesundheitszentren im medizinischen und sozialarbeiterischen Bereich zu erweitern. Neben den bewährten Beratungen, Informationsangeboten, Kursen und Gruppen könnten zukünftig auch Vorsorge- bzw. Gesundenuntersuchungen sowie Sozialberatung im Sinne von praktischen Hilfestellungen angeboten werden. Eine weitere wichtige Zukunftsperspektive ist die Intensivierung der aufsuchenden Arbeit, z. B. nach dem Vorbild der Parkprojekte oder dem Gesundheitsbus. Eine Ausweitung von Kooperationen mit wohnortnahen Einrichtungen (Schulen, PensionistInnenheime, Turnvereine, ...) vergrößert die Reichweite des FEM Süd. In Wien besteht zudem wachsender Bedarf an Gesundheitsvermittlung in unterschiedlichen Fremdsprachen, wie z. B. Russisch, Polnisch, Arabisch, etc. Das vorhandene Konzept der Frauengesundheitszentren könnte entsprechend den Bedürfnissen von Frauen aus diesen Kulturen maßgeschneidert umgesetzt werden.

8.2 Frauenberatung

8.2.1 Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen

Im Jahr 1981 wurde in Wien die erste österreichische Frauenberatungsstelle nach dem Vorbild des Münchner Frauentherapiezentrum gegründet. Im Anschluss daran wurden zahlreiche Beratungsstellen gegründet. Im Jahr 1995 kam es zur Etablierung des Netzwerks österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen, dem derzeit österreichweit 33 Beratungsstellen angehören, 11 davon befinden sich in Wien. Die Frauen- und Mädchenberatungsstellen bieten eine breite Palette frauenspezifischer Unterstützungsangebote und stellen eine niederschwellige und unbürokratische Anlaufstelle für Frauen und Mädchen in unterschiedlichsten Lebenslagen dar (Gesundheit, Berufsorientierung,

Wiedereinstieg, Partnerbeziehung, Scheidung, Gewalt, Suchterkrankungen, Schwangerschaft, Obdachlosigkeit, Erziehungsfragen, ...). Derzeit arbeiten in den Frauen- und Mädchenberatungsstellen multiprofessionelle Teams aus Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen, Pädagoginnen, Psychotherapeutinnen, Erwachsenenbildnerinnen, Supervisorinnen, Mediatorinnen, Juristinnen, Ärztinnen, Sozialwissenschaftlerinnen und Fachfrauen für Projektmanagement, Fundraising, Verwaltung und Öffentlichkeitsarbeit.

Arbeitsprinzipien der Frauen- und Mädchenberatungsstellen⁷⁷⁷ sind ein ganzheitlicher Ansatz durch Einbeziehen der gesamten Lebenssituation der Frau; die Vielfalt der Angebote; die gemeinsame Betroffenheit und Vertrauensbasis von Beraterin und Klientin;

⁷⁷⁷ NÖFMBS (1999).

Parteilichkeit als Resultat von Erfahrung und Wissen über die vielfältigen Benachteiligungen von Frauen in der Gesellschaft und deren Auswirkungen auf die weibliche Psyche; frauenfreundliche Grundhaltung und die

Sichtweise, dass Frauen Expertinnen ihrer persönlichen Lebenssituation sind; Niederschwelligkeit der Angebote (Beratungsangebote sind kostenlos, freiwillig, unbürokratisch und auf Wunsch anonym).

Tabelle 8.2: Wiener Beratungsstellen im Rahmen des Netzwerks Österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen

Bezirk	Frauenberatungsstelle
2.	Orient Express
5.	Kinderdrehscheibe KIDS
5.	Lefö – Beratung, Bildung und Begleitung für Migrantinnen
5.	Autonome österreichische Frauenhäuser
6.	Frauen beraten Frauen
9.	Peregrina – Beratungsstelle für ausländische Frauen
12.	Frauenberatungsstelle des ABZ Wien
15.	Sprungbrett
16.	Miteinander Lernen – Birlikte Ögrenelim
21.	Frauenberatungsstelle des ABZ Wien
20.	Tamar – Beratungsstelle für sexuell missbrauchte Mädchen/Frauen

Quelle: NÖFMBS (1999).

Seit Jänner 2005 gibt es **Drei-Jahres-Förderzusagen** der Stadt Wien für **17 Wiener Frauenvereine**, die eine bessere Planung der Aktivitäten ermöglichen. Das Subventionsvolumen dieser 17 Verträge beträgt jährlich rund eine Million Euro. Zusätzlich gibt es eine Reihe von Vereinen mit Ein-Jahresverträgen sowie Einzelprojektförderungen. Die Förderungen sind an eine jährliche Berichtslegung durch die Vereine sowie an Qualitätssicherungsgespräche zwischen der Frauenabteilung der Stadt Wien und dem jeweiligen Verein gebunden. Eine Besonderheit der Wiener Drei-Jahresregelung ist die Zusicherung einer jährlichen Steigerung der Subventionssumme um zwei Prozent. Die 17 Vereine konzentrieren sich in ihrer Arbeit schwerpunktmäßig auf die Bereiche Gewaltprävention, Integration, Informations- und Bildungsarbeit, allgemeine Frauenberatung sowie Mädchenarbeit.

Gefördert werden folgende Einrichtungen:

- Verein Ninlil – gegen sexuelle Gewalt an Frauen mit Lernschwierigkeiten oder Mehrfachbehinderung;
- Selbst-laut – Verein zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch;
- Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser (AÖF) – Informationsstelle gegen Gewalt (WAVE);

- Verein Notruf und Beratung für vergewaltigte Frauen und Mädchen;
- Verein gegen sexuelle Ausbeutung von Mädchen – Mädchenberatung;
- Verein Fibel – Fraueninitiative Bikulturelle Ehen und Lebensgemeinschaften;
- Frauentreff Pyramidops – Verein für Jugend- und Gemeinwesenarbeit im Nordbahnviertel;
- Vereinigung für Frauenintegration Amerlinghaus;
- Verein Lefö – Beratung, Bildung und Begleitung für Migrantinnen;
- Verein Miteinander Lernen – Beratung, Bildung und Psychotherapie für Frauen, Kinder und Familien;
- Verein Peregrina – Beratungs-, Bildungs- und Therapiezentrum für Immigrantinnen;
- CheckArt – Verein für feministische Medien und Politik;
- Verein Stichwort – Frauenforschung und weiblicher Lebenszusammenhang;
- Verein Frauenhetz – feministische Bildung, Politik und Kultur;
- EfEU – Verein zur Erarbeitung feministischer Erziehungs- und Unterrichtsmodelle;
- Verein Frauen beraten Frauen;
- Verein Sprungbrett – Mädchenberatung, Mädchenbildung, Mädchenforschung.

8.2.2 Familienberatungsstellen, Familienplanung

Die Förderung der Familienberatungsstellen⁷⁷⁸ wurde 1974 als Begleitmaßnahme zur Fristenregelung etabliert. Die Beratungsstellen haben sich seither zu generellen Anlaufstellen in Familien- und Partnerschaftsfragen weiterentwickelt. In Österreich gibt es ein Netzwerk von rund 370 Familien- und Partnerberatungsstellen unterschiedlicher Trägerorganisationen, die aus dem Budget des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz entsprechend dem Familienberatungs-Förderungsgesetz finanziert werden. In Wien werden von mehr als 40 Trägern bzw. Vereinen rund 80 Beratungsstellen angeboten. Das Gesamtbudget der österreichischen Familienberatungsstellen von 38 Millionen Euro pro Jahr setzt sich aus Beiträgen der Bundesministerien für Frauen und Gesundheit, Bildung, Justiz, Inneres, Wirtschaft sowie des AMS, der Länder, Gemeinden, des Sozialhilfverbandes und sonstiger Subventionen und Eigenmitteln zusammen. Siebzig Prozent der KlientInnen

der Familienberatungsstellen sind weiblich, 28 Prozent sind zwischen dreißig und vierzig Jahre alt, jeweils rund ein Fünftel liegen unter bzw. oder über dieser Altersgruppe. Zwei Drittel der KlientInnen haben Kinder, ein Drittel ist ledig, 43 Prozent sind verheiratet. Hauptthemen der Familienberatung sind naturgemäß Partnerschaft, Kinder und Familie, diese Themen nehmen rund die Hälfte aller Beratungen ein. Ein häufiges Thema der Beratungen ist Gewalt in der Familie (7 Prozent aller Beratungen). Die Anzahl der Beratungen pro Jahr hat sich von 1988 (200.000) auf 2003 (444.300) mehr als verdoppelt, wobei rund ein Drittel der Beratung in Wien stattfindet. Ein Beratungsgespräch dauert durchschnittlich 45 Minuten. In den Familienberatungsstellen stehen multiprofessionelle Teams zur Verfügung, die sich aus ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Ehe- und FamilienberaterInnen, JuristInnen, PsychologInnen, PädagogInnen u. a. zusammensetzen. Die Beratung ist kostenlos und anonym. Derzeit kommt im Durchschnitt auf 22.500 ÖsterreicherInnen eine Familienberatungsstelle.

⁷⁷⁸ <http://www.bmsgv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0089>

Tabelle 8.3: Familienberatungsstellen in Wien 2006

Name des Trägers/Vereins	Stellen	Bezirk(e)
mehrere Familienberatungsstellen pro Träger		
Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF)	8	3, 9, 10, 14, 16, 18, 22
Kategoriale Seelsorge der Erzdiözese Wien	8	1, 3, 10, 13, 16, 21, 23
Magistrat der Stadt Wien (MAG ELF)	6	3, 10, 12, 19, 20
Verein Familie und Beratung (VFB)	6	2, 9, 15, 16, 21
Österreichische Kinderfreunde	4	8, 10, 21, 22
Verein zur Förderung von Jugend und Familie	3	2, 18
Verein zur Förderung integrierter Gesundheits-, Sozialprojekte, Praxisgemeinschaft	2	10, 12
Verein Frauen beraten Frauen	2	1, 6
Verein Eltern für Kinder Österreich (EFKÖ)	2	16, 19
Verein Sozial Global	2	11, 14
Österreichisches Kolpingwerk – Lebensberatung	2	4, 18
Zentrum für integrative Psychosomatik und Psychotherapie (ZIPP)	2	2, 3
eine Familienberatungsstelle pro Träger (nach Bezirken geordnet)		
Institut für Ehe und Familie; Die Möwe – Kinderschutzzentrumgemeinnützige GmbH, Verein Dialog; Verein Wiener Frauenhäuser – Soziale Hilfen für von Gewalt betroffenen Frauen; Aktion Leben – Gemeinschaft zum umfassenden Schutz menschlichen Lebens; Familienberatungsstelle der österreichischen Autistenhilfe	6	1
Institut für klinische Sexualpsychologie und Verhaltenstherapie	1	3
Verein Rat und Hilfe; Caritas der Erzdiözese Wien; Evangelische Superintendentur A.B. Wien; Verein LEFÖ – Lateinamerikanische emigrierte Frauen in Österreich	4	5
Verein Frauen gegen sexuelle Ausbeutung von Mädchen; Verein Courage; Verein Lebensplanung und Krisenbewältigung	3	6
Wiener Familienbund; Nanaya – Beratungsstelle für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern; Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (HPE); Verein Unabhängiges Kinderschutzzentrum Wien	4	7
Verein Kriseninterventionsstelle; Caritas Socialis; Verein Freier Hebammen; Feministisches Frauengesundheitszentrum	4	9
Männerberatung und Informationsstelle für Männer; Institut für Familien-, Gruppen-, Partner- und Einzelberatung sowie -hilfe	2	10
Verein zur Beratung für Einzelne, Partner, Familien und Jugendliche	1	12
Volkshochschule Hietzing	1	13
Integration Österreich; Verein Sprungbrett	2	15
Verein Miteinander Lernen – Birlikte Ögrenelim	1	16
Verein Tamar für misshandelte und sexuell missbrauchte Frauen und Mädchen	1	20
EXUF – Verein für Existenz- und Familienberatung	1	21
Verein für systemische Familienberatung und Prävention	1	22
gesamt	79	

Quelle: http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/7/4/3/CH0089/CMS1059635537130/familienberatungsstellen_wien1.pdf (Stand 2. März 2006).

Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF)

Die seit 1966 bestehende Österreichische Gesellschaft für Familienplanung⁷⁷⁹ bietet umfassende Angebote im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit an. Die Gesellschaft ist in Form eines überparteilichen Vereins organisiert, die Mitglieder stammen aus dem psychosozialen und medizinischen Bereich. Die ÖGF

engagiert sich zudem auf nationaler wie internationaler Ebene zu allen Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und bietet Informationen dazu an. Der interdisziplinär zusammengesetzte Beirat garantiert Zugang zu den neuesten Erkenntnissen im Bereich Familienplanung. Die ÖGF versucht ein breiteres öffentliches Bewusstsein bei ParlamentarierInnen, BeamtenInnen und NGO-VertreterInnen für die Anhebung des Entwicklungshilfe-Budgets und der Einbettung des As-

⁷⁷⁹ <http://www.oegf.at>

pekts der Familienplanung, der reproduktiven und sexuellen Gesundheit und den entsprechenden Rechten in ganzheitliche Programme der Gesundheitsvorsorge und Frauenbildung zu schaffen. Der Verein ÖGF ist Trägerin von **Familien- und Jugendberatungsstellen**, die nach dem Familienberatungsförderungsgesetz des BMSG gefördert werden. Die Beratungen sind für die KlientInnen anonym und kostenlos. Zielgruppen sind Frauen und Männer im reproduktiven Alter, Jugendliche, Frauen mit Behinderung und türkische Frauen. Die **Beratungsstellen** im Gesundheitszentrum Wien Mitte, im AKH Wien (u. a. für Frauen mit Behinderung), im Kaiser-Franz-Josef-Spital, im Hanusch-Krankenhaus, in der Semmelweis-Frauenklinik Wien, im Krankenhaus Korneuburg (NÖ) bieten Beratung zu Verhütung, Sterilisation, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Kinderwunsch, Beziehungskonflikten, sexuell übertragbaren Krankheiten, Menopause und medizinischen Problemen an. **Jugendberatung** zu den Themen Aufklärung, Verhütung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Kennenlernen, Probleme mit den Eltern und FreundInnen, sexuelle Orientierung und medizinische Probleme wird in den Beratungsstellen First Love im Donauespital SMZ-Ost und in der Rudolfstiftung durchgeführt. Weiters gibt es für Jugendliche die **Herzklopfen Telefonberatung**, weiters **E-Mail-Beratung**, **Besuch von Schulklassen** in einzelnen Beratungsstellen sowie Besuche der Schule durch ein ÖGF-Beratungsteam im Rahmen der **Sexualerziehung**. **Fortbildungsveranstaltungen** für LehrerInnen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und andere Interessierte zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit werden von der ÖGF regelmäßig organisiert. Über die ÖGF sind auch **Unterrichtsbehelfe** zum Themenkomplex Sexualität, Gesundheit, Kontrazeption erhältlich. In regelmäßigen Abständen werden **Ausbildungskurse** zum/zur **FamilienplanerIn** veranstaltet. Ein periodisch erscheinender **Newsletter** informiert über unterschiedliche Bereiche der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Schwangerenberatung der Aktion Leben

Die Initiative „Aktion Leben“ entstand im Jahr 1954 mit dem Ziel, Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden, indem den betroffenen Frauen professionelle Beratung, Hilfe in Notlagen sowie prophylaktische Maßnahmen (Empfängnisverhütung) angeboten werden.

⁷⁸⁰ ÖBIG (2002a bis d, 2004).

Konkrete Hilfestellungen für die Zielgruppe Schwangere und Familien (aller Altersgruppen) werden bei finanziellen Notlagen (Arbeitslosigkeit, Wohnen, ...), bei Gewalt gegen Frauen und Problemen der psychischen Gesundheit (Essstörungen, Sucht, psychische Belastungen, ...) angeboten. Derzeit ist die Wiener Beratungsstelle mit drei diplomierten Sozialarbeiterinnen, einer Psychologin, einer Ärztin und einer Sekretärin besetzt, sieben fixe ehrenamtliche Mitarbeiterinnen ergänzen das Team. Jährlich werden 2.000 bis 2.500 Frauen (persönlich und telefonisch) beraten, ca. ein Drittel der Frauen wird von Männern begleitet.

Beratungsziele sind eigenverantwortliche Entscheidungsfindung, psychosoziale Unterstützung (Zeit und Raum geben), Stärkung des Selbstwertgefühls, Hilfe zur Selbsthilfe, sozialrechtliche Informationen rund um Schwangerschaft, Geburt, Abbruch, pränatale Diagnose, Leben mit dem Kind. Dadurch soll Entlastung, Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung, Klarheit über sozialrechtliche Ansprüche, Überbrückung einer temporären Notlage sowie ein verantwortlicher Umgang mit Sexualität erreicht werden. Die „Aktion Leben“ macht neben psychologischer und psychosozialer Beratung auch Bildungs-, Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit, bietet Fort- und Weiterbildung der Beraterinnen an. Für nicht Deutschsprachige gibt es einen offenen Deutschkurs. An konkreten Hilfen werden Anstellungen oder Patenschaften (finanzielle Unterstützung) vermittelt und Babyausstattungen zur Verfügung gestellt.

8.2.3 Psychologische und psychotherapeutische Versorgung

Nicht nur die KlientInnen psychologischer oder psychotherapeutischer Angebote sind überwiegend Frauen, sondern auch zwei Drittel der PsychotherapeutInnen und PsychologInnen selbst. In Österreich gab es Ende 2002 rund 5.500 PsychotherapeutInnen und rund 3.450 Klinische und GesundheitspsychologInnen.⁷⁸⁰ Der Berufsstand von PsychologInnen und PsychotherapeutInnen ist nicht voneinander abzugrenzen. Rund ein Drittel der PsychotherapeutInnen sind zugleich Klinische und GesundheitspsychologInnen bzw. sind die Hälfte aller Klinischen und GesundheitspsychologInnen zugleich auch PsychotherapeutInnen. Die am häufigsten vertretenen Therapierichtungen sind Systemi-

sche Familientherapie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und Integrative Gestalttherapie. Die Versorgungsdichte ist in Wien am größten, wo 15 PsychotherapeutInnen auf 10.000 EinwohnerInnen kommen, im Burgenland sind es vergleichsweise nur 2,2 PsychotherapeutInnen. Wien hat auch für Klinische und GesundheitspsychologInnen und PsychiaterInnen die höchste Versorgungsdichte. Im Jahr 2001 wurden von 1.216 TherapeutInnen

(ein Drittel aller tatsächlich tätigen PsychotherapeutInnen) in Österreich rund 14.600 PatientInnen in 261.000 Therapieeinheiten psychotherapeutisch auf Krankenschein behandelt. Das ÖBIG ermittelte einen Psychotherapiebedarf in Österreich bei 2,1 Prozent der Gesamtbevölkerung und schätzt, dass mit den bestehenden Regelungen der Finanzierung durch die Krankenversicherung nur rund zwölf Prozent dieses Bedarfs abgedeckt werden können.

Tabelle 8.4: Versorgungsdichte für Psychotherapie, Klinische und Gesundheitspsychologie, Psychodiagnostik 2001 nach Bundesländern

Bundesland	Psychotherapie	Klinische und Gesundheitspsychologie	Klinisch-psychologische Diagnostik	Psychotherapie auf Krankenschein
	gesamt = 5.500	gesamt = 3.450	gesamt = 65	gesamt = 1.216*
	pro 10.000 EW	pro 10.000 EW	pro 10.000 EW	Anzahl TherapeutInnen
Burgenland	2,2	2,0	0,07	40
Kärnten	4,7	3,9	0,11	51
Niederösterreich	3,1	2,1	0,13	6
Oberösterreich	4,0	2,5	0,03	60
Salzburg	10,5	7,6	0,10	6
Steiermark	4,9	3,4	0,08	63
Tirol	6,6	4,6	0,03	249
Vorarlberg	7,5	3,5	0,00	66
Wien	15,0	8,3	0,21	675
gesamt	6,8	4,3	0,08	1.216

Quelle: ÖBIG (2004); Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003; *ÖBIG 2002d; S. 23 (Stand 2001).

8.3 Beispiele frauenspezifischer medizinischer Versorgung

8.3.1 Gynäkologie, Geburtshilfe, Stillen

Family Nursing bedeutet gesamtheitliche Betreuung von Mutter und Kind im Wochenbett. An der Wiener Semmelweis-Klinik wurde 1997 ein Family-Nursing-Projekt gestartet, das bald in den Regelbetrieb übernommen wurde. Das Projekt erhielt 1999 den Gesundheitspreis der Stadt Wien. Wöchnerinnen und Neugeborene wurden davor von unterschiedlichen Pflegepersonen betreut (Wochenbett- und Kinderschwester), das heißt, die Mutter hatte im Wochenbett unterschiedliche Ansprechpersonen für die Brustpflege (Wochenbettsschwester) und für das Stillen (Säuglingsschwester). Im Rahmen des Family Nursing übernimmt eine Pflegeperson diese Aufgaben. Mutter und Kind werden nach der Geburt nicht getrennt, sondern gemeinsam von „ihrer“ Schwester auf der Wochenbettstation empfangen.

Sämtliche Mutter und Kind betreffenden Aktivitäten werden im „Rooming in“-Zimmer durchgeführt. Der Vater wird in die Babypflege mit eingebunden. Mutter und Vater werden intensiv auf die Zeit nach der Klinik vorbereitet. Eine Pflegeperson betreut acht Mütter und deren Kinder, eine Stationsleitung ist für das gesamte Pflegepersonal zuständig. Bei der Entlassung aus der Klinik erhalten die Familien eine Broschüre mit den wichtigsten Tipps (Tipps für daheim) zu Ernährung und Kinderpflege. In einer Evaluation wurden hohe Akzeptanz für die neue Form der Betreuung und gesteigertes Wohlbefinden der Patientinnen festgestellt. Family Nursing führt zur Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung der Patientinnen, zu einer Intensivierung der Kommunikation und Verbesserung der Information und schließlich zu einer Qualitätssicherung der Betreuung der Mutter und ihrer Familie.

Stillen ist als Gesundheitsförderung für Mutter und Kind zu sehen. Im Rahmen der UNICEF-Initiative des **Baby Friendly Hospital** hat sich die Semmelweis-Frauenklinik Wien, die als einziges Wiener Spital von der UNICEF zertifiziert wurde, zum Ziel gesetzt, dass das Stillen wieder mehr Beachtung findet. Durch das Stillen wird die positive Interaktion zwischen Mutter und Neugeborenem gefördert. Frauen erhalten in der Schwangerschaft und im Wochenbett umfassende Informationen zum Stillen. Für zu Hause erhalten die Mütter eine eigens erstellte Broschüre mit Informationen, was sie bei Stillproblemen tun können und Adressen von Stillberaterinnen, Stillgruppen und Familienhebammen. Neunzig Prozent der Mütter werden aus der Semmelweis-Klinik vollstillend entlassen. Beim Entlassungsgespräch wird nachgefragt, ob Frauen einheitliche und gute Beratung erfahren haben und mit einem Gefühl der Sicherheit nach Hause gehen.

Obwohl **nachgeburtliche Depressionen** sehr häufig auftreten, gab es bislang kaum adäquate Versorgungsstrukturen für die betroffenen Frauen. Eine Analyse der Bedingungen für stationäre Mutter-Kind-Aufnahmen im Jahr 2001 an 31 psychiatrischen Abteilungen in ganz Österreich⁷⁸¹ (23 Abteilungen, also drei Viertel, haben an der Befragung teilgenommen) ergab, dass elf Abteilungen zum Zeitpunkt der Befragung keine Mutter-Kind-Aufnahmen durchführten, zwölf Abteilungen gaben an, dass eine Mutter-Kind-Aufnahme prinzipiell möglich sei, diese aber kaum oder gar nicht durchgeführt werde. Als Gründe für eine nicht gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind wurden fehlender Bedarf oder eine ablehnende Haltung der Betroffenen selbst genannt – dies sei bei intakten Familienstrukturen nicht erforderlich, eine Entlastung der Mutter von der Versorgungsaufgabe sei sinnvoll. Von den Abteilungen, die vereinzelt Mutter-Kind-Aufnahmen durchgeführt hatten, wurden diese positiv bewertet, Probleme gäbe es mit der Kostenübernahme, dem Fehlen geeigneter Räumlichkeiten, dem zusätzlichen Aufwand durch die Versorgung von Mutter und Kind und mit juristischen Fragen. Eine Schätzung für Mutter-Kind-Aufnahmen für Großbritannien ermittelte einen Bedarf von einem Bett pro 2.000 Geburten. Das wären in Wien bei rund 17.000 Geburten pro Jahr 8 bis 9 Betten.

⁷⁸¹ KUMPF-TONTSCH et al. (2001).

⁷⁸² <http://www.api.or.at>

8.3.2 Station für alkoholranke Frauen

Die im Jahr 2003 eröffnete **Frauenstation des Anton-Proksch-Instituts Kalksburg**, der größten Suchtklinik Europas, bietet alkoholkranken Frauen geschlechtsspezifische Therapie. Es gibt eine Wohngruppe für junge Alkoholikerinnen und eine Mutter-Kind-Einheit für Suchtkranke. Diese neue Frauenstation wurde 30 Jahre nach der Gründung der österreichweit ersten Frauenstation für Alkoholranke eröffnet, unter anderem weil vermehrter Bedarf an gemeinsamer Aufnahmemöglichkeit von Mutter und Kind und außerdem eine spezielle Abteilung für weibliche Jugendliche erforderlich war. Die Kosten der Errichtung betragen ca. 4,5 Mio. Euro. Die Bettenkapazität beträgt insgesamt 66 Betten (20 Zweibettzimmer, 11 Einbettzimmer). Die Station verfügt über 6 Aufnahmebetten, die Mutter-Kind-Wohnabteilung hat drei Betten, die Wohnabteilung für Jugendliche sechs Betten.

Die **Mutter-Kind-Einheit für Suchtkranke** trägt der Tatsache Rechnung, dass viele der betroffenen jungen Frauen aus Suchtfamilien stammen und eine problematische Kindheitsentwicklung erlebt haben. Durch die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind wird gewährleistet, dass die Mutter-Kind-Beziehung bei einem Therapieaufenthalt aufrecht erhalten wird. Alkoholranke Frauen sind bei ihrer ersten Aufnahme im Anton Proksch Institut durchschnittlich 34 Jahre alt,⁷⁸² d. h. um durchschnittlich sieben Jahre älter als alkoholranke Männer. Sie sind häufiger geschieden, ihr Bildungsniveau ist signifikant höher als jenes der alkoholkranken Männer. Die pathologische Trinkdauer, die Zeitspanne vom Beginn des problematischen Trinkens bis zum ersten Aufenthalt im Anton Proksch Institut, beträgt bei Frauen 10 Jahre und bei Männern 15 Jahre. Einer der Gründe dafür ist, dass Frauen Alkohol häufiger einsetzen, um mit Ängsten und psychischen Traumen besser umgehen zu können. Sie entwickeln ein Trinkmuster, bei dem schneller größere Mengen Alkohol getrunken werden, und es kommt bei ihnen rascher zu problematischem Konsum und zur Alkoholkrankheit. Dieser Prozess wird durch geschlechtsspezifische physiologische Gegebenheiten, wie den langsameren Alkoholabbau und die raschere Reaktion der Organe bei Frauen beschleunigt. Ein weiterer Faktor ist, dass Alkohol trinkende Frauen immer

noch stärker stigmatisiert werden als männliche Alkoholiker.

Das Gesamtbehandlungskonzept an der Frauenstation des Anton-Proksch-Institutes Kalksburg wurde im Sinne einer **geschlechtersensiblen Psychiatrie** auf die speziellen Therapieanforderungen und Bedürfnisse suchtkranker Frauen angepasst. Dies war erforderlich, da Alkoholikerinnen spezielle Krankheitsprofile aufweisen: Etwa 25 Prozent der Patientinnen leiden unter Angststörungen, weitere 33 Prozent unter depressiven Symptomen, 25 Prozent unter einem gestörten Essverhalten. Die zeitgemäße Behandlungsstrategie für suchtkranke Frauen besteht darin, sowohl die Grundstörung als auch die Suchterkrankung zu therapieren. Beispielsweise bietet das Anton Proksch Institut Angstbewältigungstherapien, Therapien zur Stärkung der Selbstsicherheit, Therapien, die unter Einbeziehung verschiedener Techniken traumatische Erfahrungen und Kindheitserlebnisse aufarbeiten, Therapien, die als Erlebnis-aktivierende Maßnahmen zu verstehen sind sowie eigene Therapiegruppen zur Bewältigung des gestörten Essverhaltens an.

Bei den am Anton Proksch Institut behandelten AlkoholikerInnen lassen sich **charakteristische Familienmuster** erkennen: 43 Prozent der PatientInnen haben alkoholkrane Eltern, ein Fünftel der alkoholkranken Frauen haben einen alkoholkranken Partner. 22 Prozent der Kinder aus Suchtfamilien übernehmen die Suchterkrankung der Eltern, d. h. es besteht in einer Familie mit alkoholkranken Eltern ein achtfach höheres Risiko, alkoholkrank zu werden. Da es trotz dieser Erkenntnisse in Wien und Österreich kaum spezifische Angebote für Kinder mit hohem Erkrankungsrisiko für Alkoholismus gibt, hat das Anton Proksch Institut eine Angehörigengruppe für Jugendliche zwischen dem 12. und 19. Lebensjahr eingerichtet, deren Eltern alkoholabhängig sind.

Eine **Wohngruppe für junge Alkoholikerinnen** war angesichts der Tatsache erforderlich, dass drei Prozent der 16-jährigen Burschen und Mädchen einen Alkoholkonsum über der Gefährdungsgrenze von 60 bzw. 40 Gramm Alkohol pro Tag haben, wobei der Anteil der Mädchen 50 Prozent beträgt. Die Wohngruppe für junge Alkoholikerinnen ermöglicht spezifische Therapiemaßnahmen, erlebnispädagogische Elemente werden ebenso eingebaut wie ein verstärktes Sportprogramm. Die Einhaltung und Überprüfung einer Tagesstruktur wird verstärkt beachtet.

8.3.3 Psychosomatische Frauenambulanz am AKH Wien

Die **psychosomatische Frauenambulanz am Allgemeinen Krankenhaus Wien (AKH)** ist eine seit 1976 bestehende Konsiliar-Liaison-Einrichtung der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie für ambulante und stationäre Patientinnen der Universitätsklinik für Frauenheilkunde im AKH Wien. Die zwei Mitarbeiterinnen der Frauenambulanz führen psychodiagnostische Abklärungen und psychotherapeutische Interventionen bei gynäkologischen Patientinnen der Universitätsklinik für Frauenheilkunde durch. Im Jahr 2002 wurden laut Jahresbericht 140 Patientinnen betreut, davon 41 Frauen ambulant in Form von Erstgesprächen, bei 66 Frauen wurden Kontrollgespräche bzw. Kurzpsychotherapien durchgeführt, 33 Patientinnen wurden stationär betreut. Das Angebot umfasst ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Erstgespräch (in der Dauer von mindestens 45 Minuten) zur diagnostischen Abklärung, Therapieplanung und Rückmeldung an den/die ÜberweiserIn. Fokussierende Beratung ist z. B. bei unklaren psychosomatischen Beschwerden, chronischen Unterbauchschmerzen, chronischen Infektionen, Zyklusstörungen, sexuellen Problemen, Kinderwunsch, Klimakterium, Inkontinenz, psychoonkologischer Betreuung oder sexuellem Missbrauch notwendig. Psychoanalytische Fokalthherapie umfasst im Rahmen der Ambulanz maximal zehn Sitzungen zu je 45 Minuten. Auch Überweisung in Psychotherapie außerhalb der Ambulanz (Institutionen, niedergelassene PsychotherapeutInnen, niedergelassene PsychoanalytikerInnen) werden vorgenommen.

8.3.4 Psychiatrische Beratungsstelle für Frauen

Im Rahmen des Psychosozialen Dienstes Wien (PSD-Wien) wurde im Jahr 2005 im 3. Wiener Gemeindebezirk eine **psychiatrische Beratungsstelle für Frauen** eingerichtet. Die Beratungsstelle verfolgt das Ziel, frauenspezifische Aspekte bei der Entstehung und beim Verlauf psychischer Erkrankungen sowie in der Therapie und Diagnostik zu berücksichtigen, beispielsweise der Frage der Kinderbetreuung im Krankheitsfall oder frauenspezifische Gegebenheiten bei Dosierung bzw. Wirkungsweise von Medikamenten. Zudem wird dem Wunsch vieler Patientinnen nach einer Therapeutin entsprochen. Die Inanspruchnahme der psychiatri-

schen Beratungsstelle ist kostenlos und kann auf Wunsch auch anonym erfolgen. Terminvereinbarungen sind jederzeit, auch außerhalb der Öffnungszeiten, unter der Telefonnummer 31 330 möglich. Während der Öffnungszeiten kann die Stelle auch ohne Voranmeldung aufgesucht werden. Die Mitnahme von Kindern in die Beratungsstelle ist möglich. Die Stelle ist mit Wickeltisch und Kinderspielecke ausgestattet. Die Psychiatrische Frauenberatungsstelle als erste Krisenintervention bietet umfassende Beratung und vermittelt bei Bedarf nach einer Erstbehandlung Möglichkeiten für weiterführende Therapien. Ein interdisziplinäres Team aus Fachärztinnen für Psychiatrie, Psychologinnen und Sozialarbeiterinnen steht zur Verfügung. Die psychiatrische Beratungsstelle für Frauen ist ein zusätzliches Angebot zum bestehenden Netz von 12 Sozialpsychiatrischen Ambulatorien des PSD-Wien, der mit 200 MitarbeiterInnen in interdisziplinären Teams jährlich ca. 10.000 Personen behandelt und betreut.

8.3.5 Frauen und Drogenabhängigkeit

Dialog-Frauensache – ein Angebot von Frauen für Frauen

Der private und gemeinnützige Verein „Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige“ ist Träger mehrerer ambulanter Einrichtungen für Suchtmittelabhängige, Suchtmittelgefährdete, andere sozial benachteiligte Personengruppen sowie deren Angehörige. Die **Dialog-Frauensache**⁷⁸³ ist ein innovativer und wesentlicher Beitrag zur frauenspezifischen Suchtarbeit in Wien und bietet rasche und unbürokratische psychosoziale Hilfe sowie die schnelle Aufnahme in eine Substitutionsbehandlung. Dadurch wird der doppelten Benachteiligung als Suchtmittelkonsumentin und als Frau in einem geschützten Rahmen durch professionelle Suchtarbeit entgegengewirkt. Am Beginn der Entwicklung des Angebots „Dialog-Frauensache“ stand die Frage, wie Frauen mit Drogenproblemen, die nur schwer zu motivieren sind, Beratung und Betreuung anzunehmen, sowohl für die psychosoziale als auch die medizinische Versorgung niederschwellig zu erreichen sind. Dialog-Frauensache startete anfangs als Projekt und wurde im Jahr 2003 in den Regelbetrieb übernommen. Vorgeschichte des Projektes ist, dass seit 1999 ÄrztInnen des Vereins Dia-

log im Polizeianhaltezentrum (PAZ) tätig sind, wobei erstmals auch Klientinnen erreicht werden konnten, die den Weg in eine Beratungsstelle ansonsten nicht schaffen: Drogenkonsumentinnen, deren Opiatabhängigkeit nicht medizinisch behandelt wird, die hochrisikanten Drogenkonsum aufweisen, in schlechten sozialen Verhältnissen leben oder der illegalen Straßenprostitution nachgehen. Viele dieser Klientinnen sind nicht sozial- und krankenversichert, es fehlt ihnen an einer gesicherten Wohnmöglichkeit, sie nehmen keine Unterstützungsleistungen des Sozial- und Gesundheitswesens in Anspruch und sind psychisch wie physisch hoch belastet. Schwierigkeiten ergaben sich jedoch in vielen Fällen in der Zeit nach der Haft, da die betreuten Frauen die vereinbarten Termine in der Beratungsstelle nicht wahrgenommen haben. Der Verein Dialog bietet daher folgendes Setting: Den Frauen stehen jeden Dienstag von 10.00 bis 12.00 Uhr zwei Sozialarbeiterinnen und eine Ärztin zur Verfügung. Während dieser Zeit ist den Klientinnen eine Inanspruchnahme ohne vorhergehende Terminvereinbarung möglich. Die Sozialarbeiterinnen sind den Klientinnen bereits aus dem PAZ bekannt, was die Zugangsschwelle reduziert. Die Frauen erhalten konkrete und schnelle Unterstützung in Belangen der materiellen Grundsicherung, der Wohnraumbeschaffung und -sicherung, versicherungsrechtlichen Fragestellungen u. ä. Gleichzeitig ist auch die suchtmittelmedizinische (insbesondere Substitutions-)Behandlung vorgesehen. Um eine ungezwungene und einladende Atmosphäre zu schaffen, wird den Nutzerinnen Kaffee und Kuchen angeboten. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Dialog-Frauensache ist, dass den Frauen eine männerfreie Zone und ein Schutzraum zur Verfügung stehen. Es ist keine Selbstverständlichkeit im Alltag der Klientinnen, dass sie die Möglichkeit haben, mit Frauen über ihre Lebenssituation in der Drogenszene, in der Beziehung, am Strich, in der Arbeitswelt oder über ihre Beziehungen zu Männern, über Gewalterfahrungen, die Beziehung zu ihrem Körper, etc. zu sprechen. Die Dialog-Frauensache wird als Drop In-Café genutzt, in dem auf die individuellen Bedürfnisse der Frauen eingegangen wird. Häufige Themen sind der aktuelle Drogenkonsum, unerwünschte Schwangerschaften, Familie und Kinder, Partnerschaft, somatische Beschwerden, psychische Belastungen, Gewalterfahrungen, Erlebnisse am Strich und Belange der existenziellen Grundsicherung, aber auch die Verschreibung von Substitutionsrezepten.

⁷⁸³ http://www.dialog-on.at/db_downloads/Jahresbericht_2002_bis_2004_v1a.pdf

Betreuung drogenabhängiger schwangerer Frauen

In Wien sind rund 1.200 Frauen im Rahmen des Wiener Modells der Substitutionsbehandlung in Behandlung (insgesamt rund 4.500 Personen). Für drogenabhängige schwangere Frauen wird seit mehreren Jahren ein Comprehensive Care-Projekt durchgeführt, das Betreuung während Schwangerschaft und Geburt anbietet, wie z. B. Behandlung und Betreuung bei Mangelernährung des Fötus, vorzeitiger Plazentalösung, vorzeitigen Wehen oder Frühgeburt, aber auch Opioidsubstitution und spezifische psychiatrische Therapieangebote sowie die Behandlung des kindlichen Opiat-Entzugssyndroms oder die Begleitung der neurologischen und psychosozialen Entwicklung des Kindes. Soziale Hilfestellungen und umfassende psychosoziale Betreuung erfolgt über einen Spitalsverbindungsdienst (CONTACT). Drogenabhängige Schwangere und Mütter von Kleinkindern haben häufig Schuldgefühle wegen des Zusatzkonsums von Drogen oder befürchten die Abnahme des Kindes.⁷⁸⁴ Im Rahmen einer Evaluationsstudie des Wiener Comprehensive Care-Projekts⁷⁸⁵ wurden 135 Geburten erfasst (rund dreißig Geburten pro Jahr) und die Betreuung von 95 Frauen über beinahe fünf Jahre dokumentiert. Es konnte gezeigt werden, dass bei einer konsequenten Substitutionsbehandlung das Risiko für Mutter und Kind gering ist, dieses steigt jedoch bei zusätzlichem Drogenkonsum oder starkem Nikotinkonsum der betroffenen Frauen. Mögliche negative Konsequenzen sind Frühgeburtlichkeit, längere Dauer des kindlichen Entzugssyndroms, Missbildungen (pränatale Dystrophie, Mikrozephalie) und Entwicklungsstörungen des Kindes. Negative psychosoziale Folgen für die Kinder sind häufig, deutliche Interaktionsstörungen oder psychopathologische Auffälligkeiten geringer Intensität waren bei rund einem Viertel der Kinder zu beobachten. Langfristig werden etwa die Hälfte der Kinder an Pflegeeltern abgegeben. In Wien gibt es keine eindeutigen gesetzlichen Richtlinien von

Seiten der Jugendwohlfahrt, im individuellen Fall wird nach Ermessen gehandelt. Bei den Kindern, die bei ihren Müttern bleiben, kommt es im günstigsten Fall zu einer Stabilisierung der Situation, d. h. die Mutter ist berufstätig, hat tragfähige soziale Beziehungen und ausreichend soziale Unterstützung.

8.3.6 Interdisziplinäre Betreuung für Frauen mit Brustkrebs

Interdisziplinäre Betreuung von an Krebs erkrankten PatientInnen und deren Angehörige durch „MALVE – Miteinander Am Leben Vertrauen Entwickeln, für Frauen mit Brustkrebs“ gibt es an der Krankenanstalt Rudolfstiftung seit 2003. MALVE besteht aus zehn bis dreizehn MitarbeiterInnen verschiedener Gesundheitsberufe. Die fachübergreifende Betreuung zielt auf Qualitätsverbesserung, Verbesserung von Befindlichkeit und Lebensqualität der PatientInnen, Abbau von Wissensdefiziten und Verbesserung der Kommunikation zwischen Institution, Krebs-PatientInnen und Angehörigen. Durch die Informationsverbesserung soll die Autonomie und Selbstbestimmung der PatientInnen sowie die Entscheidungsfähigkeit über Qualität der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen oder entsprechender Alternativen gefördert werden. Für die Entwicklung des Projektes war die Bekanntmachung im Spital wichtig, um eine gemeinsame Identität, eine kollektive Blickrichtung und eine funktionierende Kommunikation aller Berufsgruppen zu erzielen. Begleitend zur Schulmedizin wurden folgende Beratungsangebote und -Ressourcen bereitgestellt: Pflegefachkräfte, Wiener Krebshilfe, Ernährungsmedizin, Komplementärmedizin, Psychosomatik, SozialarbeiterInnen, KunsttherapeutIn, PhysiotherapeutInnen, BandagistInnen, KH-Seelsorge, PatientInnenhilfsteam. Öffentlichkeitsarbeit in Form von monatlichen Veranstaltungen mit Schwerpunktthemen der verschiedenen Fachrichtungen sowie eine Broschüre ergänzen das Angebot.

⁷⁸⁴ SCHMIDHOFER (2004).

⁷⁸⁵ BERGER, ELSTNER (2002).

8.4 Selbsthilfegruppen

Die Förderung von Selbsthilfegruppen ist eine Strategie, langfristig und nachhaltig Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortlichkeit von PatientInnen zu unterstützen. Selbsthilfe kann aber auch als eine Kosten senkende Ergänzung des Gesundheitssystems verstanden werden sowie als kritisches Regulativ und Indikator bei Versorgungsmängeln und -defiziten. Wie in den meisten Bereichen des Sozial- und Gesundheitsbereichs sind in Selbsthilfegruppen überwiegend Frauen tätig, das durchschnittliche Alter liegt bei rund fünfzig Jahren.⁷⁸⁶ Die **Selbsthilfe-Unterstützungsstelle für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen in Wien (SUS WIEN)**⁷⁸⁷ ist eine vom Fonds Soziales Wien eingerichtete Anlaufstelle für Mitglieder von und InteressentInnen an Selbsthilfegruppen sowie für VertreterIn-

nen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. In Wien befindet sich rund ein Viertel der etwa 1.000 österreichischen Selbsthilfegruppen. Zwei Drittel der Selbsthilfegruppen befassen sich mit einem breiten Spektrum an körperlichen Erkrankungen oder Behinderungen (z. B. Krebs, aber auch sehr seltene Erkrankungen), ein Drittel mit psychischer Gesundheit und Krankheit oder sozialen Problemen (Scheidung, Alleinerziehende, Adoption, ...). Der positive gesundheitliche und soziale Effekt von Selbsthilfe konnte in mehreren internationalen wissenschaftlichen Studien vor allem für die Bereiche Suchterkrankungen (Anonyme Alkoholiker), psychische Erkrankungen und Übergewicht nachgewiesen werden.⁷⁸⁸

Tabelle 8.5: Schwerpunkte und Themen der Selbsthilfegruppen in Wien und Österreich

Krebs	Brustkrebs; Darmkrebs; Kehlkopfkrebs; Kinder-Krebs; Prostata-Krebs; Schilddrüsenkrebs
Sucht	Alkoholsucht; Arbeitssucht; Sexsucht; Spielsucht
Psychische Gesundheit und Krankheit	Alzheimer- und Demenzkrankheit; Angst und Depression; Chronisches Erschöpfungssyndrom; Einsamkeit; Essstörungen; Gewalt und sexueller Missbrauch; Mobbing; Narkolepsie (Schlafsucht); Postpartale Depressionen; Restless Legs Syndrom (unruhige Beine); Schlafstörungen; Sozialphobie (krankhafte Schüchternheit); Schwangerschaftsabbruch; Tourette-Syndrom (Tic); verwaiste Eltern
Soziale Lage	Adoption; Alleinerziehende; Erziehung; pflegende Angehörige; Scheidung, Trennung; ungewollte Schwangerschaft
Behinderung	Autismus; Down-Syndrom; Hör-, Sehbehinderung; Dystonie (Muskelerkrankung); Noonan-Syndrom; Rett-Syndrom; Klinefelter-Syndrom; Lippen-Kiefer-Gaumenspalte; Speiseröhrenmissbildung; Stottern
Körperliche Gesundheit und Krankheit	Hyperaktivität; Adipositas (Fettsucht); HIV/AIDS; Alopecia Areata (kreisrunder Haarausfall); Amalgam; Aphasie (Schlaganfall); Asthma und Allergie; Azidose (Übersäuerung des Blutes); Spaltblase; Veitstanz; Cystische Fibrose; Schmetterlingskinder (Hauterkrankung); Diabetes; Dialyse; Elektromog; Endometriose; Epilepsie; Essentieller Tremor (Bewegungsstörung); Rheuma; Frühgeburt; Geburtstrauma; Schwangerschafts-Gestose; Hämophilie; Hauterkrankungen (Neurodermitis, Lupus Erythematodes; Vitiligo; Psoriasis); Hepatitis (Lebererkrankung); Herzerkrankungen; Hormonersatztherapie; Hydrocephalus (Wasserkopf); Inkontinenz; Intersex („zwischen den Geschlechtern“); Interstitielle Cystitis (Blasenschwäche); Kleinwuchs; Kurzdarm; Lactose-Fructose-Histamin-Intoleranz; Lymphödem (Stauung der Lympflüssigkeit); Migräne; Sarkoidose; Morbus Crohn (chronische Darmerkrankung); Morbus Parkinson (fortschreitende Funktionseinschränkung); Morbus Recklinghausen (Störung der Hautpigmentierung); Rheuma und Arthritis; Mukopolysaccharidose (Stoffwechselstörung); Osteoporose (Knochenschwund); Pilzkrankungen; Plötzlicher Säuglingstod (SIDS); Prader-Willi-Syndrom (Stoffwechselstörung); Schädelhirntrauma; Schlafapnoe (Schnarchen mit Atempausen); Schmerz; Borreliose (FSME; nach Zeckenbiss); Zöliakie (Stoffwechselstörung)

Quelle: FGÖ, 2004; S. 304 ff., zitiert nach BMGF (2006).

⁷⁸⁶ RKI (2004).

⁷⁸⁷ <http://www.sus-wien.at/>

⁷⁸⁸ BORGETTO (2004).

8.5 Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen

8.5.1 Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen – Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)

Das Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (BGBl. I Nr. 179/2004; seit 1.1.2005 in Geltung) stellt einen rechtlichen Rahmen dar, in Zukunft eine gezielte Qualitätsstrategie sowie bundeseinheitliche Vorgaben, die alle Bereiche des Gesundheitswesens umfassen, zu entwickeln und umzusetzen. Grundprinzipien sind PatientInnenorientierung, Transparenz, Effizienz, Effektivität sowie PatientInnensicherheit. Das Gesetz bezieht alle Sektoren des Gesundheitssystems mit ein, öffentliche und private Spitäler, Ambulatorien, ÄrztInnen und die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe. Es legt Vorgaben für die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und die daraus folgende Standardentwicklung zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen fest. Unter **Strukturen** sind z. B. die Ausstattung einer Gesundheitseinrichtung und die Qualifikation des Gesundheitspersonals zu verstehen. Bei den **Prozessen** handelt es sich um Rahmenvorgaben, wie eine Leistung erbracht werden soll. Die **Ergebnisse** sind noch zu diskutieren. Das Gesetz sieht eine regelmäßige **Qualitätsberichterstattung** vor, in deren Rahmen bundeseinheitlich über alle Bereiche und alle Berufe berichtet wird und die einerseits Transparenz sicherstellt, gleichzeitig aber auch als eine Methode zur systematischen Verbesserung der Qualitätsarbeit dienen soll. Spezifische Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur Verbesserung und Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen sollen geschaffen werden. Ein **Qualitätsinstitut** soll zur Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen aufgebaut werden. Die Verordnungen, die auf Basis dieses Gesetzes erlassen werden, gelten zukünftig für alle GesundheitsdienstleisterInnen und können bei Nichteinhaltung auch sanktioniert werden.

⁷⁸⁹ EUSOMA (2000).

⁷⁹⁰ <http://www.onkozert.de/>

⁷⁹¹ <http://www.brustkrebs24.info/quali/downloads/Eusoma.pdf>

8.5.2 Qualitätssicherung in der Behandlung von Frauen mit Brustkrebs

Etablierung von Brustzentren mit Qualitätszertifikat

In den vergangenen Jahren hat eine intensive Diskussion der Qualität von Früherkennungsprogrammen für Brustkrebs eingesetzt, welche in weiterer Folge die Forderung nach einer Qualitätskontrolle der gesamten Behandlungskette sowie die Einführung von Disease-Management-Programmen und zentralisierten, spezialisierten Brustzentren mit sich brachte. Die Europäische Gesellschaft für Brustkunde (European Society of Mastology, EUSOMA) hat sich die europaweite Etablierung von hochwertigen, qualitätsgesicherten Spezialzentren zur Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs zum Ziel gesetzt und Qualitätskriterien für spezialisierte Brustzentren erstellt.⁷⁸⁹ Laut Empfehlung der EUSOMA sollte auf 330.000 Bewohnerinnen ein Brustkrebszentrum kommen, das sind EU-weit 1.250 Zentren, derzeit wird geschätzt, dass es erst 250 solcher Zentren gibt, davon in Großbritannien, Dänemark, Portugal und Schweden flächendeckend. In Österreich gibt es bereits mehrere Brustzentren in Wien (AKH, Rudolfstiftung, Donauespital, Hanusch-Krankenhaus, Kaiser-Franz-Josef-Spital) und in den Bundesländern Innsbruck und Salzburg. Die Etablierung der Brustzentren und deren Qualitätszertifizierungen sind im Gange, meist basierend auf den EUSOMA-Qualitätskriterien. Eine Adaption dieser Kriterien durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS), die derzeit in Deutschland Zertifizierung durchführt, ist nicht unumstritten.⁷⁹⁰

Die **EUSOMA-Kriterien** umfassen folgende Punkte (Zusammenfassung).⁷⁹¹

1. Größe von Brustzentren

- Das Zentrum muss über eine ausreichende Größe verfügen, um **mehr als 150 neu diagnostizierte Brustkrebsfälle pro Jahr** behandeln zu können.

2. Kernteam

- Jedes Mitglied des Kernteams muss über eine **spezielle Ausbildung für Brustkrebs** verfügen.
- Das Brustzentrum muss über einen **Klinischen Direktor für Brustchirurgie** verfügen.
- Zwei oder mehr auf Brusterkrankungen spezialisierte Chirurgen müssen jeweils **50 oder mehr Brustkrebsoperationen pro Jahr** und mindestens eine Operation wöchentlich durchführen.
- Die Brustchirurgen müssen **mindestens acht dreibis vierstündige Tumorkonferenzen pro Woche** für Brusterkrankungen nachweisen (bei Zentren mit 150 neu diagnostizierten Fällen).
- Es muss mindestens zwei **vollspezialisierte RadiologInnen** geben, die über eine kontinuierliche Erfahrung in der Befundung entsprechend den Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Mammografie verfügen. Sie müssen sich am nationalen, qualitätsgesicherten Screening-Programm beteiligen. Die RadiologInnen müssen **mindestens 5.000 Mammografien** (Bruströntgen) pro Jahr auswerten. Sie müssen an multidisziplinären Sitzungen für das Case Management teilnehmen.
- Es müssen zwei **auf Brustkrebs spezialisierte PathologInnen** vorhanden sein, diese müssen an den Sitzungen zum Case Management teilnehmen.
- Mindestens zwei ausgebildete **Brustschwestern** (bzw. zwei pro 100 neu diagnostizierten Behandlungsfällen) müssen zur Unterstützung nach Diagnosestellung sowie zur Besprechung von Behandlungsplänen verfügbar sein. Diese sollten auch in der **Nachsorgeambulanz** zur Verfügung stehen.
- Ein/e **BrustonkologIn** (StrahlentherapeutIn/RadiologIn) muss die Zusammenstellung von Strahlentherapie und Chemotherapie in allen Stadien der Krankheit übernehmen. Er/sie muss am Case Management teilnehmen.
- Die **medizinisch-technische RadiologieassistentInnen** für Brustdiagnostik müssen die Schulungs- und Praxisempfehlungen der Europäischen Leitlinien für Qualitätssicherung in der Mammografie erfüllen.
- Ein/e **DatenmanagerIn** muss zur Qualitätssicherung die Leistungskontrolle entsprechend der Datenbank der EUSOMA übernehmen. Eine jährliche Ausgabe definierter Kennzahlen für die Ergebnis-

qualität ist erforderlich. Die Zahl von Patientinnen, die an klinischen Studien teilnehmen, ist anzugeben.

3. Behandlungseinrichtungen

- Alle Brustkliniken müssen **eigenständige Kliniken** sein und dürfen nicht als Teil einer Allgemeinen Chirurgischen Klinik geführt werden.
- Zur **Neuaufnahme** muss mindestens eine Sprechstunde pro Woche für symptomatische Frauen abgehalten werden.
- Alle neu überwiesenen PatientInnen müssen **innerhalb von 10 Arbeitstagen** einen Termin erhalten.
- **Diagnostikeinrichtungen**, an die Patientinnen überwiesen werden, müssen über ein/e ChirurgIn, eine/n RadiologIn und eine RöntgenassistentIn verfügen.
- Die **Übermittlung der Diagnose** Brustkrebs an die betroffene Frau sollte innerhalb von fünf Tagen erfolgen. Die Diagnose muss persönlich kommuniziert werden und zwar zu einem Zeitpunkt, an dem der/die ÄrztIn für eine Beratung angemessene Zeit hat. Eine spezialisierte Brustschwester muss für die weitere Beratung der Patientin präsent sein.
- Die **bildgebende Diagnostik** muss adäquat sein, d. h. das Zentrum muss im Besitz aller notwendigen Einrichtungen für eine komplette und angemessene Brustdiagnostik sein, wie z. B. ein Gerät zum Proben-Röntgen.
- ChirurgInnen und RadiologInnen/OnkologInnen müssen über die adäquaten **adjuvanten Therapien**⁷⁹² auf Basis der Gewebeprobe entscheiden.
- Die Durchführung von Strahlentherapien und adjuvanten Therapien kann bei entsprechender Ausstattung im Brustzentrum oder in anderen spezialisierten Einrichtungen erfolgen. Die Nachsorge sollte jedoch im Team des Brustzentrums bleiben.
- Im Brustkrebszentrum muss es mindestens alle zwei Wochen eine **Sprechstunde für fortgeschrittenen Brustkrebs** geben.
- Einrichtungen und angemessen geschultes Personal für die **sichere Verabreichung von Standard-Chemotherapie-Regimen** müssen vorhanden sein (sowohl für die adjuvante als auch palliative⁷⁹³ Behandlung).

⁷⁹² Adjuvante Therapie = Therapie, die nach vollständiger Entfernung aller erkennbaren Tumoranteile angewandt wird.

⁷⁹³ Palliative Therapie = Therapie, die das Fortschreiten der Krankheit verhindern bzw. durch Linderung von Beschwerden zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen soll.

- Sprechstunden zur Beratung von Frauen mit gutartigen Erkrankungen der Brust müssen abgehalten werden, v. a. zur Bestätigung, dass ein Knoten auch ohne chirurgische Entfernung wirklich gutartig ist.
4. **Assoziierte Dienstleistungen und Nicht-Kernpersonal**
 - **Psychologische Unterstützung** sollte bei Bedarf durch die Überweisung an eine/n in der Behandlung von Frauen mit Brustkrebs erfahrenen PsychiaterIn oder klinische/n PsychologIn gewährleistet sein, der/die als KooperationspartnerIn für das Brustzentrum beauftragt ist.
 - Ein Brustzentrum muss bei Bedarf **Rekonstruktionschirurgie** zur Verfügung stellen. Es sollte eine angeschlossene Rekonstruktionsklinik mit einem benannten Plastischen Chirurgen geben, der auf Brustrekonstruktion spezialisiert ist.
 - Eine spezialisierte **Palliativmedizin** muss verfügbar sein, zu der ein enges Arbeitsverhältnis bestehen sollte.
 - Innerhalb des Zentrums muss ein Dienst zur **Prothesen-Anpassung** vorhanden sein.
 - Ein/e PhysiotherapeutIn oder Brustschwester muss auf die Behandlung von **Lymphödemen** spezialisiert sein.
 - **Risikopatientinnen**, d. h. Frauen, die aufgrund erblicher Belastung Rat suchen, müssen diesen von einem/r BrustspezialistIn erhalten können. Gentests müssen auf Nachfrage verfügbar sein und mit einem/r beauftragten GenetikerIn besprochen werden können.
 5. Es muss mindestens eine **Fallbesprechung** pro Woche mit dem Kernteam geben, zu dem alle frei gestellt sind. **Schriftliche Behandlungsprotokolle** zur Diagnose und zu allen Behandlungsstadien müssen geführt werden. **Patientinneninformationen** sollten auch in schriftlicher Form, zusätzlich zum Angebot der Beratung durch spezialisierte Brustschwestern, vorhanden sein.
 6. **Forschung** ist als ein wesentliches Element der Ausbildung zum/zur SpezialistIn zu fördern.

Von der Europäischen Kommission wird ergänzend zu den Brustzentren die Schaffung von flächendeckenden **nationalen Krebsregistern** nach einheitlichen Kriterien gefordert, um zu verlässlichen Daten hinsichtlich Früherkennung und Behandlung von Brustkrebs zu kommen. Die Daten sind an das seit 1989 bestehende und von der Europäischen Kommission unterstützte European Network for Cancer Registries (ENCR) weiterzuleiten, um EU-weit vergleichbare Daten zur Verfügung zu haben. Bisher ist rund die Hälfte der Bevölkerung der EU-15 Länder durch Krebsregister erfasst. Nationale Krebsregister bestehen nur in acht Mitgliedstaaten (Dänemark, Finnland, Großbritannien, Irland, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden). Ausschließlich regionale Krebsregister gibt es in fünf Staaten (Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Spanien).⁷⁹⁴

Disease Management Programme für Brustkrebs

Unter Disease Management⁷⁹⁵ versteht man ein integratives Konzept, unter dem alle Elemente zur optimalen Behandlung einer Krankheit unter Beachtung medizinischer und ökonomischer Gesichtspunkte subsumiert werden. Als ganzheitliches Instrument zur Steuerung der Behandlung und Betreuung von PatientInnen begleitet es diese funktions- und leistungsebenenübergreifend über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg. Der zentrale Ansatz von Disease Management Programmen ist somit die „sektorenübergreifende Steuerung“ der Versorgung. Disease Management eignet sich vor allem für besonders häufige Krankheiten, deren Krankheitsverlauf beeinflussbar ist, für die eine große Variabilität der medizinischen Maßnahmen und Interventionen vorliegt, die mit hohen Behandlungskosten verbunden sind und für die Leitlinien verfügbar sind. In Österreich gibt es noch keine umfassenden nationalen Disease Management Programme, jedoch sind mehrere regionale Projekte in Diskussion bzw. Vorbereitung. Es liegen Disease Management-Pläne bzw. Leitlinien für Infekte (1997), Blutfette (1999), Asthma und COPD (2001), Magenkrankheiten (2003), Diabetes mellitus Typ 2 (2004) und Osteoporose (2005) vor,⁷⁹⁶ nicht aber für Brustkrebs.

⁷⁹⁴ EUROPÄISCHES PARLAMENT (2003).

⁷⁹⁵ http://www.stgkk.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=213&p_menuid=61947&pub_id=103931&p_id=2#pd850388

⁷⁹⁶ http://www.sozialversicherung.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=110&p_menuid=2988&p_id=3

Die Anforderungen zur Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme sollten in gesetzlichen Vorgaben festgelegt sein und sind unter Beteiligung von FachexpertInnen aus der ambulanten Versorgung, dem stationären Bereich und der Wissenschaft regelmäßig auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse hin zu überprüfen und zu aktualisieren. In Deutschland gibt es bereits 6.000 zugelassene qualitätsgesicherte strukturierte Behandlungsprogramme (DMP),⁷⁹⁷ z. B. für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, koronare Herzkrankheit und Brustkrebs, an denen über zwei Millionen chronisch kranke Menschen teilnehmen, weitere Programme für Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen sind in Vorbereitung. In das deutsche **Disease Management Programm Brustkrebs** wurden neue Diagnose- und Therapiekonzepte auf der Grundlage von Leitlinienempfehlungen einbezogen. Die Rehabilitation wurde eingebunden und damit das Ziel des interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlungsansatzes weiterverfolgt. Zusätzlich wurde der Umfang der in den Programmen erforderlichen Dokumentation auf das fachlich und rechtlich notwendige Maß beschränkt. Derzeit sind in Deutschland über 35.000 Frauen in Disease Management Programme für Brustkrebs eingeschrieben (Stand: 16.1.2006).

8.5.3 Programm zur Verbesserung der Behandlung von Diabetes-PatientInnen

Es gibt in verschiedenen Bundesländern, so auch in Wien, Projekte, deren Ziel die Verbesserung der Qualität in der Betreuung von Diabetes-PatientInnen ist. Eine ausführliche Darstellung der einzelnen Projekte findet sich im Österreichischen Diabetesbericht.⁷⁹⁸

Diabetes Care Office 2004/2005: Ein strukturiertes Programm zur Verbesserung der Behandlung von Diabetes-PatientInnen in Wien

In Wien versucht vor allem das vor einigen Jahren gegründete Diabetes Care Office (DCO) durch qualitätsgesicherte Betreuungsmodelle einen Beitrag zur Verbesserung der extramuralen Betreuung von DiabetikerInnen zu leisten. Im Vordergrund stehen dabei:

1. Die **Optimierung der Schulung von Diabetes-PatientInnen im niedergelassenen Bereich**. In Anlehnung an das Düsseldorfer Modell werden strukturierte Schulungsprogramme im niedergelassenen Bereich durchgeführt, wobei auch moderne Kommunikationstechniken wie NLP (Neurolinguistisches Programmieren) zum Einsatz kommen. Vorerst soll in Wien ein Netz von Schulungsorten geschaffen werden, mit welchem sich die praktischen ÄrztInnen vernetzen können. Alle neu manifestierten Typ-2-Diabetes-PatientInnen sollen unverzüglich in das Schulungsprogramm eingeschleust werden. Aufgrund eines von der Ärztekammer unterstützten Netzwerkes sollen auch PatientInnen nicht teilnehmender ÄrztInnen in das Projekt integriert werden. Nach einem Jahr erfolgt eine Nachschulung. PatientInnen mit Schulungsdefiziten, deren Schulung bereits mehr als 5 Jahre zurückliegt und deren HbA1c⁷⁹⁹ über 9,0 Prozent liegt, sollen ebenfalls einer Nachschulung unterzogen werden.
2. Die **regelmäßige Betreuung von PatientInnen** mit jährlicher Erhebung von Spätschäden und Risikofaktoren durch den/die HausärztIn im Sinne eines modernen **Disease Managements**. Die Betreuung folgt einem definierten Behandlungsstandard um eine Unter-, Über- und Fehlversorgung zu vermeiden. Zur Stärkung der Eigenverantwortung der PatientInnen wird eine „*Behandlungsvereinbarung*“ (Verpflichtung zur Schulung, zur Betreuung der Krankheit, zu Vorsorgeuntersuchungen, zur Risikominimierung wie z. B. Rauchen) abgeschlossen. Die PatientInnen erhalten einen Diabetes-Pass mit Dokumentation der erhobenen Daten. Um die Behandlung zu optimieren, sind PatientInnen, die nach angemessener Zeit die vorgegebenen Standards nicht erreichen sowie bei eintretenden schwereren Komplikationen, an qualitativ geeignete Einrichtungen zu verweisen. Die Überweisungskriterien sind im Rahmen des Disease Managements klar definiert.
3. Die **Implementierung evidenzbasierter Medizin und Dokumentation** in den Praxen der betreuenden ÄrztInnen (ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und InternistInnen). Das dafür erforderliche Wissen kann unter der Homepage des DCO abgerufen werden. Weiters steht über eine Vernetzung mit

⁷⁹⁷ http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=196

⁷⁹⁸ RIEDER et al. (2004).

⁷⁹⁹ HbA1c = glykiertes Hämoglobin bzw. Zuckerhämoglobin, Messwert für den Blutzucker.

dem steirischen Modell des Forums Qualitätssicherung in der Diabetologie Österreich (FQSDÖ) auch die Cochrane Library zur Verfügung. Als Hilfsmittel und Kontrollinstrument für die betreuenden ÄrztInnen wurde ein Formblatt entworfen, welches als Vorlage für die durchzuführenden Untersuchungen dient (DCO-Sheet, adaptiert vom FQSDÖ). Die betreuenden ÄrztInnen sind zur Dokumentation von Stoffwechselfparametern, Akutkomplikationen, mikro- und makrovaskulären Spät komplikationen der geschulten PatientInnen im DCO-Sheet verpflichtet. Auch die Ergebnisse der in regelmäßigen Abständen (ein Mal jährlich) durchzuführenden Follow-up-Untersuchungen sind im DCO-Sheet zu dokumentieren.

4. **Auswertung der erhobenen Daten:** Über die im DCO-Sheet verfügbare Dokumentation erfolgen die Auswertung, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Benchmarking, mit dem Ziel, Abweichungen der Realität von den Zielsetzungen zu erkennen (Qualität der Stoffwechselfparameter, Vollständigkeit der zu erhebenden Parameter/Daten, Annäherung oder Abweichung von den St.-Vincent-Zielen).

Um einen hohen Behandlungsstandard zu gewährleisten, werden die am Projekt teilnehmenden **ÄrztInnen** (ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und InternistInnen) entsprechend **ausgebildet** (Nachweis verpflichtend). Regelmäßig stattfindende Qualitätszirkel dienen dem Erfahrungsaustausch und der Lösung auftretender Probleme. Im ersten Jahr sollen 15 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin zur Teilnahme motiviert werden.

Im ersten Jahr könnten bei einer Gesamtzahl von ca. 100.000 Typ-2-DiabetikerInnen in Wien 2 Prozent, das sind 2000 Personen, durch das System erfasst werden. Durch den Ankauf der Leistungen des Forums Qualitätssicherung in der Diabetologie Österreich (FQSDÖ) soll ein leistungsfähiges Dokumentationssystem mit kontinuierlicher Datenaufbereitung garantiert werden. Die teilnehmenden ÄrztInnen haben die Möglichkeit, die erhobenen Daten online in das Softwareprogramm einzugeben und an das FQSDÖ zu senden. Sie haben Zugang zur Datenbank und erhalten damit jederzeit strukturiertes Feedback. Auch die Gebietskörperschaften erhalten entsprechende Auswertungen (nach Vereinbarung alle 3 Monate, zumindest einmal jährlich).

Datensammlung und elektronische Archivierung erfolgen durch das Joanneum in Graz.

ProjektpartnerInnen sind die Gemeinde Wien, die Wiener Gebietskrankenkasse, die Ärztekammer Wien, das DCO-Office (Koordination). Die Finanzierung der Schulungen und der Untersuchungen der PatientInnen plus Dokumentation (DCO-Sheets) erfolgt durch die Wiener Gebietskrankenkasse, jene der Schulungen der ÄrztInnen durch Industrieunterstützung. Das FQSDÖ-Dokumentationssystem wird durch die Gemeinde Wien, die Qualitätszirkel-ModeratorInnen durch die Wiener Ärztekammer und das Sekretariat durch die Gemeinde Wien finanziert. Die pharmazeutische Industrie hat sich bereit erklärt, die Kosten für Schulungsmaterial, Saalmieten, etc. zu übernehmen. Das Projekt ist vorerst für 2 Jahre angesetzt und soll in ein fixes Betreuungsmodell übergeführt werden. Evaluierungen werden Auskunft über die Fortschritte und Vorteile des Projektes in dieser neuen Form geben.⁸⁰⁰

8.5.4 Modellprojekt PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung (PIK) und PIK-Transfer

Das Modellprojekt PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (PIK)⁸⁰¹ (für den 14. bis 17. Wiener Bezirk) wurde von der Stadt Wien (Bereichsleitung Sozial- und Gesundheitsplanung), dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) und der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) im Jahr 2002 initiiert. Hauptziele waren die Steigerung der PatientInnenorientierung und die Verbesserung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Einrichtungen im Gesundheitswesen. Im Rahmen des Projektes wurden Maßnahmen entwickelt, wie Lücken in der Versorgungskette zu schließen sind und das Schnittstellenmanagement zu optimieren ist. Zur Umsetzung dieser Qualitätsverbesserungen wurden in einer Machbarkeitsstudie vier Maßnahmenbündel entwickelt:

- Optimierung der Zuweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsprozesse durch Verbesserung der Kommunikation und Abstimmung zwischen intra- und extramuralen PartnerInnen;
- Case Management und Weiterentwicklung multi-professioneller Betreuungsangebote für zu Hause für PatientInnen mit komplexem Betreuungsbedarf;

⁸⁰⁰ <http://www.mednlp.com/dco>

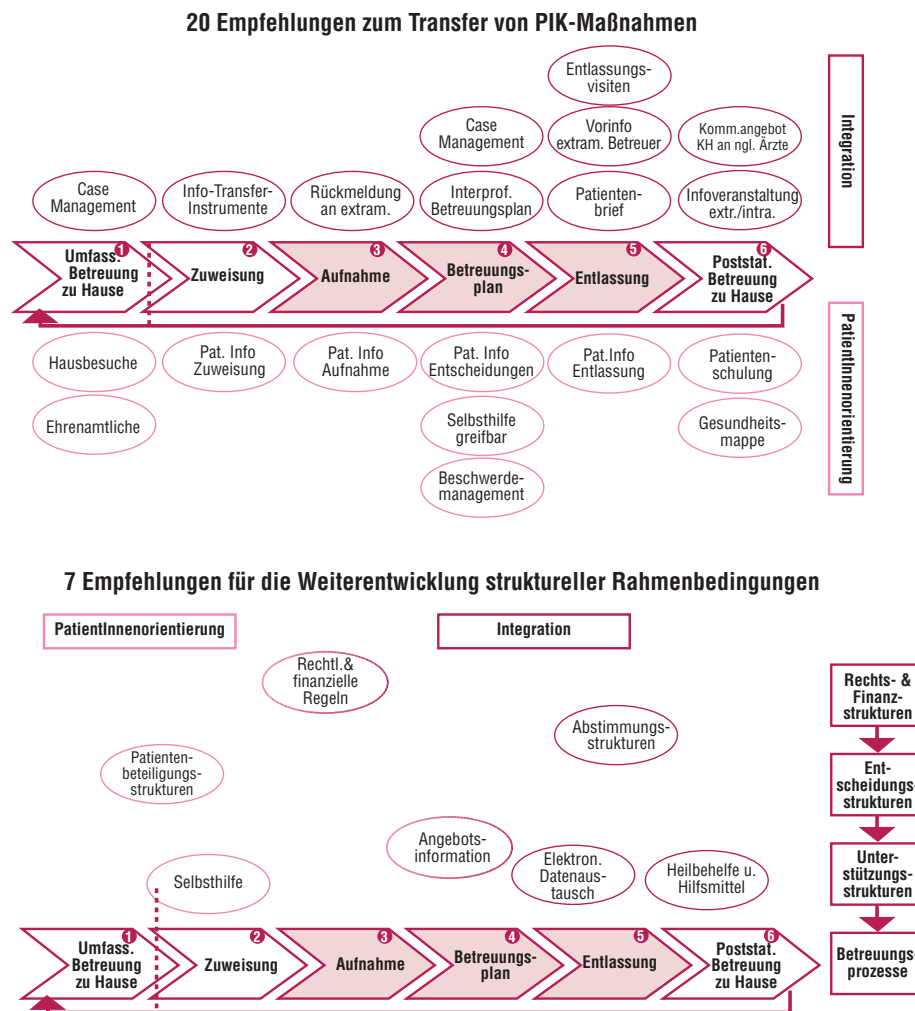
⁸⁰¹ <http://www.pik-wien.at>; siehe auch BMGF (2006), Beitrag DDR.ⁱⁿ Inga FINDL.

- Weiterentwicklung von Betreuungsangeboten für spezifische PatientInnengruppen (z. B. onkologische PatientInnen);
- verstärkte PatientInneneinbeziehung in der Region.

Im Jahr 2003 wurde im Hanusch-Krankenhaus eine Befragung über Zuweisungs- und Entlassungsprozesse aus der Sicht der PatientInnen, der PflegerInnen und ÄrztInnen, der extramuralen Pflege- und Sozialdienste und der HausärztInnen durchgeführt, in welche stationär

behandelte PatientInnen der Vierten Medizinischen Abteilung und der Unfallabteilung einbezogen wurden (zwei Drittel davon waren Frauen). Aufgrund der Ergebnisse wurden **20 Empfehlungen für den wienweiten Transfer** von PIK-Maßnahmen formuliert. Da viele dieser Maßnahmen für einen systematischen Transfer eine Absicherung auf struktureller Ebene brauchen, wurden **sieben Empfehlungen zur strukturellen Weiterentwicklung** des Wiener (und österreichischen) Gesundheits- und Sozialwesens formuliert.

Grafik 8.1: Empfehlungen zum Transfer von PIK-Maßnahmen und zur Weiterentwicklung struktureller Rahmenbedingungen



Quelle: <http://www.pik-wien.at>

Das seit dem Jahr 2005 laufende **Projekt PIK-Transfer**⁸⁰² macht sich die Tatsache zunutze, dass im Rahmen des PIK-Projekts erstmals in Österreich auch PatientInnen und Angehörige aktiv während aller Projektphasen mitgearbeitet und die Perspektive der Betroffenen und Angehörigen eingebracht haben. Im Rahmen von PIK-Transfer wird derzeit an der Umsetzung folgender Transferinitiativen gearbeitet:

- Implementierung der Initiative „Selbsthilfegruppen greifbar im Spital“;
- optimale Kooperation bei der Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln;
- systematischer standardisierter Informationstransfer;
- zwischen den Professionen und Organisationen abgestimmtes Entlassungsmanagement;
- Online-Angebotsinformation über das Sozial- und Gesundheitswesen (Lebensseiten.at).

Die Transfer-Initiative **„Selbsthilfegruppen greifbar im Spital“** verfolgt das Ziel, die systematische Zusammenarbeit zwischen VertreterInnen der Selbsthilfegruppen und der Spitäler zu fördern. Die Umsetzungsgruppe setzt sich aus MitarbeiterInnen von Wiener Selbsthilfegruppen, VertreterInnen einzelner Spitäler (Barmherzige Brüder, Evangelisches Krankenhaus, Hanusch-Krankenhaus, Hartmannspital) bzw. Krankenhausträgern (Wiener Krankenanstaltenverbund, Vinzenz Gruppe) und der Selbsthilfe-Unterstützungsstelle Wien (SUS)⁸⁰³ zusammen. Als konkrete Maßnahmen sollen Informationsmaterial von Selbsthilfegruppen auf den Abteilungen aufgelegt, Besuchsmöglichkeiten von PatientInnen durch Selbsthilfegruppen für die Dauer des stationären Aufenthaltes geboten und regelmäßige Treffen zwischen VertreterInnen der Selbsthilfegruppen und MitarbeiterInnen der Krankenhausabteilung organisiert werden.

⁸⁰² <http://www.fsw.at/sus/Kooperationen/SHGs-Spital/pik-transfer.htm#pik-transfer>

⁸⁰³ <http://www.fsw.at/sus>

**IX.
PRÄVENTION UND
GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

***PREVENTION AND HEALTH
PROMOTION***

INHALT

9	PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	447
9.1	PRÄVENTION (VORSORGE, FRÜHERKENNUNG)	448
9.1.1	Vorsorgeuntersuchung NEU	448
9.1.2	Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen	449
9.2	DAS WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROGRAMM	451
9.3	WEITERE BEISPIELE FRAUENRELEVANTER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	454
9.3.1	Förderung der psychischen Gesundheit	454
9.3.2	HIV/AIDS-Prävention der AIDS-Hilfe Wien	454
9.3.3	Gesundheitsförderung für ältere Frauen	456
9.3.4	Gesundheitsförderung für MigrantInnen	458
9.3.5	Gesundheitsförderung im Spital	460
9.3.6	Gesundheitsförderung und Pflege	461

9 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Zusammenfassung

Die **Vorsorgeuntersuchung neu** ist in Wien und Österreich das umfassendste Programm im Bereich der Sekundärprävention. Diese „Gesundenuntersuchung“ wurde in den letzten Jahren vermehrt in Anspruch genommen: In Wien waren es im Jahr 2003 137.015 Personen (55 Prozent Frauen, 45 Prozent Männer), das bedeutet einen Anstieg von 8,3 Prozent gegenüber dem vorangegangenen Jahr. Auch der Mutter-Kind-Pass wird sehr häufig genutzt: Man kann davon ausgehen, dass **zwischen 92 und 94 Prozent der schwangeren Frauen bzw. Mütter von Kleinkindern** in Wien und Österreich die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen vollständig absolvieren.

Weitere **Beispiele frauenrelevanter Gesundheitsförderung und Prävention** sind die jüngst initiierten Aktivitäten zur psychischen Gesundheitsförderung, die geschlechtsspezifische HIV/AIDS-Prävention der Aids Hilfe Wien und weiters Ansätze zur Gesundheitsförderung älterer Frauen, von Migrantinnen sowie im Setting Spital bzw. in der Pflege.

Summary: Prevention and health promotion

*The **Vorsorgeuntersuchung neu** (“New Medical Check-up”) programme is the most comprehensive programme in the area of secondary prevention in Vienna and Austria. This check-up offer has been taken up increasingly in the last years: In 2003 a total of 137,015 persons in Vienna (55 percent women, 45 percent men) had a check-up done, that is an increase of 8.3 from the previous year. The mother-child-booklet is also used very frequently: an estimated **92 to 94 percent of all pregnant women and mothers with infants** in Vienna and Austria participate in all the mother-child-booklet examinations.*

*Other examples of **women-oriented health promotion and prevention** are the recently initiated activities on mental health promotion, the gender-specific HIV/AIDS prevention programmes of the Aids Hilfe Wien, and projects for the health promotion of elderly women, immigrant women, and in the hospital/nursing care setting.*

Begriffsbestimmung

Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung sind nicht klar voneinander abzugrenzen.⁸⁰⁴ Gesundheitsförderung ist ein relativ junges Konzept: Die Ottawa-Charta, das grundlegende theoretische Fundament der WHO-Gesundheitsförderungsinitiativen, ist im Jahr 2006 20 Jahre alt geworden. Dem Gesundheitsförderungs-Paradigma liegt ein neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit zugrunde, welches das bislang vorherrschende, vom medizinischen Denken geprägte Risikofaktorenmodell ablöst. Theoretisches Rahmenmodell der Gesundheitsförderung ist das der Salutogenese,⁸⁰⁵ aufgrund dessen nicht mehr nur nach negativen Einflussfaktoren auf die Gesundheit gesucht wird, sondern jene Ressourcen, die trotz Risiken und Belastung zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Ge-

sundheit beitragen, gefördert werden sollen. Individuelle und kollektive Gesundheitsressourcen sollen gestärkt und Gesundheitskompetenzen auf partizipative Weise erlernt werden. Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsthematik, die in der Prävention, in der medizinischen Versorgung, in der Pflege und in der Rehabilitation anzuwenden ist. Sowohl der krankheitsorientierte Ansatz der Prävention als auch der ressourcenorientierte Ansatz der Gesundheitsförderung zielen – wenn auch aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien – auf die verbesserte Gesundheit des Einzelnen sowie der Bevölkerung und sollten als einander ergänzend betrachtet werden.

Gesundheitsförderung verfolgt zwei strategische Ansätze:⁸⁰⁶ die Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer Politik, die

⁸⁰⁴ ROSENBROCK (2004).

⁸⁰⁵ ANTONOVSKY (1997).

eine Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit anstrebt. Grundprinzipien der Gesundheitsförderung sind **Empowerment**, das heißt die Stärkung von Kompetenzen und Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit und **Intersektoralität**, d. h. die Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in eine Vielzahl von Politikbereichen. Gesundheitsförderung bezeichnet einen Prozess, allen Menschen ein höheres Ausmaß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Prävention im Sinne von Krankheitsverhütung versucht – anders als die Gesundheitsförderung – eine bestimmte gesundheitliche Schädigung oder Erkrankung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.

Primärprävention (allgemeine Prävention) umfasst alle spezifischen Aktivitäten zur vollständigen Vermeidung einer Gesundheitsschädigung. Ziel ist, die Neuerkrankungsrate einer bestimmten Erkrankung in der

Bevölkerung bzw. die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum zu senken. Unter struktureller Prävention versteht man gesetzliche und organisatorische Maßnahmen (Gesetze, Verbote, ...), während gruppen- und individuenzentrierte Prävention Bereiche wie Gesundheitserziehung (Eltern, Schule), Gesundheitsaufklärung (Erwachsenenbildung) und Gesundheitsberatung (durch Gesundheitsprofessionen) umfasst.

Sekundärprävention (selektive Prävention) umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung klinisch symptomloser Frühstadien einer Erkrankung (Früherkennung, „Vorsorge“-Untersuchungen) und ihre erfolgreiche Frühtherapie. Ziele der Sekundärprävention sind das Verhindern von Kosten, Leid und Risiken, die durch ein weiter fortgeschrittenes Erkrankungsstadium auftreten könnte.

Tertiärprävention (gezielte Prävention) ist die wirksame Behandlung einer bereits manifesten Erkrankung mit dem Ziel, Verschlimmerung und bleibende Funktionsverluste zu verhüten (Rehabilitation).

9.1 Prävention (Vorsorge, Früherkennung)

Siehe auch: Die Thematik von **Brustkrebs-Früherkennungs-Programmen** wurde in den Kapiteln zum Brustkrebs (Kapitel 4.4.1) und zum Wiener Programm für Frauengesundheit (Kapitel 10.1.1) behandelt.

9.1.1 Vorsorgeuntersuchung NEU

Die 1975 in Österreich eingeführte kostenlose „Gesundenuntersuchung“ wird seit Oktober 2005 in geänderter Form als **Vorsorgeuntersuchung NEU** angeboten.⁸⁰⁷ Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer haben die Neugestaltung der kostenlosen Vorsorgeuntersuchung unter das Motto „Innovative Prävention gegen Volkskrankheiten“ gestellt. Die Berücksichtigung aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse der modernen „Lebensstil-Medizin“ erhielt bei der Neugestaltung einen besonderen Stellenwert. Ausführliche Informations- und Hintergrundmaterialien sowie die Untersuchungs-Formulare sind u. a. auch im Internet veröffentlicht.⁸⁰⁸ Folgende Punkte sind neu an der Vorsorgeuntersuchung:

- Es geht nicht nur wie bisher um die Früherkennung verbreiteter Zivilisationskrankheiten, sondern es stehen Aufklärung und Unterstützung bei der **gesundheitsfördernden Veränderung des Lebensstils**, im Besonderen was Bewegung, Ernährung und Rauchen betrifft, im Zentrum der neuen Vorsorgeuntersuchung. Bestimmt werden der Body Mass Index, das Gesamtcholesterin und das HDL-Cholesterin. Die Beraterrolle der ÄrztInnen wird in den Bereichen Raucherentwöhnung sowie Ernährungs- und Bewegungsberatung verstärkt.
- Neu im Programm ist eine Erweiterung der **Darmkrebs-Früherkennung** für Menschen über 50 Jahre. Zusätzlich zum Hämoccult-Test (Untersuchung des Stuhls auf Blut) wurde als neue Untersuchung die Koloskopie (Darmspiegelung) zur Darmkrebs-Früherkennung aufgenommen.

⁸⁰⁶ KICKBUSCH (2003).

⁸⁰⁷ http://www.sozialversicherung.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=110&p_menuid=59337&p_id=3

⁸⁰⁸ http://www.sozialversicherung.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=110&p_menuid=60678&p_id=3

- Bei Personen ab 65 Jahren wird auf die **Hör- und Sehleistung** verstärkt Augenmerk gelegt.
- Da für Österreich im internationalen Vergleich bezüglich der Prävention von **Parodontal-Erkrankungen** Nachholbedarf festgestellt wurde, wurde dieser Bereich in die neue Vorsorgeuntersuchung einbezogen.
- Es liegen Schätzungen vor, dass bislang durchschnittlich rund 40 Prozent der relevanten Zielgruppen die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben. Um noch mehr Menschen im Rahmen der Vorsorge zu erreichen, wurde ein **Einladungs- und Erinnerungssystem (Call/Recall-System)** zur Vorsorgeuntersuchung implementiert. Personen ab 19 Jahren werden regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung eingeladen, die Altersgruppe unter 40 Jahren alle drei Jahre und ältere Personen alle zwei Jahre. Darüber hinaus werden alle Menschen über 50 Jahren von der Möglichkeit der Darmkrebsvorsorge informiert. **Frauen ab 40 Jahren** wird alle zwei Jahre ein **Brust-Röntgen (Mammografie)** angeboten (dies entspricht der bisherigen Regelung).

Die **Ziele der Vorsorgeuntersuchung NEU** zusammengefasst:

- Reduktion von **Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen**: Reduktion von Übergewicht, gesunde Ernährung, richtige Bewegung, Vermeidung von Bluthochdruck, Vermeidung von Störungen des Fettstoffwechsels, Prävention von Diabetes mellitus.
- Prävention häufiger **Krebserkrankungen**: Brust-, Gebärmutterhals-, Darm-, Haut-, Prostatakrebs.
- Prävention von **Suchterkrankungen**: Tabak-, Alkoholkonsum, Medikamenten-Abhängigkeit.
- Prävention häufiger **Alterskrankheiten**: Hörminderung, -verlust, Sehschwäche.
- Prävention weiterer wesentlicher Erkrankungen: **Parodontalerkrankungen** (Zahnbetterkrankungen), **Glaukom** (Schädigung des Sehnervs).

In den vergangenen Jahren wurde die „**Gesundenuntersuchung**“ in zunehmendem Maß in Anspruch genommen: 1990 wurden in Österreich rund 428.000 Untersuchungen durchgeführt, im Jahr 2003 waren es 899.000, also mehr als doppelt so viele (davon 60 Prozent Frauen und 40 Prozent Männer). Auch in Wien war eine konti-

nuierliche Steigerung zu verzeichnen: Im Jahr 2003 nahmen 137.015 Personen die „Gesundenuntersuchung“ in Anspruch (55 Prozent Frauen, 45 Prozent Männer) – das bedeutet einen Anstieg von 8,3 Prozent gegenüber dem vorangegangenen Jahr. Seit 1997 ist die Untersuchungsfrequenz um mehr als die Hälfte (57 Prozent) gestiegen. Auch das **gynäkologische Vorsorgeprogramm** wies von 2002 auf 2003 einen Anstieg von rund 6 Prozent auf, wird aber insgesamt eher selten genutzt (2003 von 3.701 Frauen). In einer Befragung nach dem Grund der Nicht-Inanspruchnahme der gynäkologischen Untersuchung im Rahmen der Gesundenuntersuchung gaben die Frauen an, ohnehin mindestens eine jährliche Kontrolle bei ihrem/r GynäkologIn durchführen zu lassen.⁸⁰⁹ Eine detaillierte Analyse der Ergebnisse der vom Gesundheitsamt der Magistratsabteilung 15 im Jahr 2002 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen (12.285 Untersuchungen, davon 5.960 Frauen, 6.325 Männer) wurde im Gesundheitsbericht Wien 2004 unternommen.⁸¹⁰ Die Ergebnisse zeigen zum Teil positive Trends: Die Häufigkeit der diagnostizierten erhöhten Blutfettwerte ist im Vergleich zu den Vorjahren leicht rückläufig, 2002 betraf dieses Problem 59,8 Prozent der Frauen und 62,1 Prozent der Männer und war das am häufigsten diagnostizierte Gesundheitsrisiko. Deutlich zurückgegangen ist die Zahl der Übergewichtigen (22,8 Prozent der Frauen und 32,0 Prozent der Männer im Jahr 2002).

9.1.2 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Seit Jänner 1974 ist die ärztliche Untersuchung von Schwangeren und Säuglingen in Österreich durch den Mutter-Kind-Pass gesetzlich geregelt. Der Mutter-Kind-Pass umfasst gynäkologische und Ultraschall-Untersuchungen der schwangeren Frau sowie Untersuchungen im Bereich der Orthopädie, der Hals-, Nasen-, Ohren- und der Augenheilkunde für das Kind. Bei Nachweis bestimmter Untersuchungen wurde ab dem Jahr 1974 erhöhte Geburtenbeihilfe von 1.090 Euro (ATS 15.000) ausbezahlt, die im Januar 1997 auf einen Mutter-Kind-Pass-Bonus von 145 Euro (ATS 2.000) reduziert wurde. Seit Jänner 2002 ist eine neue Regelung des Mutter-Kind-Passes in Kraft, die nicht mehr auf einem Bonus-System beruht, sondern eine Koppelung mit dem zum gleichen Zeitpunkt ebenfalls neu eingeführten **Kinderbetreuungsgeld** vorsieht (*siehe weiter unten in diesem Abschnitt*).

⁸⁰⁹ FENK (2000), S. 214.

⁸¹⁰ STADT WIEN (2004).

Tabelle 9.1: Untersuchungen für Mutter und Kind im Rahmen des Mutter-Kind-Passes seit 2002

Mutter	Schwangerschaftswoche
*gynäkologische Untersuchung + Laboruntersuchung	bis 16
*gynäkologische Untersuchung + Interne Untersuchung	17–20
Ultraschall	18–22
*gynäkologische Untersuchung + Laboruntersuchung	25–28
*gynäkologische Untersuchung	30–34
Ultraschall	30–34
*gynäkologische Untersuchung	35–38
Kind	Lebenswoche
*kinderärztliche Untersuchung	1
Hüftultraschall	1
*Kinderärztliche Untersuchung + orthopädische Untersuchung	4–7
Hüftultraschall	6–8
*kinderärztliche Untersuchung	3–5
*kinderärztliche Untersuchung + HNO	7–9
*kinderärztliche Untersuchung + Augenuntersuchung	10–14
kinderärztliche Untersuchung + Augenuntersuchung	22–26
kinderärztliche Untersuchung	34–38
kinderärztliche Untersuchung	46–50
kinderärztliche Untersuchung	58–62

* Voraussetzung für Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes ab dem 21. Lebensmonat

Quelle: www.bmgf.gv.at

Ein besonderer Verdienst des Mutter-Kind-Passes ist die Früherkennung von Stoffwechselstörungen, Seh- und Hörstörungen sowie von Erkrankungen des Bewegungsapparates des Kindes, ebenso können Lageanomalien, Anämien, EPH-Gestosen und Blutgruppenincompatibilitäten frühzeitig erkannt werden. Dem Mutter-Kind-Pass wird auch ein Beitrag zur Senkung der **Säuglingssterblichkeit** zugesprochen. Die Säuglingssterblichkeit ist zwar schon vor der Einführung der Untersuchungen zwischen 1951 und 1971 von 51,6 auf 26,6 im 1. Lebensjahr Gestorbene auf 1.000 Lebendgeborene gesunken und seither weiter auf 6,3 Gestorbene pro 1.000 Lebendgeborener im Jahr 2003 zurückgegangen.⁸¹¹

Man kann davon ausgehen, dass **zwischen 92 und 94 Prozent der schwangeren Frauen bzw. Mütter von Kleinkindern in Wien und Österreich** die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen in Anspruch nehmen. Die genaue Zahl der Frauen ist nicht bekannt, da die Untersuchungsdaten nicht nach Personen, sondern nach so

genannten „Sonderleistungspositionen“, das heißt nach den einzelnen Teiluntersuchungen des Mutter-Kind-Pass-Programms, aufgeschlüsselt sind (in Wien wurden im Jahr 2003 rund 207.500 Sonderleistungspositionen in Anspruch genommen). Der nach Abschaffung der erhöhten Geburtenbeihilfe im Jahr 1997 und des Mutter-Kind-Pass-Bonus im Jahr 2002 erwartete Rückgang der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen ist nicht eingetreten und es gab nur geringfügige Veränderungen.⁸¹² Dennoch liegen in der österreichischen und internationalen Fachliteratur Hinweise für Barrieren **der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsuntersuchungen** vor:⁸¹³ Diese stehen in Zusammenhang mit unterschiedlichen **soziodemographischen Faktoren** (soziale Benachteiligung und Armut, geringes Alter [unter 20], Partnerlosigkeit, geringe Schulbildung), **strukturellen Gegebenheiten** (mindestens ein weiteres Kind, mangelnde Möglichkeit der Beaufsichtigung der Kinder, Transportprobleme [kein Auto zur Verfügung, zu hohe Fahrtkosten]) und schließlich **individuelle bzw. psychologische Aspek-**

⁸¹¹ STATISTIK AUSTRIA (2006), S. 82; siehe auch weiter oben Kapitel 5.5.4 Säuglingssterblichkeit.

⁸¹² STADT WIEN (2005), S. 390.

⁸¹³ Z. B. KÖCK (1988); CONCLUSIO (1999), LBI FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (2001).

te (z. B. ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft bzw. ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft, Ungewissheit über die Gegebenheit der Schwangerschaft, persönliche oder familiäre Probleme [kranke Kinder, Beziehungsprobleme], Angst vor medizinischen Untersuchungen, negative Einstellung gegenüber dem medizinischen System, schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen System, Fehlen einer konstanten ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung).

Gesetzliche Regelung des Mutter-Kind-Passes

Die Regelung des Mutter-Kind-Passes ist seit 2002 an das Kinderbetreuungsgeld gekoppelt. Das im Jänner 2002 in Kraft getretene Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG)⁸¹⁴ regelt das Kinderbetreuungsgeld, welches das Karenzgeld (Karenzurlaubsgeld) abgelöst hat. Demnach kann vom haushaltsführenden Elternteil 2,5 Jahre lang Kindergeld in der Höhe von 436 Euro pro Monat bezogen werden. Bei einem Wechsel des betreuenden Elternteils kann sich die Bezugsdauer auf maximal drei Jahre erhöhen. Bei Mehrlings-Geburten kann nur für ein Kind Kindergeld bezogen werden. Voraussetzung für den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes ist, dass für das Kind ein Anspruch auf Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz (FLAG) besteht, dass der das Kindergeld beziehende Elternteil mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt lebt und nicht mehr als 14.600 Euro im Jahr dazu verdient, sowie, dass Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchgeführt werden. Damit wird erstmals seit der Einführung des Mut-

ter-Kind-Passes keine Beihilfe und kein Bonus gegeben, sondern der Bezug des Kindergeldes an die Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gekoppelt und somit ein **Malus-System** eingeführt (§7 des KBGG). Ab dem 21. Lebensmonat des Kindes müssen fünf gynäkologische Untersuchungen während der Schwangerschaft und fünf Untersuchungen des Kindes bis zu seinem 14. Lebensmonat absolviert werden. Die entsprechenden Untersuchungsbestätigungen müssen bis zum 18. Lebensmonat des Kindes nachgewiesen werden. Kann eine Frau die vorgesehenen Untersuchungen nicht vollständig nachweisen bzw. gegebenenfalls das Fehlen von Untersuchungen nicht begründen, so besteht ab dem 21. Lebensmonat des Kindes lediglich Anspruch auf die Hälfte des Kinderbetreuungsgelds, nämlich auf 7,27 Euro täglich. Somit würden bis zum Ende der gesetzlich möglichen Kinderbetreuungszeit nach 2,5 Jahren insgesamt 1.962 Euro an finanzieller Einbuße entstehen (die volle Höhe des Kindergelds wäre 3.924 Euro). Endet die Kinderbetreuungszeit mit dem 3. Lebensjahr des Kindes, wäre der finanzielle Verlust 3.270 Euro (die volle Höhe wäre 6.540 Euro). Die im Rahmen des Mutter-Kind-Pass vorgesehenen, für die PatientInnen kostenlosen ärztlichen Untersuchungen sind von TrägerInnen der gesetzlichen Krankenversicherungen bei versicherten und nicht versicherten Personen mit Wohnsitz in Österreich durchzuführen. Die Kosten werden vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Zuständig für das Mutter-Kind-Pass-Verfahren ist generell das Gesundheitsministerium.

9.2 Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm

Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm⁸¹⁵ basiert auf einer Richtlinie des WHO Regionalbüros für Europa zur Erstellung von Gesundheitsplänen für europäische Städte. Erfahrungen einiger europäischer Städte mit Gesundheitsförderungsplänen im Rahmen des Gesunde Städte Projekts flossen in die Entwicklung mit ein. Am 17. März 2000 wurde vom Wiener Gemeinderat das „Wiener Gesundheitsförderungsprogramm 2000“ beschlossen. Der darin verwendete Gesundheitsbegriff geht über ein medizinisches Gesundheitsverständnis hinaus und bezieht Lebensbedingungen, sozi-

ale Kontakte, Arbeitsverhältnisse, Wohnsituation oder auch die Beziehung zur Umwelt mit ein. Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm ist zum einen in der Stadt Wien, Bereichsleitung für Strukturentwicklung angesiedelt, welche für die strategische Planung zuständig ist. Die Umsetzung des Programms erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Fonds Soziales Wien, Projektmanagement Gesundheitsförderung.

Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm hat **drei Schwerpunktthemen**:

⁸¹⁴ Kinderbetreuungsgeldgesetz 2001 (KBGG), Bundesgesetzblatt I Nr. 103/2001 für die Republik Österreich vom 7. August 2001.

⁸¹⁵ <http://www.wien.gv.at/who/foerder.htm>

1. Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Das Programm „Ein Herz für Wien“⁸¹⁶ wurde im Jahr 2001 mit dem Ziel gestartet, die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Rauchen, ungesunde Ernährung, Stress, Bewegungsmangel, übermäßiger Alkoholkonsum, Übergewicht, Adipositas, Bluthoch-

druck, zu hoher Cholesterinspiegel) durch eine positive Veränderung des Lebensstils zu reduzieren. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei auf Gebiete mit hoher Herz-Kreislaufsterblichkeit (10., 11., 15., 20. Bezirk) gelegt, spezielle Zielgruppen sind ältere Menschen und sozial Schwächere, ausgewähltes Setting ist der Arbeitsplatz.

Tabelle 9.2: Schwerpunkte und Einzelprojekte des Gesundheitsförderungsprogramms „Ein Herz für Wien“

<p>Projekte zur Information der Bevölkerung und von MultiplikatorInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herz-Enquete (bislang drei Veranstaltungen für MultiplikatorInnen, d. h. ÄrztInnen, GesundheitsförderInnen) • Herz- und Seele-Enquete (2002), psychosoziale Entstehungsfaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen • Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Kongresses der European Society of Cardiology 2003 in Wien • Herzsripten • Herz-Info-Tage (zur Information der Bevölkerung) • Herzbroschüren (schriftliche Information für die Bevölkerung; u. a. bei niedergelassenen ÄrztInnen aufgelegt) • „Herz für Wien“ – Messestand (bei Frauen-, Männer-, SeniorInnengesundheitstagen, Sportveranstaltungen) • „Herz für Wien“ – Homepage http://www.einherzfuerwien.at • Herzbox in Wiener Apotheken (Infomaterial zu Herz-Kreislauf-Präventionsmaßnahmen) • Männergesundheitswoche 2003 <p>Projekte zur Förderung eines gesunden Lebensstils in der Bevölkerung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Walking Miles (sieben Strecken in Wien mit Infotafeln zur Integration von Bewegung in den Alltag) • Stadtwanderclub (geführte Wanderungen in mehreren Wiener Gemeindebezirken) • Heart Market und Heart Cooking (Infos zu „herzgesunden“ Lebensmitteln; Schaukochen gesunder Speisen) • Herzkochbuch (spezielle Kochrezepte für die Herzgesundheit) • „Wien isst gesund“ (Plakette für Wiener Beiseln, Gasthäuser, Restaurants, Bäckereien mit gesunden Speisen) • „5 am Tag“-Kampagne auf Wiener Märkten • Herzspiel (Computerspiel) <p>Projekte in spezifischen Settings</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blutdruckprojekt am Arbeitsplatz (in 15 Betrieben in Wien; siehe weiter unten) • Blutdruckmessen in der Leopoldstadt (mobiler Bus im Rahmen des Projekts „Gesunde Lepoldstadt“) • Herzinfo im Supermarkt (kostenloses Blutdruckmessen und Information zu herzgesundem Lebensstil) • Altern mit Hirn und Herz (Vortragsreihe für Menschen über 60 Jahren, auch zu Prävention von Osteoporose, Stürzen, Inkontinenz, Depression, Demenz; Herz-Kreislauf-Training, Beckenbodentraining, Hirnleistungstraining, etc.) • Herzlauf (in den Jahren 2003, 2004) • „Ein Mal im Jahr – alles klar“ (Vorsorgeuntersuchung) • „Feel free to say no“-Kooperation (Rauchen)

Quelle: STADT WIEN (2003), S. 263 ff.

Im Rahmen des von der Stadt Wien beauftragten „**Blutdruckprojektes**“⁸¹⁷ wurde in 15 Betrieben in Wien im Zeitraum von Juli 2001 bis Jänner 2003 bei 427 Arbeitern und 115 Arbeiterinnen (der Frauenanteil beträgt 21 Prozent) Blutdruck und Taillenumfang gemessen, Fragen zu Raucherstatus und Blutdruckbewusstsein

gestellt sowie der Body Mass Index errechnet. Während des Blutdruckmessens fand eine ca. 15- bis 20-minütige persönliche Information über Herz-Kreislauf-Risiken und Möglichkeiten der Lebensstiländerung statt. Das durchschnittliche Alter der TeilnehmerInnen betrug rund 41 Jahre. 46,0 Prozent waren übergewichtig

⁸¹⁶ <http://www.einherzfuerwien.at/>

⁸¹⁷ <http://www.wien.gv.at/who/lebensstile/doc/exkurs2.doc>

und 16,5 Prozent adipös. Den Risikofaktor einer abdominalen Adipositas wiesen 27,0 Prozent der TeilnehmerInnen auf, und zwar Frauen in deutlich stärkerem Ausmaß als Männer, das heißt 43,0 der Frauen und 22,8 Prozent der Männer hatten einen zu großen Taillenumfang (mehr als 102 Zentimeter bei Männern bzw. 88 Zentimeter bei Frauen). Dem entsprechend hatten auch mehr Frauen als Männer einen erhöhten Blutdruck: Bei 32,5 Prozent der Frauen und 29,0 Prozent der Männer war bereits ein erhöhter Blutdruck bekannt. Bei 17,9 Prozent wurde erstmals ein zu hoher Blutdruck diagnostiziert. 49,8 Prozent der TeilnehmerInnen gaben an, in den letzten sieben Tagen mindestens eine Zigarette geraucht zu haben. Insgesamt wiesen 87,6 Prozent der untersuchten Personen mindestens einen Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf (Bluthochdruck, Übergewicht, Rauchen oder abdominale Adipositas). Die Häufigkeit aller Risikofaktoren stieg mit Ausnahme des Rauchens mit zunehmendem Alter. Diese Daten verweisen auf die dringende Erfordernis von Programmen zur Reduktion des Herz-Kreislauf-Risikos bei ArbeitnehmerInnen bzw. am Arbeitsplatz.

2. Vermeidung von Haltungsschäden

Da Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen, wurde im Rahmen des „Wiener Gesundheitsförderungsprogramms 2000“ das Projekt „Bewegtes Lernen“⁸¹⁸ in über 100 Wiener Volksschulklassen gestartet. Dazu werden die LehrerInnen umfassend geschult. Externe ExpertInnen unterstützen bei der Erziehung mit und durch Bewegung. Die Kinder werden regelmäßig orthopädisch untersucht, jeder Projektklasse wird ein Gerätepool zur Verfügung gestellt.

3. Förderung einer gesunden Ernährung

Im Rahmen des „Wiener Gesundheitsförderungsprogramms 2000“ wurde das „Netzwerk Ernährung“ eingerichtet, das vor allem auf Schulung, Vernetzung und Weiterbildung von MultiplikatorInnen abzielt. Es sol-

len nicht neue Strukturen geschaffen werden, sondern vielmehr bestehende öffentliche und private Einrichtungen genutzt und miteinander verbunden werden.

Adipositas: Bewusstseinsbildung und Präventionsansätze

Am 26. April 2004 fand im Wiener Rathaus das Symposium „**Adipositas (Fettsucht) im Kindes- und Jugendalter: Eine Zeitbombe zwingt zum Handeln**“ statt,⁸¹⁹ bei der österreichische ExpertInnen über die Situation in Österreich und über aktuelle Präventionsmaßnahmen – gemeinsam mit ExpertInnen aus anderen europäischen Ländern – berieten. Unter den vorgestellten Projekten war das **Modellprojekt PRESTO** (Prävention: Erleben, Studieren, Organisieren), eine vom Fonds Gesundes Österreich geförderte Initiative zur Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Ansatzpunkte der Interventionen im Rahmen dieses Projekts sind Ernährung, Bewegung, Verhalten und generelle Gesundheitsförderung. Zielgruppe sind SchülerInnen im Alter von 11 bis 12 Jahren, aber auch Eltern, LehrerInnen und SchulärztInnen. Ein multidisziplinäres Team betreute die Aktivitäten: In 13 Einheiten wurde gemeinsames Kochen, ein Sportfest, ein Ideenwettbewerb und ein Gesundheitstag angeboten. Eine Projektzeitung dokumentierte den Projektfortschritt. Neben den LehrerInnen wurden auch die Eltern einbezogen. Insgesamt wurden 493 SchülerInnen in 12 Interventionsschulen und 12 Kontrollschulen erreicht. Das Projekt wurde mittels eines Vorher-Nachher-Vergleichs evaluiert, einbezogen wurden Gewicht, Ernährungswissen und Ernährungsprotokolle, die für Eltern und Kinder getrennt ausgewertet wurden. Es zeigte sich, dass SchülerInnen an Hauptschulen ein besonders geringes Wissen über Ernährung haben, einen geringen Obst- und Gemüsekonsum aufweisen und wenig Sport betreiben. Das Wissen über gesunde Ernährung konnte durch Interventionen in einigen Bereichen deutlich gebessert werden. Mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen haben ihre Ernährungsgewohnheiten verbessert, das heißt vermehrt Obst und Gemüse bzw. weniger Fett konsumiert.

⁸¹⁸ http://www.lehrerweb.at/Sub/Vereine/Bewegtes_Lernen/

⁸¹⁹ <https://www.wien.gv.at/who/adiposi.htm>

9.3 Weitere Beispiele frauenrelevanter Gesundheitsförderung

9.3.1 Förderung der psychischen Gesundheit

In den vergangenen Jahren ist die Förderung der psychischen Gesundheit (mental health promotion) zunehmend auf die politische Agenda von EU und WHO gesetzt worden. Ursache dafür ist vor allem die enorme gesellschaftliche Belastung durch die große Häufigkeit psychischer Probleme, wie z. B. Ängste, Depressionen, Alkoholerkrankungen, Demenzerkrankungen, Selbstmorde. Die WHO definiert **psychische Gesundheit** als „einen Zustand des Wohlbefindens, in dem der/die Einzelne seine/ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die alltäglichen Herausforderungen des Lebens bewältigen sowie produktiv und erfolgreich arbeiten kann und imstande ist, zur ihn/sie umgebenden Gemeinschaft beizutragen.“⁸²⁰ Hingegen sind **psychische Erkrankungen** laut Grünbuch der Europäischen Kommission zur psychischen Gesundheitsförderung „umfassende psychische Gesundheitsprobleme und -belastungen, Verhaltensstörungen in Verbindung mit Verzweiflung, konkreten psychischen Symptomen und diagnostizierbaren psychischen Störungen wie Schizophrenie und Depression.“⁸²¹ Seit Ende der 1990er Jahre gibt es daher zahlreiche Projekte auf EU-Ebene, wie z. B. die European Alliance Against Depression.⁸²² Im Jahr 2005 wurde bei einer WHO-Konferenz der GesundheitsministerInnen die „Mental Health Declaration for Europe“ und der „Mental Health Action Plan“ veröffentlicht. Der **WHO Mental Health Action Plan** umfasst folgende Forderungen:⁸²³ Bewusstsein für die Bedeutung psychischer Gesundheit schaffen, Bekämpfung von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, Einbeziehung von Menschen mit psychischen Problemen und ihrer Angehörigen, Entwicklung von umfassenden, integrativen und effizienten Programmen für psychische Gesundheit (in den Sektoren Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung, Pflege, Rehabilitation), Ausbildung spezialisierter Arbeitskräfte für den Bereich psychische Gesundheit und schließlich Anerkennung von

Erfahrung und Wissen der Betroffenen als wesentliche Grundlage für die Planung und Entwicklung von Maßnahmen und Angeboten. Der **Fonds Gesundes Österreich** hat mehrere Aktivitäten im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit gesetzt, wie z. B. die Einberufung einer Konferenz zu diesem Thema im Jahr 2004 oder die Teilnahme an internationalen Projekten (Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries, EMIP).⁸²⁴

9.3.2 HIV/AIDS-Prävention der AIDS-Hilfe Wien

Seit 1985 bietet die Aids Hilfe Wien Beratung und Betreuung für Betroffene an und setzt zielgruppenspezifische präventive Maßnahmen. Seit 1997 gibt es eine eigene Abteilung für frauenspezifische HIV/AIDS-Prävention.

HIV/AIDS-Prävention für Jugendliche⁸²⁵

Die Bedürfnisse junger Menschen in Bezug auf Liebe und Sexualität waren immer schon ähnlich, allerdings haben sich die Voraussetzungen drastisch verändert: Junge Menschen müssen vieles beachten, das auf das Erfahren ihrer Sexualität mitunter einschränkend und hemmend wirken kann. Jugendliche weisen manchmal ein erhöhtes Risikoverhalten auf oder sie können sich nicht immer durchsetzen, wenn es beispielsweise um das Einfordern von geschütztem Geschlechtsverkehr geht. Die Sinnhaftigkeit eines Beginns von HIV/AIDS-Prävention im frühen Jugendalter besteht darin, dass sich ungünstige Verhaltensmuster weniger leicht verfestigen. Aufgaben, Ziele und Inhalte der Jugendprävention sind daher auf Aufklärung, Weitergabe von Wissen und Verhaltensänderung unter Jugendlichen in Bezug auf ihr Risikoverhalten gerichtet. Die Hauptaufmerksamkeit liegt auf der konkreten Umsetzung des theoretischen Wissens in die Praxis: Wie werden Kondome richtig ver-

⁸²⁰ http://www.who.int/mental_health

⁸²¹ http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf

⁸²² <http://www.eaad.net/>

⁸²³ <http://www.who.dk/document/mnh/edoc07.pdf>

⁸²⁴ <http://www.fgoe.org/veranstaltungen/weitere-fgoe-veranstaltungen/archiv/expertinnenworkshop-seelische-gesundheit>

⁸²⁵ Dieser Beitrag wurde freundlicherweise von der AIDS Hilfe Wien, Frau Mag.^a Deborah KLINGLER, Abteilung für Jugendprävention, zur Verfügung gestellt (gekürzt; weitere Informationen auf www.aids.at).

wendet? Welchen Einfluss haben soziale Komponenten wie Geschlecht, Alter, Religion auf die Akzeptanz von Sexualität, Verhütung, Kondomverwendung? Ein weiterer Schwerpunkt ist die persönliche Auseinandersetzung mit betroffenen Menschen bzw. der möglichen HIV-Infektion: Welche Auswirkungen hat eine Infektion auf die Psyche einer Frau, eines Mannes? Welche sozialen und gesellschaftlichen Konsequenzen resultieren daraus? Inwieweit sind Angst, Krankheit und Tod im Zusammenhang mit HIV/AIDS Tabuthemen? Ziele der Arbeit der Jugendprävention zum Thema HIV/AIDS sind einerseits die erwähnte Bewusstseinsveränderung im Sexualleben der Jugendlichen, andererseits aber auch die Steigerung der Akzeptanz gegenüber bereits Betroffenen. Damit soll erreicht werden, dass sich Jugendliche von Beginn ihrer erwachenden Sexualität an mit den Risiken und Vorurteilen zum Thema HIV/AIDS auseinandersetzen und für sie ein angemessener und reifer Umgang mit den unterschiedlichen Fragestellungen und Problemen lebbar wird. Durch Information können Ängste und Vorurteile gezielt abgebaut und hinterfragt sowie ein lustvoller und selbst bestimmter Zugang zur eigenen Sexualität ermöglicht werden. Zu diesen Themenschwerpunkten gibt es von der Aids Hilfe Wien, Abteilung Jugendprävention, folgende konkrete Angebote: spezifisches Informationsmaterial, Infostände, Workshops (schulisch/außerschulisch) für Jugendliche, Peer Education („Gleiche beraten Gleiche“) und eine Homepage (www.aids.at).

HIV/AIDS-Prävention bei Frauen⁸²⁶

Vorrangiges Ziel der Arbeit der Aids Hilfe Wien ist es, das Thema HIV/AIDS zu enttabuisieren, offen über Ursachen und Ansteckungswege zu sprechen und so die Situation von Betroffenen zu verbessern und neue Infektionen zu verhindern. Immer größere Anforderungen an Präventionsarbeit, Aufklärung und Betreuung von HIV-Positiven bzw. AIDS-Kranken machten eine zentrale Anlaufstelle für alle Betroffenen und Interessierten notwendig: Seit 1. Dezember 1997 erfüllt das Aids Hilfe Haus diese Aufgaben.

Frauen der Allgemeinbevölkerung waren lange Zeit kein Thema der HIV/AIDS-Prävention, wo es vor allem um so genannte Risikogruppen wie Schwule, SexarbeiterInnen oder DrogenkonsumentInnen ging. Doch in-

zwischen sind international schon etwa die Hälfte aller HIV-Infizierten Frauen. Hauptgrund dafür ist der heterosexuelle Geschlechtsverkehr ohne Kondom. Die Tendenz für die Übertragung von HIV auf diesem Wege ist nach wie vor steigend. In Österreich sind ein Drittel aller HIV-Infizierten Frauen, die sich hauptsächlich durch Sexualkontakte mit dem Virus angesteckt haben. Daher ist ein zentrales Thema von Frauen-Workshops der Aids Hilfe Wien, die Schwierigkeiten anzusprechen, die beim Einfordern von Safer Sex mit dem Partner auftreten können.

Wo, wie und wann kann und muss die HIV/AIDS-Frauenprävention ansetzen? Frauen stellen keine homogene Zielgruppe dar. Wenn sich Präventionsarbeit an Parametern wie Zeit, Ort, Lebenssituation, Lebenswelt, SexualpartnerInnen und -praktiken orientiert, ergibt sich automatisch die wichtige und sinnvolle Aufgliederung der Zielgruppe Frauen in Subgruppen⁸²⁷ wie etwa Mädchen und junge Frauen in konfliktreichen Lebensabschnitten, Partnerinnen nicht monogamer Männer, Partnerinnen HIV-positiver Männer, Frauen in Haft, Migrantinnen und Multiplikatorinnen, die beruflich oder privat mit der Betreuung und Beratung von Frauen zu tun haben. Vor allem ist es wichtig, detailliert auf die jeweilige Lebenssituation der Frauen einzugehen.

Die Frauenprävention der Aids Hilfe Wien verwendet seit zwei Jahren in ihren Workshops eine Plüschvulva, die das weibliche Geschlechtsorgan sichtbar, begreifbar und beschreibbar machen soll. Die Vulva wird in die jeweilige Methodik des Workshops eingebaut oder hat zumindest ihren fixen Platz neben dem Penis, der für die Demonstration der Kondomverwendung benutzt wird. So soll das Körperbewusstsein der Frauen gefördert und an ihren Hemmungen und Ängsten vor der eigenen Sexualität gearbeitet werden. Der Leitsatz der Frauenprävention der Aids Hilfe Wien ist seit nunmehr sechs Jahren: „Frauen sollen dazu ermutigt werden, auf den Schutz ihrer Gesundheit zu bestehen und ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit vehement einzufordern.“ Um das zu erreichen, ist neben der Information über HIV auch wichtig, die Frauen zu sensibilisieren und zu empowern und vor allem für ihre jeweilige Lebenssituation Verständnis aufzubringen.

⁸²⁶ Dieser Beitrag wurde freundlicherweise von der Aids Hilfe Wien, Frau Dr.ⁱⁿ Elisabeth BERGER, Abteilung für Frauenprävention, zur Verfügung gestellt (gekürzt; weitere Informationen auf www.aids.at).

⁸²⁷ HILGEFORT (2000).

Seit 1999 betreut die Frauenprävention der Aids Hilfe Wien auch die **HIV-Prävention für MigrantInnen** – wobei gleich vorweg bemerkt sei, dass MigrantInnen keine Gruppe mit von vorneherein erhöhtem Risiko darstellen. Vielmehr machen ihre soziale Lage und ihr Lebenskontext besondere Präventionsstrategien zur Aufklärung über eventuelles Risikoverhalten erforderlich, um das Ungleichgewicht im Informationszugang aufzuheben. Das Motto lautet hier: Integration durch Information. Seit 1999 macht die Aids Hilfe Wien im Rahmen des „**Parkprojekts**“ in den Sommermonaten HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten in Wiener Parkanlagen, das in erster Linie Frauen über ein selbst bestimmtes, sicheres Sexualleben informiert. Das Parkprojekt hat sich nach sieben Jahren Erfahrung zu einer Mischung aus aufsuchender Frauen- und Jugendarbeit, Parkbetreuung und MultiplikatorInnenschulung im Gesundheitsbereich entwickelt. Seit 2002 sind türkischsprachige männliche ReferentInnen im Team, die mit den Männern und Burschen über Safer Sex und Kondome sprechen und Verantwortungsbewusstsein mittels eines peer to peer-Gesprächs einfordern. Bisher konnten durch die regelmäßige Durchführung des Parkprojektes in sieben Jahren ca. 17.000 Personen erreicht werden, wobei eine ständige Steigerung von 917 erreichten Personen im Jahr 1999 auf 4.110 im Jahr 2005 zu verzeichnen war. Der Anteil an erreichten Frauen und Mädchen lag im Jahr 1999 bei 65 Prozent, in den letzten Jahren wurden aber auch vermehrt Männer einbezogen, sodass das Geschlechterverhältnis ausgewogen ist.

Weitere frauenspezifische Angebote der Aids Hilfe Wien sind der **Frauen-/Lesbenchat**, der regelmäßig alle sechs Wochen auf www.rainbow.or.at stattfindet und allgemeine Anfragen genauso wie Spezialthemenchats zu den verschiedenen sexuell übertragbaren Erkrankungen oder psychosozialen Aspekten behandelt. Seit nunmehr drei Jahren betreut die Frauenprävention auch betroffene Frauen: **All Around Women**, ein Aktiv-Wochenende für betroffene Frauen, das einmal jährlich an einem Wellness-Ort stattfindet, fördert das Gesundheitsbewusstsein der Frauen, bietet psychologische Unterstützung an und soll auch die Bildung von

Selbsthilfe-Gruppen ermöglichen. Zudem werden regelmäßig beim **Frauencafé** im Tageszentrum des Aids Hilfe Hauses jeden Donnerstag Gesundheitsthemen für betroffene Frauen angesprochen.

9.3.3 Gesundheitsförderung für ältere Frauen

Investition in die Gesundheit älterer Menschen

Aktives Altern ist eines der Kernthemen des WHO Gesunde Städte-Netzwerks,⁸²⁸ dem Wien seit 1986 angehört.⁸²⁹ In ihrer politischen Strategie definiert die WHO aktives Altern als einen „... Prozess zur Optimierung der Gesundheitschancen, der Mitwirkung und der Sicherheit mit dem Ziel der Steigerung der Lebensqualität von Menschen, die altern.“⁸³⁰ Aktives Altern ermöglicht Menschen, ihr Potenzial für physisches, geistiges und soziales Wohlbefinden über den gesamten Lebenslauf hinweg zu stärken.⁸³¹ Dazu gehört die aktive Teilhabe an der Gesellschaft, ebenso wie adäquate Pflege, wenn diese notwendig wird. Aktivität im Alter bedeutet Fortsetzung der Teilnahme an sozialen, ökonomischen, kulturellen und bürgerschaftlichen Aktivitäten über die Zeit des Berufslebens hinaus und hat wesentlichen Einfluss auf die Aufrechterhaltung der Gesundheit. Die Wahrung der Autonomie, Unabhängigkeit und Mitwirkung älterer Menschen ist nicht nur Ziel der Individuen selbst, sondern auch der Politik. Die Politik des „Aktiven Alterns“ beinhaltet die Unterstützung der Eigenverantwortung, die Schaffung einer altersgerechten Umwelt und die Förderung generationenübergreifender Solidarität.

„**Aktiv ins Alter**“⁸³² ist ein WHO-Demonstrationsprojekt, das in Kooperation des Instituts für Soziologie der Universität Wien mit dem Verein Wiener Sozialdienste in den Jahren 2002 bis 2004 umgesetzt wurde, finanziert von der Stadt Wien (Bereichsleitung Sozial- und Gesundheitsplanung). Ziel des Projekts war, ältere Menschen dabei zu unterstützen, eine selbst bestimmte und selbständige Lebensführung im Alter zu erlangen und damit eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität, ins-

⁸²⁸ http://www.euro.who.int/healthy-cities/city/20040714_1

⁸²⁹ <http://www.wien.gv.at/who/projekt.htm>

⁸³⁰ <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf>

⁸³¹ http://www.euro.who.int/Document/HEA/Gesundes_Altern_G.pdf

⁸³² www.aktivinsalter.at

besondere der gesundheitlichen Situation der Menschen im Dritten Lebensalter (55- bis 80-Jährige) in Wien zu erreichen. Spezielle Zielgruppe waren ältere Menschen über 55 Jahre, die im Prozess des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben sind oder kürzlich ihren langjährigen Partner durch Tod verloren haben. Regionale Infrastrukturen und Netzwerkressourcen, die im Zusammenhang mit einer aktiven und selbst bestimmten Lebensführung im Alter stehen, stehen in Wien zwar in zunehmendem Maß zur Verfügung, sind aber bislang noch nicht ausreichend vernetzt. Das Projekt stellt eine Gelegenheit dar, die bisherigen Erfahrungen und Entwicklungen zusammenzuführen und im Sinne des von der WHO vertretenen Leitkonzepts des aktiven Alterns weiterzuentwickeln. Zudem wurde eine Verbesserung der fach- und sektorenübergreifenden Kooperation und Vernetzung zwischen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen auf regionaler und institutioneller Ebene sowie den BürgerInnen gefördert. Im Rahmen des Projekts wurden bewusst keine neuen Angebote geschaffen, primäres Ziel war, durch aktivierende und vernetzende Maßnahmen ein selbst bestimmtes und aktives Leben zu fördern. Die Arbeitsweise ist auch insofern innovativ, als sich hier speziell ausgebildete „AdvokatInnen“ bzw. BürgerassistentInnen direkt an die ältere Bevölkerung wenden.

Unfallverhütung

Ausgehend von den Modellprojekten „Sicher Gehen über 60“ und „Josefstadt – ganz schön sicher“ wurde im November 2003 das umfassende **Unfallverhütungsprojekt „wien sicher!“**⁸³³ gestartet, das mit Ende 2005 jedoch ausgelaufen ist. Projektziel war die Reduktion der Heim- und Freizeitunfälle und der damit in Zusammenhang stehenden Krankenhausaufenthalte und Todesfälle. Zielgruppen waren neben den SeniorInnen vorrangig Kinder beziehungsweise deren Eltern, Jugendliche sowie FreizeitsportlerInnen. Die Aktivitäten umfassten die Einrichtung einer Beratungsstelle für Unfallverhütung sowie die Vernetzung bestehender Organisationen. Finanziert wurde das Projekt durch die Stadt Wien, die Wiener Gebietskrankenkasse, das Kuratorium für Schutz und Sicherheit, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, die Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien, die Sozialversi-

cherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

Altern mit Hirn und Herz

Zielgruppe dieses im Jahr 2001 umgesetzten Projekts waren Menschen in Wien über 60 Jahre. Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderer Erkrankungen im Alter (Osteoporose, Stürze und Frakturen, Inkontinenz, Depression, Demenz, etc.) wurden gesetzt. Bei einer Vortragsreihe wurden insgesamt 350 Personen über diese Krankheiten – auch mit schriftlichen Unterlagen – informiert. Eine Evaluation zeigte, dass der Wissenszuwachs in allen Altersgruppen beachtlich war. In einem zweiten Teil des Projekts wurden praktische Kurse wie Herz-Kreislauf-Training, Beckenbodentraining, Wirbelsäulengymnastik, Hirnleistungstraining sowie Tai-Chi, Qigong und Tanztherapie angeboten. Partner bei diesem Projekt waren das Herz-für-Wien-Programm, das Wiener Programm für Frauengesundheit und das Ludwig-Boltzmann-Institut für Rehabilitation in der Geriatrie, letztere als ausführende Institution.

Gesundes Altern, Lebensqualität und Stadtentwicklung

Die Großstudie „Leben und Lebensqualität in Wien“ wurde im Jahr 2003 von der Abteilung für Stadtentwicklung (MA18)⁸³⁴ in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse stehen in Zusammenhang mit Bemühungen, durch Analysen der baulichen Strukturen im Kontext der sozialen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen die Wohn- und Lebenssituation älterer Menschen in Wien zu verbessern. In die Erarbeitung neuer Konzepte der Stadtentwicklung und Stadtplanung werden transdisziplinäre Teams aus StadtsoziologInnen, ArchitektInnen und GesundheitsförderungsexpertInnen eingebunden.⁸³⁵

Wissensstand über die Situation älterer Frauen

Die Ergebnisse des vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung⁸³⁶ durchgeführten 12-Länder-Forschungsprojekts MERI⁸³⁷ (Mapping

⁸³³ <https://www.wien.gv.at/who/wiensicher.htm>, <http://www.wiensicher.at/>

⁸³⁴ <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/ma18/index.htm>

⁸³⁵ <http://www.srz-gmbh.com>; <http://www.christianefuehrstein.at>

⁸³⁶ <http://www.euro.centre.org>

existing research and identifying knowledge gaps on older women) belegen, dass die Chancengleichheit für ältere Frauen noch lange nicht erreicht ist und auf vielen Gebieten das Wissen über die Situation von Frauen ab 50 begrenzt ist. Gesellschaftliche und politische Partizipation sowie die Bildung älterer Frauen sind zwei große Themenbereiche, die weder in lokalen, regionalen, nationalen noch in internationalen Kontexten als bedeutsam eingestuft werden. Als eine weitere Unbekannte wurde das Thema Gewalt gegen ältere Frauen thematisiert, wobei besonderer Bedarf an konkreten Daten zur Gewalt im Pflegebereich besteht. Ausständig ist auch eine fundierte Analyse der materiellen Situation im Hinblick auf die Armutsgefährdung älterer Frauen.

9.3.4 Gesundheitsförderung für MigrantInnen

Gesundsein in Wien. Handbuch für nicht-deutschsprachige PatientInnen und KlientInnen

Der Fonds Soziales Wien hat ein vom Wiener Programm für Frauengesundheit erstelltes Adressenverzeichnis über fremdsprachige ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen sowie über gesundheitsrelevante Behörden und Beratungsstellen in Wien herausgegeben. Das Handbuch bietet einen Überblick in 15 Sprachen (Albanisch, Arabisch, Bosnisch, Griechisch, Hebräisch, Kurdisch, Kroatisch, Persisch, Polnisch, Russisch, Schwedisch, Serbisch, Slowenisch, Slowakisch, Tschechisch, Türkisch, Ungarisch). Zielgruppe sind MigrantInnen sowie MitarbeiterInnen in Gesundheits- und Beratungseinrichtungen. Das Handbuch liegt in einer zweiten, aktualisierten Auflage vom November 2005 vor und steht auch im Internet zum Download zur Verfügung.⁸³⁸

Gemeinsam wohl fühlen. Bewegungs- und Ernährungskurs für Migrantinnen aus der Türkei

Ausgangspunkt des im Frauengesundheitszentrum FEM Süd im Zeitraum von April 2004 bis April 2005 durchgeführten Projekts „Gemeinsam wohl fühlen“ waren Beobachtungen im Rahmen der langjährigen

Arbeit, dass ein hoher Prozentsatz der Frauen aus der Türkei an Übergewicht und damit einhergehenden Beschwerden leidet. Weiters wurde deutlich, dass ein Großteil der Frauen geringe Kenntnis über gesunde Ernährung hat und viele noch nie Sport betrieben haben. Ziel des vom FEM Süd entwickelten und durchgeführten Projekts war die Verbesserung der gesundheitlichen Situation türkischsprachiger Migrantinnen durch Änderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten. Das Projekt wurde vom Fonds Gesundes Österreich, dem Wiener Krankenanstaltenverbund sowie dem Wiener Programm für Frauengesundheit beim Fonds Soziales Wien finanziell unterstützt. Projektziel war die Entwicklung eines dreimonatigen Ernährungs- und Bewegungs-Programms speziell für Migrantinnen aus der Türkei. Wesentliche **Zielsetzung** dabei war eine langfristige, gesunde Gewichtsreduktion und die Erhaltung bzw. Wiederherstellung eines gesundheitlichen Wohlbefindens. Zusätzliche positive Effekte lagen primär in der Einbindung in das gesundheitliche Versorgungssystem, aber auch in der Bewusstseinssteigerung für gesundheitsbezogene Fragen. Auf der psychosozialen Ebene zeigten die Einbeziehung der Familie und die Förderung des Selbstbewusstseins günstige Effekte, die sich letztlich positiv auf die soziale Integration auswirken können. Die **praktische Umsetzung** des Projekts bestand in einem Bewegungs- und Ernährungskurs, an dem Migrantinnen aus der Türkei über zwölf Wochen je ein Mal pro Woche teilnahmen. Jede Kurseinheit umfasste neben dem Bewegungsangebot einen Theorieteil, welcher – wie der gesamte Kurs – in türkischer Sprache abgehalten wurde. Der Theorieteil wurde von einem Arzt bzw. Ernährungsexperten bestritten und orientierte sich hauptsächlich am Interesse der Teilnehmerinnen. Insgesamt nahmen 106 Frauen am Projekt teil. Es wurden sechs Kurse durchgeführt, davon vier in den Räumlichkeiten des FEM Süd, jeweils einer im Verein „Station Wien“ und im Verein „Aktive türkische Frauen“.

Mittels begleitender **Evaluierung** konnten im Verlauf des Kurses erforderliche Änderungen aufgezeigt und das Ernährungs- und Bewegungsprogramm direkt auf die Bedürfnisse der Migrantinnen zugeschnitten werden. 90 Prozent der TeilnehmerInnen konnten die von ihnen gesteckten Ziele „regelmäßiges Essen“, „Bewe-

⁸³⁷ www.own-europe.org/meri/pdf/article-austria.pdf

⁸³⁸ http://www.fsw.at/Dokumente/Broschueren/MigrantInnenhandbuch_web.pdf

gung im Alltag“ und „gesundes Essen“ erreichen. Die Teilnehmerinnen verbesserten durch den Kurs ihre individuellen Essens- und Bewegungsgewohnheiten: Essen als Problembewältigung (z. B. Ärger, Einsamkeit, Nervosität, Langeweile) konnte ebenso wie mangelnde sportliche Betätigung stark reduziert werden. So sank z. B. das Durchschnittsgewicht der Frauen um ca. 5 Kilogramm. Sportarten wie Gymnastik und Joggen wurden nach Beendigung des Kurses deutlich häufiger ausgeführt. Viele der Teilnehmerinnen sind im Rahmen des Kurses auch zum ersten Mal Rad gefahren.

Gelebte Integration im Krankenhaus – interkulturelle Kommunikation und Betreuung

Ein Pilotprojekt zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation und Betreuung im Krankenhaus wurde in den Jahren 2002 und 2003 an der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses Wien von einem überwiegend aus weiblichen MitarbeiterInnen bestehenden interdisziplinärem Team durchgeführt (Gesundheits- und Krankenschwester, Hebamme, ÄrztInnen, Sozialarbeiterin, Dolmetscherinnen). Ausgangspunkt des Projektes war die Beobachtung, dass Barrieren von MigrantInnen im Zugang zum Gesundheitssystem, vor allem in der Kommunikation, die Diagnosestellung verzögern und/oder verkomplizieren sowie notwendige Behandlung verhindern und/oder verzögern können. Unnötige medizinische Maßnahmen werden eingeleitet, führen zu mangelnder Compliance und beeinträchtigen damit die Effizienz einer Behandlung ebenso wie die PatientInnenzufriedenheit maßgeblich. Zielgruppen des Projektes waren alle Patientinnen der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses mit türkischer Herkunft bzw. Frauen aus Ex-Jugoslawien. Auf der Basis einer Ausgangs- und Umfeldanalyse sowie einer PatientInnen- und MitarbeiterInnenbefragung wurden Informations- und Fortbildungsveranstaltungen geplant und die Entwicklung weiterer konkreter Maßnahmen in Angriff genommen. Als zentrales Problem bei der Betreuung der PatientInnen mit nicht deutscher Muttersprache erwiesen sich Sprachbarrieren. Türkische Patientinnen wünschen sich eine stärkere Berücksichtigung ihrer kulturellen Traditionen (z. B. im Bereich der Essgewohnheiten). Mehr als zwei Drittel der türkischen Frauen wünschten sich eine Frau als be-

handelnde ÄrztIn. Als Kernpunkt in der Verbesserung der medizinischen Versorgung von ZuwanderInnen erwies sich die Bildung multiethnischer Behandlungsteams, auch Dolmetschdienste wären eine kurzfristige Übergangslösung.

Initiativen von und für ältere MigrantInnen

Zur Frage der sozialen und gesundheitlichen Lage der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Wien wurden in den vergangenen Jahren mehrere Projekte durchgeführt und Initiativen gesetzt. Ein Großteil der entstandenen Angebote ist auf der Ebene von Vereins- oder Freiwilligenarbeit angesiedelt, eine Diversifizierung der öffentlichen sozialen Dienste und Einrichtungen ist nur marginal zu erkennen.⁸³⁹

IntegrationsInfoService – muttersprachlicher Kontaktbesuchsdienst: Im Rahmen der seit 1993 von den Gesundheits- und Sozialzentren angebotenen SeniorInnenberatung wurde in den vergangenen Jahren erstmals ein muttersprachlicher Kontaktbesuchsdienst für MigrantInnen erprobt. Dies geschah auf Initiative des von den Wiener Sozialdiensten durchgeführten und von der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL unterstützten Projektes „IntegrationsInfoService von MigrantInnen für Migranten“. Das Projekt verbindet Qualifizierung von MigrantInnen der jüngeren Generation als BeraterInnen mit einer im Rahmen der Hausbesuche durchgeführten Erhebung der Bedürfnisse und entsprechender Beratung der älteren MigrantInnen. Das Angebot wurde gut angenommen. Es zeigte sich, dass interkulturelle Information alleine nicht genügt, sondern die Notwendigkeit besteht, weitere Betreuungsangebote in relevanten Sprachen einzurichten.

Beratung am Eck – Servicestelle für Zugewanderte: Im mehreren Befragungen⁸⁴⁰ in Wien wurde ein geringer Kenntnisstand von älteren MigrantInnen hinsichtlich des Angebots an Gesundheits- und Sozialleistungen (z. B. Heimhilfe, mobile Krankenpflege, Sozialnotruf oder Pensionistenwohnheime) festgestellt. Als Maßnahme wurde die im Rahmen des Projekts „Senior Plus“ eingerichtete Beratungsstelle unter dem Namen „Beratung am Eck“ als MigrantInnen-Servicestelle des Gesundheits- und Sozialzentrums für den 6., 7., 14. und 15. Bezirk weitergeführt. Die Beratungen beinhalten

⁸³⁹ KREMLA (2005).

⁸⁴⁰ REINPRECHT (1999, 2000).

Hilfe bei Übersetzungen, beim Ausfüllen von Formularen oder bei finanziellen Fragen (Pensionen, Beihilfen und Pflegegeld).

Seniorentreff und Beratung für ältere MigrantInnen im 10. Bezirk: Der Seniorentreff entstand auf Eigeninitiative von zwei türkischen Frauen, die der Einsamkeit und dem hohen Bedarf an Austausch und Beratung bei älteren MigrantInnen entgegen wirken wollten. Einmal wöchentlich bieten die beiden Frauen Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen und bei Übersetzungen an, stellen sich als Gesprächspartnerinnen zur Verfügung und organisieren Ausflüge, Informationsveranstaltungen und einen Deutschkurs. Die Angebote werden vorwiegend von älteren türkischsprachigen MigrantInnen in Anspruch genommen, etwa drei Viertel davon sind Frauen. Die beiden Gründerinnen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

Seniorenverein von und für MigrantInnen: Der „Seniorenverein von und für MigrantInnen“ ist eine Interessensvertretung zugewanderter SeniorInnen und strebt die Gleichstellung mit anderen Seniorenvertretungen an, das heißt vor allem Sitz und Stimme im Bundesseniorenbeirat. Derzeit können in den österreichischen Seniorenverbänden nur Männer ab 60 und Frauen ab 55 Mitglieder werden, die eine Pension beziehen und österreichische Staatsangehörige sind. Ziele des Seniorenvereins von und für MigrantInnen sind die Förderung von Selbsthilfe, Freizeitgestaltung, Integration und Weiterbildung. Zu den Aktivitäten des Vereins gehören Vorträge und Versammlungen, Diskussionsabende sowie die Beratung von Institutionen, die sich für ältere MigrantInnen öffnen wollen. Die Arbeit der 26 Mitglieder erfolgt ausschließlich ehrenamtlich.

Internationaler Pensionistenclub: Die auf Basis des österreichischen SeniorInnengesetzes geförderten **Pensionistenclubs** sind bislang vor allem auf die Bedürfnisse älterer ÖsterreicherInnen ausgerichtet. Davon ausgehend wurden drei Modellprojekte umgesetzt. Im fünften Wiener Gemeindebezirk wurde auf Initiative von MitarbeiterInnen des Pensionistenheims Margareten in Zusammenarbeit mit dem Büro der Wiener Integrationsstadträtin, dem Kuratorium für Pensionistenheime und der Bezirksvertretung der **Internationale Club** eingerichtet. Die Clubtreffen finden jeden Freitag am Nachmittag statt. Zielsetzung des Clubs ist die

Zusammenführung von SeniorInnen unterschiedlicher ethnischer und kultureller Herkunft. Zum Programm gehören Veranstaltungen, z. B. ein Filmabend über die Türkei, gemeinsame Feste und Abende zum Kennenlernen der Traditionen der verschiedenen Gruppen. Ein Erfolg dieser Arbeit ist, dass Kontakte auch außerhalb der Treffen entstanden sind. Im 15. Bezirk findet der Club an jedem Mittwochnachmittag in den Räumen der „Beratung am Eck“ statt. Der von einer türkischsprachigen Betreuerin begleitete Club wird vor allem von Frauen besucht. Informationsangebote, z. B. über Pensionsrecht ergänzen die Treffen, deren wichtigstes Element auch hier das Zusammenkommen an einem leistbaren und öffentlichen, aber doch geschützten Ort ist. Auch dieser Club ist mit wöchentlich 20 bis 30 BesucherInnen stark frequentiert.

9.3.5 Gesundheitsförderung im Spital

„**Migrant friendly hospital – Interkulturelles Krankenhaus**“⁸⁴¹ ist ein Projekt, das in den Jahren 2002 bis 2004 am Schwerpunktkrankenhaus Kaiser-Franz-Josef-Spital im 10. Wiener Gemeindebezirk durchgeführt wurde. Das Kaiser-Franz-Josef-Spital verfügt über 714 Betten, jährlich werden etwa 27.000 PatientInnen stationär und 150.000 PatientInnen ambulant versorgt. Das Spital wird sehr häufig von MigrantInnen frequentiert. Seit mehr als drei Jahrzehnten trägt Krankenhauspersonal aus den Philippinen, Indien, Tunesien und einigen osteuropäischen Ländern zur Interkulturalität des Hauses bei. Die 1.835 Angestellten des Hauses kommen aus 36 Ländern. Die gynäkologische Abteilung verfügt über eine türkische Community-Dolmetscherin, die auch an anderen Abteilungen aushilft. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum FEM und dem Männergesundheitszentrum MEN, beide im Kaiser-Franz-Josef-Spital angesiedelt, die eine ihrer vordringlichen Aufgaben in der Organisation von muttersprachlicher medizinischer, psychologischer und sozialer Beratung sieht. Projektträger sind die Europäische Kommission (DG Gesundheit und Verbraucherschutz) sowie das Bundesministerium für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK). Insgesamt nehmen 12 Europäische Spitäler am Projekt teil. Das Projektteam bestand überwiegend aus weiblichen MitarbeiterInnen und war multidisziplinär ausgerichtet (ÄrztInnen, Diplomierte Kranken- und Gesundheitsschwester, Psychologin). Hauptthema des Pro-

⁸⁴¹ <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>

jektes war die Verbesserung von Gesundheitsbewusstsein, -status und -versorgung bei MigrantInnen, aber auch die Unterstützung von Krankenhauspersonal bei Problemen im Zusammenhang mit interkulturellen Betreuungssituationen. Beispiele für erreichte Ziele:

- Ein virtuelles Informationszentrum wurde eingerichtet, das heißt, Übersetzung von Informationsblättern zum Thema Hepatitis und Nadelstichverletzungen sind über Intranet allen MitarbeiterInnen zugänglich.
- Ein Merkblatt über Bestattungsrichtlinien auf Türkisch und Serbisch/Kroatisch/Bosnisch wurde im Intranet zur Verfügung gestellt. Konzipiert wurde auch eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema Krankheit und Tod im Kontext unterschiedlicher Religionen.
- Eine Liste über MitarbeiterInnen mit Fremdsprachenkenntnissen ist im Intranet verfügbar.
- Der Ankauf eines speziellen Wörterbuchs für medizinische Fachausdrücke (Wie sagt's der Arzt auf ...) wurde durch einen externen Sponsor ermöglicht.
- Die Erfassung von Geburtsland und bevorzugter Sprache für die Kommunikation im Spital im Rahmen der Erhebung der PatientInnenanamnese wurde beim KAV beantragt.
- Vorträge über transkulturelle Pflege und Migrationsmedizin sollen regelmäßig ins laufende Fortbildungsprogramm aufgenommen werden. Eine Liste über ExpertInnen, die als Vortragende geeignet sind, wurde erstellt.
- Die Aufnahme von migrationsbezogenen Gesundheitsthemen in das Curriculum der Medizinstudenten an der Universität Wien wurde vorgeschlagen.
- Einfache Piktogramme wurden im Stations- und Ambulanzbereich angebracht.
- Ein Paravent für den Andachtsraum wurde angekauft.
- Im Speiseplan sind schweinefleischhaltige Speisen mit einem vielsprachigen Zusatz versehen.

9.3.6 Gesundheitsförderung und Pflege

Prävention durch Pflege

Abgesehen von einigen theoretischen Ansätzen ist der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege bislang noch gering und häufig auf medizinische sekundärpräventive Maßnahmen der Verhinderung von Folgeerkrankungen beschränkt.⁸⁴² Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege bedeutet, dass beruflich Pflegendе und ÄrztInnen über die Kranken- und Altenpflege hinaus in zunehmendem Maße Gesundheitspflege übernehmen. **Pflegeprävention** ist als gesundheitsförderliches, präventives und rehabilitatives pflegerisches Handeln zur Erhaltung von Selbständigkeit und Gesundheit oder zur Vorbeugung und Abmilderung von Pflegebedarf definiert und hat einerseits das Ziel, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, bezeichnet zugleich aber auch aktives, präventives pflegerisches Handeln. Derzeit steht Pflege am Ende der Versorgungskette und ist auf die kompensatorische Versorgung reduziert. Denkbar ist aber ein „Kontinuum der Pflege“, das gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative, begleitende und palliative Aspekte beinhaltet. Erfahrungen mit diesem Ansatz konnten bereits im Rahmen von **Case- und Care-Management-Projekten** gesammelt werden, z. B. im Entlassungsmanagement oder in der Vermittlung niederschwelliger Betreuungsleistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger. Ein weiteres Praxismodell für präventive pflegerische Maßnahmen sind **präventive Hausbesuche zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit alter Menschen**. Nach einer Erfassung der Lebenssituation werden individuelle Präventionspläne gemeinsam mit den KlientInnen erarbeitet, die in den Folgebesuchen bezüglich ihrer Umsetzung hinterfragt und dementsprechend modifiziert werden und somit den individuellen Bedürfnissen angepasst bleiben.⁸⁴³

⁸⁴² STRÖBEL (2004).

⁸⁴³ KRUSE (2002).

Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung

„Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung“ ist ein Projekt des Forschungsinstituts des Wiener Roten Kreuzes⁸⁴⁴ in Kooperation mit der Stadt Wien, das von 2003 bis 2005 durchgeführt wurde. Die Finanzierung erfolgte durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) im Rahmen der EQUAL Entwicklungspartnerschaft AEIOU (Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen) sowie durch den Fonds Gesundes Österreich. Gemeinsam mit MitarbeiterInnen und Führungskräften wurden Problembereiche und Ressourcen der Arbeit analysiert, Lösungsvorschläge entwickelt und gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt und bewertet. Ziel war ein Vorantreiben der Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen in der mobilen Pflege und Betreuung und damit zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beizutragen. Zielgruppe waren die rund 500 Beschäftigten, die in der mobilen Pflege und Betreuung in Wien arbeiten (HeimpflegerInnen, PflegehelferInnen, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen – vorwiegend Frauen), wobei in Wien die Heimhelferinnen die größte Gruppe darstellen. Die Arbeitsbedingungen der mobilen Pflege bergen besondere Gesundheitsrisiken auf körperlicher, psychosozialer und emotionaler Ebene. Eine Ist-Analyse erfolgte aufgrund von Gesprächen mit Schlüsselpersonen und Tiefeninterviews mit MitarbeiterInnen sowie einer Fragebogen-Erhebung über Belastungsfaktoren und Ressourcen. In Gesundheitszirkeln tauschen sich MitarbeiterInnen über belastende Arbeitssituationen aus und entwickeln gemeinsam konkrete Verbesserungsvorschläge. Ein im Zuge des Projekts erstellter Gesundheitsbericht enthält Analyseergebnisse und Verbesserungsvorschläge und wurde allen MitarbeiterInnen zugänglich gemacht. In einer einjährigen Umsetzungsphase wurden die Veränderungsvorschläge nach Diskussion mit dem Management umgesetzt. Eine externe prozessbegleitende Evaluation bewertete das Projekt hinsichtlich Umsetzbarkeit, Effektivität und Nachhaltigkeit.

Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Pflegendе

Im Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) sind derzeit rund 11.000 Personen beschäftigt, nur ein Prozent von ihnen erreicht das reguläre Pensionsalter, 30 Prozent sind zwischen 40 und 50 Jahre, 18 Prozent über 50 Jahre alt. Der Pflegeberuf zählt aufgrund der starken körperlichen und psychosozialen Belastungen zu den Berufen, die besonders hohe Anforderungen an ältere ArbeitnehmerInnen stellt. Die Fluktuation im Pflegeberuf ist extrem hoch – 85 Prozent des Pflegepersonals im patientennahen Dienst sind unter 35 Jahre alt. Ausgehend von diesen Fakten wurde bereits im Jahr 1999 das Pilotprojekt **„Meisterhafte Pflegekunst – Alter(n)sgerechte und gesundheitsgerechte Karrierewege im Pflegeberuf“**⁸⁴⁵ initiiert, das langfristig den vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf wegen mangelnder Perspektiven entgegenwirken wollte. Das Modell wurde auf drei Stationen von Krankenanstalten des Wiener KAV erprobt und evaluiert. In einem weiteren, von 1996 bis 2001 im Rahmen des Wiener KAV laufenden Projekts konnten positive Erfahrungen mit der Reduktion der täglichen Arbeitszeit im Pflegebereich gesammelt werden. Im Kaiserin-Elisabeth-Spital wurde die tägliche Arbeitszeit von 12,5 Stunden auf 8 bis 10 Stunden reduziert, um Überforderung und chronischem Stress entgegenzuwirken. Es zeigte sich, dass die Zustimmung zu der kürzeren Dienstform umso größer war, je mehr Erfahrung das Personal mit einem Acht-Stunden-Dienst hatte. Besonders bei den älteren Pflegenden war die Zufriedenheit mit der Arbeitszeitverkürzung hoch. Zudem waren weniger Krankenstände und Überstunden erforderlich. Im Herbst 2005 hat das **„Wiener Informationsnetzwerk zur Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen“**⁸⁴⁶ eine Kampagne zum Thema „Altern in Gesundheit“ für MitarbeiterInnen des Wiener KAV gestartet. Im Mittelpunkt der Aktivitäten steht die Förderung der Alter(n)sorientierung in der Entwicklung der Organisationen. – Dies kann zum Beispiel durch folgende Lösungsansätze erreicht werden.⁸⁴⁷

⁸⁴⁴ <http://www.wrk.at/forschungsinstitut>

⁸⁴⁵ <http://www.oegvp.at/2000e.pdf>

⁸⁴⁶ <http://www.gspwien-info.net/index.htm>

⁸⁴⁷ http://www.gspwien-info.net/downloads/factsheet_aging.pdf

- **Altersgerechte Einstellung neuer MitarbeiterInnen** mit dem Ziel, einer hinsichtlich des Alters möglichst heterogenen Belegschaft, wodurch es möglich wird, die Fähigkeiten älterer und jüngerer MitarbeiterInnen optimal zu kombinieren.
- **Flexible und moderne Arbeitsorganisation**, die Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Arbeitszeit anbietet (Teilzeitstellen, individuell freie Bestimmung der Stundenanzahl pro Woche, Aufteilen einer Stelle auf mehrere Personen) sowie Arbeitsautonomie ermöglicht (Entscheidungskompetenz im eigenen Arbeitsbereich).
- **Arbeitsplatzgestaltung und betriebliche Gesundheitsförderung** in Spitälern und Pflegeeinrichtungen zielt vor allem auf die Organisation der Dienste ab (z. B. die Möglichkeit der Reduktion von Nachtdiensten und möglichst schonender Schichtdienste für ältere MitarbeiterInnen). Für ältere MitarbeiterInnen im Pflegebereich eignen sich z. B. Stationsstrukturen mit kleinen Einheiten, Primary Nursing und Zimmerpflege. Hinsichtlich der Arbeitsplatzgestaltung spielen die Berücksichtigung von Ergonomie und die Kompensation der Abnahme von körperlichen Fähigkeiten und Sinnesfunktionen, z. B. durch Beleuchtung und größere Schrift, eine wichtige Rolle.
- **Innerbetriebliche Beförderung und Arbeitsplatzwechsel (Job Rotation)** sind Instrumente zum Erhalt von Motivation (z. B. Stationswechsel, Wechsel vom Stationsdienst in den Funktionsdienst, von der Station in die Ambulanz und umgekehrt).
- **Fort- und Weiterbildung** bzw. lebenslanges Lernen und die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (Supervision, Coaching) können helfen, veränderte berufliche Anforderungen besser zu bewältigen.
- Wenn **Kündigungen** notwendig sind, sollte nicht das Alter als bestimmendes Kriterium herangezogen werden, sondern die tatsächliche Kompetenz.
- **Verbesserungen der Arbeitssituation älterer MitarbeiterInnen** bedürfen eines Einstellungswandels und des Abbaus intergenerationeller Vorurteile bei allen MitarbeiterInnen, aber auch auf der Führungs-Ebene.

**X.
DIE UMSETZUNG DES
WIENER PROGRAMMS
FÜR FRAUENGESUNDHEIT**

***IMPLEMENTATION OF THE
VIENNA WOMEN'S HEALTH
PROGRAMME***

INHALT

10 DIE UMSETZUNG DES WIENER PROGRAMMS FÜR FRAUENGESUNDHEIT	467
10.1 LAUFENDE UND ABGESCHLOSSENE PROJEKTE	468
10.1.1 Wiener Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „Die Klügere sieht nach“	468
10.1.2 Modellprojekt zur Prävention nachgeburtlicher (postpartaler) Depressionen (PPD)	469
10.1.3 „Schwanger“ – das Infotelefon 0800–2042 20	470
10.1.4 „Mamma Mia“ – Gesundheitsförderung für Mütter mit Kleinkindern	470
10.1.5 Wiener Informations- und Präventionskampagne gegen Essstörungen (WIKE)/ Hotline für Essstörungen 0800 201120	471
10.1.6 Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen: „Frauenherzen schlagen anders“ und „Nach Herzenslust“	471
10.1.7 Frauengesundheitszentrum FEM Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital	473
10.1.8 Curriculum Gewalt gegen Frauen und Kinder – Opferschutz an Wiener Krankenanstalten	473
10.1.9 Genitalbeschneidungs-Beratungsstelle „Bright Future“	473
10.1.10 „barrierefrei“ – Gynäkologische Vorsorge und Versorgung von Frauen mit Behinderung	473
10.2 INFORMATION, ÖFFENTLICHKEITSARBEIT UND VERNETZUNG	474
10.3 EVALUATION DER UMSETZUNG DES PROGRAMMS	475

10 DIE UMSETZUNG DES WIENER PROGRAMMS FÜR FRAUENGESUNDHEIT

Zusammenfassung

Motor der Wiener und österreichischen Aktivitäten im Bereich der Frauengesundheit ist das **Wiener Programm für Frauengesundheit**. Laut einem Gemeinderatsbeschluss aus dem Jahr 1998 wurden als Handlungsfelder u. a. Brustkrebsfrüherkennung, Verbesserung der Schwangeren- und Mutter-Kind-Betreuung, Prävention postpartaler Depressionen, Verbesserung der Gesundheit von Migrantinnen, Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen, Suchtprävention, Bekämpfung körperlicher und sexueller Gewalt gegen Frauen und Kinder, Gesundheitsförderung älterer und alter Frauen sowie Karriereförderung und Unterstützung von Frauen im Gesundheitswesen und in der Arbeitswelt beschlossen. Aktuell arbeitet das Wiener Programm für Frauengesundheit an der Umsetzung des Brustkrebs-Screening-Programms in Wien. Im Jahr 2005 wurde gemeinsam mit dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd ein Programm zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen gestartet. Ein umfangreiches Projekt zu Prävention nachgeburtlicher Depressionen wurde 2004 abgeschlossen. In jüngster Zeit wurde ein Curriculum gegen Gewalt an Frauen und Kinder zur Schulung von Personal des Wiener Krankenanstaltenverbundes erstellt und mehrere Schulungen durchgeführt.

Summary: Vienna Women's Health Programme

*The driving force of the Viennese and Austrian activities in the area of women's health is the **Vienna Women's Health Programme**. A 1998 decision of the Vienna City Council determined the areas of activity, among others early detection of breast cancer, improving care for pregnant women and mother and child, prevention of postnatal depression, improving the health of immigrant women, mental health promotion for women, addiction prevention, the struggle against physical and sexual violence against women and children, health promotion for elderly and very old women, and promoting and supporting women in the health care system and on the labour market. Currently the Vienna Women's Health Programme is working on implementing the breast cancer screening programme in Vienna. In 2005 a programme for the prevention of cardiovascular diseases in women was launched together with the women's health centre FEM Süd. An extensive project for the prevention of postnatal depression was completed in 2004. Recently a curriculum dealing with violence against women and children was developed for the training of staff of the Vienna Hospital Association and several courses have already been held.*

Die Entstehungsgeschichte des Wiener Frauengesundheitsprogramms wurde im Kapitel 1.1.2 beschrieben. Seit 1998 wurden zahlreiche Vorhaben realisiert und Initiativen gesetzt. Nachfolgend ein Überblick über die Handlungsfelder sowie die wichtigsten Projekte, Veranstaltungen, Netzwerkaktivität und Broschüren des Wiener Frauengesundheitsprogramms. Weitere ausführliche Beschreibungen zu den zahlreichen und vielfältigen Aktivitäten des Programms sind den umfassenden Jahresberichten⁸⁴⁸ bzw. der Homepage www.diesie.at zu entnehmen.

Die 12 Handlungsfelder

Laut einem Gemeinderatsbeschluss aus dem Jahr 1998 wurden folgende Handlungsfelder des Wiener Programms für Frauengesundheit beschlossen:

- Brustkrebsfrüherkennung
- Schwangeren- und Mutter-Kind-Betreuung, Prävention postpartaler Depressionen
- psychische Gesundheit von Frauen
- Suchtprävention bei Mädchen und Frauen
- körperliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen und Kinder

⁸⁴⁸ WIENER PROGRAMM FÜR FRAUENGESUNDHEIT (2004), S. 12 ff.

- Gesundheit älterer und alter Frauen
- rechtliche Aspekte von Frauen im Gesundheitswesen
- Verbesserung der Betreuungsstandards und der Kommunikation im Gesundheitswesen für Frauen
- Migrantinnengesundheit
- Gesundheit von Frauen in der Arbeitswelt
- Karriereförderung für Frauen im Gesundheitswesen
- Unterstützung von Frauen im Gesundheitswesen

10.1 Laufende und abgeschlossene Projekte

10.1.1 Wiener Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „Die Klügere sieht nach“

Siehe auch: Kapitel Brustkrebs (Mammakarzinom; (Kapitel 4.4.1); Qualitätssicherung in der Behandlung von Frauen mit Brustkrebs (Kapitel 8.5.2.).

Das Wiener Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „Die Klügere sieht nach“ wurde vom Wiener Programm für Frauengesundheit in den Jahren 2002 bis 2004 in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund, der Wiener Ärztekammer und der Wiener Gebietskrankenkasse durchgeführt.⁸⁴⁹ Ziel des Programms waren eine Steigerung der Inanspruchnahme der Mammografie in Wien, Qualitätssicherung der Diagnose- und Behandlungskette sowie die Etablierung von Dokumentation und Evaluation. Das Programm orientierte sich an den EU-Richtlinien, es war jedoch erforderlich, zunächst grundsätzliche Fragen der Qualitätssicherung im Bereich der niedergelassenen RadiologInnen und Institute zu thematisieren. Dies wurde im Rahmen von Qualitätszirkeln sowie von Weiterbildungs- und Informationsveranstaltungen unternommen. Es wurden 194.000 Wienerinnen im Alter von 50 bis 69 Jahren angeschrieben und zur Teilnahme an einer Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung eingeladen, wobei niedergelassene RadiologInnen und Institute vorgeschlagen wurden, die den EU-Qualitätskriterien entsprachen. Die eingeladenen Frauen erhielten mit der Einladung ausführliches Informationsmaterial zu Brustkrebs und Mammografie, eine telefonische Hotline wurde installiert. Sowohl die schriftlichen Materialien als auch die Hotline wurden in mehreren Sprachen angeboten. Von 34 Prozent der angeschriebenen Frauen (65.940 Frauen) lagen letztendlich verwertbare Datensätze zur Längsschnitterfassung vor. Bei einem Vergleich der Häufigkeit der Frauen, die vor Beginn des Programms im Jahr 1999 eine Mammografie in An-

spruch genommen haben mit jener im Jahr 2001, war ein Anstieg der Teilnehmerinnenrate von 47 Prozent aller 50- bis 69-jährigen Wiener Frauen im Jahr 1999 auf 67 Prozent aller Frauen dieser Altersgruppe im Jahr 2001 zu verzeichnen. Besonders stark war der Anstieg bei Frauen, die länger als fünf Jahre nicht bei einer Mammografie waren.

Im Jahr 2004 wurde mit den Vorbereitungen eines Modellprojekts „Mammografie-Screening-Programm für Wien“ begonnen, das als Fortsetzung des Wiener Brustkrebs-Früherkennungs-Programms geplant ist. Dieses Wiener Programm ist Teil des bundesweiten Mammografie-Screening-Programms, das vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) geplant wurde.⁸⁵⁰ Im Rahmen der Vorbereitung wurde im Jahr 2004 ein Workshop mit VertreterInnen eines seit 2001 in Bremen laufenden Modellprojekts zum Mammografie-Screening durchgeführt. Basierend auf den Ergebnissen dieses Workshops wurde ein Organisations- und Finanzplan für die Durchführung eines Modellprojekts Mammografie-Screening erarbeitet. ProjektträgerInnen sind das Wiener Programm für Frauengesundheit im Fonds Soziales Wien (FGP) in Kooperation mit der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) und der Stadt Wien.

Als erster Projektschritt ist vorgesehen, rund 32.000 50- bis 69-jährige Frauen in ausgewählten Wiener Modellbezirken persönlich einzuladen, an einem mammografischen Screening teilzunehmen und mit der Einladung eine umfassende Information und Aufklärung zu übermitteln. Das qualitätsgesicherte Screening soll entsprechend den EU-Richtlinien durchgeführt werden, das bedeutet Aus- und Weiterbildung der beteiligten RadiologInnen (mindestens 5.000 Befundungen pro

⁸⁴⁹ WIMMER-PUCHINGER, GULD (2003).

⁸⁵⁰ ÖBIG (2004).

Jahr), der Röntgen- und medizinisch-technischen AssistentInnen in einem Referenzzentrum (z. B. Bremen), die technische Qualitätssicherung nach dem EUREF-Protokoll⁸⁵¹ sowie die vollständige Dokumentation und Evaluation aller Ergebnisse aus dem Screening-Zentrum und dem Spitalsbereich im Fall einer Behandlung.

10.1.2 Modellprojekt zur Prävention nachgeburtlicher (postpartaler) Depressionen (PPD)

Siehe auch: Abschnitt „Postpartale Depression“ in Kapitel 5.5.2.

Ziel des in den Jahren 2001 und 2002 umgesetzten Modellprojektes zur Prävention nachgeburtlicher Depressionen (PPD) war, Maßnahmen für schwangere Frauen mit psychosozialen Problemen zu entwickeln, um das Auftreten von postpartalen Depressionen zu verhindern, aber auch um die geburtshilflichen Betreuungsteams für dieses Thema zu sensibilisieren. Das Modellprojekt wurde an drei geburtshilflichen Abteilungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes implementiert (Kaiser-Franz-Josef-Spital, Semmelweis-Frauenklinik, Donauespital SMZ-Ost). Der Fonds Gesundes Österreich hat das Projekt kofinanziert. Folgende Maßnahmen wurden erarbeitet, um die Frauen mit hohen psychosozialen Belastungen rasch zu unterstützen und Hilfe anzubieten: Jeder schwangeren Frau wurde bei der Anmeldung an einer der drei in das Projekt einbezogenen geburtshilflichen Abteilungen ein **psychosoziales Screening** angeboten, das ein Ausfüllen von Fragebögen zur Erfassung der psychischen Gestimmtheit (die international verwendete Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) und zur sozialen Situation sowie eine psychiatrische Anamnese umfasste. Insgesamt erhielten 5.000 schwangere Frauen die Erhebungsbögen, 3.036 Frauen (59 Prozent) haben sie ausgefüllt. Schwangere Frauen, die sich in den Fragebögen als überdurchschnittlich depressiv oder sozial belastet einschätzten, wurden zu einem Gespräch mit einer Hebamme überwiesen und von dieser je nach Bedarf an **SozialarbeiterInnen, Familienhebammen** und/oder **PsychotherapeutInnen** weiter überwiesen. Eine **interdisziplinäre Arbeitsgruppe** wurde pro Abteilung eingesetzt, um die Probleme der Frauen und Unterstützungsmaßnahmen regelmäßig zu besprechen. Die Konsultationen mit den Frauen wurden laufend doku-

mentiert. Insgesamt wurden 233 Frauen im Rahmen des Projektes intensiv unterstützt; einige Frauen erhielten aufgrund vielfältiger Belastungen mehr Unterstützung (z. B. von einer Hebamme, Therapeutin). Die Familienhebammen betreuten insgesamt 176 Frauen, die Psychotherapeutinnen 120 und die SozialarbeiterInnen 78 Frauen. Die Frauen wurden während der Schwangerschaft sowie drei und sechs Monate nach der Geburt über ihre Zufriedenheit mit den angebotenen Beratungen befragt: 85 Prozent äußerten sich sehr zufrieden und gaben an, dass ihnen die Beratungen sehr geholfen haben, die Krisen zu überwinden.

Mehrere Initiativen wurden im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit gesetzt. Im Mai 2004 fand im Wiener Rathaus die **internationale Tagung** „Postpartale Depression: Mutterglück – glückliche Mutter“ statt. Die im Rahmen des Projektes erstellte **Broschüre: „... eigentlich sollte ich glücklich sein“** ist ein Ratgeber für Mütter, die sich belastet fühlen sowie für deren Partner und Angehörige. Das **Kontaktstellenverzeichnis „Mutterglück – glückliche Mutter?“ für Postpartale Depression** bietet Adressen einschlägiger Beratungseinrichtungen in Wien. Um das durch das Projekt erarbeitete Know-How sicherzustellen, wurde eine **Fortbildungsmappe** zusammengestellt, in der die wichtigsten Inhalte zum Thema berufsgruppenspezifisch (Hebammen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, PsychiaterInnen) aufbereitet sind. Das **Netzwerk PPD** wurde 2003 etabliert, ihm gehören VertreterInnen verschiedener Berufsgruppen (Hebammen, Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen, PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen, KinderärztInnen) sowohl aus Magistratsabteilungen als auch aus Vereinen an.

Die **wissenschaftliche Begleitevaluation** des Projekts durch das Institut für Konfliktforschung (IKF) ging den Fragen nach, welche psychosozialen und sozioökonomischen Faktoren auf ein erhöhtes Risiko für depressive Zustände nach der Geburt schließen lassen und durch welche primären und sekundären Präventionsmaßnahmen das Risiko, an postpartaler Depression zu erkranken, minimiert werden kann. Alle schwangeren Frauen wurden – zusätzlich zur Eingangsbefragung bei der Anmeldung in der Geburtsklinik – rund drei Wochen vor der Geburt sowie drei und sechs Monate nach der Geburt nochmals zur depressiven Gestimmtheit und zur sozialen Situation befragt. Insgesamt lagen bei

⁸⁵¹ PERRY et al. (2001).

der ersten Erhebung Daten von 3.036 Frauen, bei der Erhebung sechs Monate nach der Geburt von 1.539 Frauen und im Längsschnitt von 653 Frauen vor. **Belastungsfaktoren**, die statistisch signifikant zu einem höheren Depressionsrisiko beitragen, sind eine belastende wirtschaftliche Lage, eine negative Einschätzung der eigenen gesellschaftlichen Position, die Unzufriedenheit mit dem Lebensumfeld (Leben insgesamt, Außenkontakte, Familie, Gesundheit), Erlebnisse körperlicher Gewalt in Kindheit und Jugend, hohe Karriereerwartungen und die Befürchtung einer Reduktion der Karrierechancen. Jüngere Frauen haben ein tendenziell höheres Risiko einer nachgeburtlichen Depression als ältere. Ein Vergleich der schwangeren Frauen, die eine **intensive Betreuung** erfahren haben mit jener Gruppe, in der nur ein Gespräch mit der Projekthebamme stattgefunden hat, zeigt eine (jedoch nicht statistisch signifikante) Tendenz, dass die Depressivität drei Monate und sechs Monate nach der Geburt in der Betreuungsgruppe geringer wird. Statistisch nachweisbar ist, dass die intensiv betreuten Frauen häufiger Spontangeburt hatten als die Frauen in der Kontrollgruppe. Die befragten Frauen wünschen sich vermehrt Hausbesuche und die Einbindung der Kindesväter bzw. Partner in die Betreuung. Resultat des Projekts ist, dass eine Enttabuisierung von postpartalen Depressionen vorrangig ist sowie die gezielte Sensibilisierung des medizinisch-geburtshilflichen Personals und der breiten Bevölkerung. Dies würde den Frauen die zusätzliche Belastung von Schuldgefühlen und Versagensängsten nehmen.

10.1.3 „Schwanger“ – das Infotelefon 0800-20 42 20

Siehe auch: Sexuelle und reproduktive Gesundheit (Kapitel 5.2).

Das Wiener Programm für Frauengesundheit bietet seit Oktober 2005 ein anonymes und kostenfreies Infotelefon zu Fragen betreffend Schwangerschaft und Schwangerschaftskrisen an. Themen sind u. a. pränatale Diagnostik, Geburt, soziale und rechtliche Fragestellungen, psychische Belastungen, ungewollte Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Verhütung, ungewollte Kinderlosigkeit. Es handelt sich dabei um ein mehrsprachiges Angebot in Deutsch, Türkisch und Serbokroatisch. Zielgruppe sind z. B. Mädchen bzw. junge Frauen, Frauen mit niedrigem Bildungsniveau, geringem Einkommen, Migrationshintergrund oder

Frauen, die aus unterschiedlichsten Gründen anonym bleiben wollen oder müssen (Gewalterfahrung, Jugendliche, ...). Die Telefonberatung wird täglich für drei Stunden angeboten, zudem gibt es E-Mail-Beratung (schwanger@infotelefon.at) und eine Informations- und Adressdatenbank im Internet (www.infotelefon.at).

10.1.4 „Mamma Mia“ – Gesundheitsförderung für Mütter mit Kleinkindern

Siehe auch: Erwerbstätigkeit von Müttern (Kapitel 3.6.3); Institutionelle Kinderbetreuung (Kapitel 3.7); Abschnitt „Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Kindern“ (Kapitel 5.7.1).

Das im Jahr 2003 vom Wiener Frauengesundheitsprogramm in Kooperation mit der MA 11A und dem Verein Kinderdrehscheibe initiierte Projekt „Mamma mia!“ hatte zum Ziel, die spezifische Lebenssituation von Müttern in Wien zu erheben und anknüpfend daran modellhaft spezifische Maßnahmen zur Bewältigung von Belastungen umzusetzen. Die Befragung „**Gesundheitliche Belastungen der Mütter von Kleinkindern**“ erfolgte in 35 Wiener Kindergärten. 3.300 Mütter mit Kleinkindern nahmen teil. Erhoben wurden der soziale Status, spezifische Belastungen, die gesundheitliche Situation sowie Bedürfnisse der Frauen. Die Ergebnisse dienten als Basis zur Entwicklung eines modellhaften Informations- und Gesundheitsförderungsangebots für betroffene Frauen in Wiener Kindergärten. MultiplikatorInnen wie KindergärtnerInnen und ÄrztInnen sollten angesprochen und informiert sowie darüber hinaus allgemeine Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit zu mütterspezifischen Belastungen und Bedürfnissen geleistet werden. Eine Begleitevaluation der Maßnahmen gewährleistete Kontrolle von Effizienz und Akzeptanz des Angebots. Das Modellprojekt wird in Bezirken **mit unterschiedlicher Bevölkerungsstruktur** durchgeführt, z. B. in einem Kindertagesheim in einem Wohnviertel am Gürtel mit hohem Anteil an MigrantInnen und sozial schwachen Familien und weiters in einem der Stadterweiterungsgebiete im 21. Bezirk mit hohem Anteil an Jungfamilien und Alleinerzieherinnen. Das **Angebot für die Mütter** besteht neben einer wöchentlichen Bewegungsstunde unter Anleitung einer Bewegungstrainerin sowie in einem monatlichen themenspezifischen Jour fixe. Expertinnen von Magistrats- und Beratungseinrichtungen kommen in den Kindergärten, um die Mütter zu Themen wie Erziehungs-

fragen, gesunder Lebensstil und Tipps für Wiedereinsteigerinnen zu informieren. Ein wichtiger Nebeneffekt des Jour fixe ist, dass die Mütter einander kennen lernen und Kontakte knüpfen.

10.1.5 Wiener Informations- und Präventionskampagne gegen Essstörungen (WIKE)/Hotline für Essstörungen 0800 201120

Siehe auch: Abschnitt „Essstörungen“ (Kapitel 5.1.2).

Die Wiener Informations- und Präventionskampagne gegen Essstörungen wurde 1998 initiiert. Ziele sind eine öffentliche Sensibilisierung für die Thematik durch umfassende Information, im Besonderen eine Bewusstseinsbildung bei MultiplikatorInnen (u. a. SchulärztInnen, GynäkologInnen, PsychiaterInnen; LehrerInnen; ErzieherInnen und JugendbetreuerInnen, ...). Ein zentrales Anliegen ist auch die Verbesserung der psychosozialen Unterstützung von Betroffenen. Langfristig wird eine Enttabuisierung des Themas angestrebt.

Konkrete **Maßnahmen der Essstörungen-Kampagne** sind:

- Essstörungen-Hotline 0800–201120 als niederschwellige Anlaufstelle (*siehe nachfolgend*);
- Wiener Plattform gegen Essstörungen mit dem Ziel der Vernetzung relevanter Institutionen;
- Aus- und Fortbildung in den Gesundheits- und Sozialberufen (Enqueten, Tagungen, Vorträge in Schulen, ...);
- Förderung der Etablierung einer spezialisierten Einrichtung (Tagesklinik) zur Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsqualität;
- Medienkampagne „Ich liebe mich, ich hasse mich!“ (Plakate, Folder, Zeitungsinserate, TV-Berichte, Radiosendungen);
- epidemiologische Untersuchungen (wiederholte Befragungen in Wiener Schulen).

Die **Hotline für Essstörungen 0800 20 11 20** steht von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 12 bis 17 Uhr kostenlos und anonym zur Verfügung. Ein wichtiges Anliegen ist, mit der Hotline für Essstörungen eine niederschwellige Anlaufstelle für Betroffene und ihre Angehörigen zur Verfügung zu stellen, um den Zugang zu einer professionellen Behandlung zu erleichtern und somit eine möglichst frühe Inanspruchnahme der Hilfe

zu ermöglichen. Seit Dezember 2003 wird im Rahmen der Essstörungen-Hotline unter der Adresse hilfe@essstoerungshotline.at Hilfe auch per E-Mail angeboten. Zwischen Herbst 1998 und Dezember 2005 wurden **12.307 Personen an der Hotline für Essstörungen persönlich beraten**. Mehr als 90 Prozent der AnruferInnen waren weiblich. Rund zwei Drittel der AnruferInnen sind selbst von einer Essstörung betroffen (99 Prozent weiblich). Ein Ziel der Hotline ist es aber auch, Angehörige zu unterstützen. Zwei Drittel der AnruferInnen wohnen in Wien, 10 Prozent in Niederösterreich und 9 Prozent im Burgenland. Als Motiv für den Anruf nennen 43 Prozent aller AnruferInnen den Wunsch nach einer Aussprache, 37 Prozent suchen Informationen über Beratungsstellen, ambulante oder stationäre Behandlungsmöglichkeiten oder TherapeutenInnen. AnruferInnen, die selbst betroffen sind, wollen vor allem eine Aussprache (63 Prozent). 35 Prozent der selbst betroffenen Frauen riefen im ersten Jahr ihrer Erkrankung an, allerdings litten 38 Prozent von ihnen seit zwei bis fünf Jahren und 29 Prozent seit zehn und mehr Jahren an gestörtem Essverhalten. Einer der Gründe, warum die Betroffenen sich erst nach jahrelangem Leiden an eine Beratungseinrichtung wenden, liegt bei Anorektikerinnen am lange dauernden Prozess der Krankheitseinsicht, hingen sind bei Frauen, die an Bulimie leiden, vor allem Schamgefühle sowie der Anspruch an sich selbst, es alleine schaffen zu müssen, Gründe für die verzögerte Inanspruchnahme.

10.1.6 Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen: „Frauenherzen schlagen anders“ und „Nach Herzenslust“

Siehe auch: *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* (Kapitel 4.3).

Das Wiener Programm für Frauengesundheit startete 2005 das Projekt „**Frauenherzen schlagen anders**“. Mit einer Broschüre und persönlicher Beratung wurden Frauen über Risiken, Symptome und Vorbeugemaßnahmen bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankungen informiert. In den Jahren 2005 bis 2007 führt das Wiener Frauengesundheitsprogramm in Kooperation mit dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd das Projekt „**Nach Herzenslust – Favoritner Frauen leben gesund!**“ durch. Es handelt sich dabei um ein multidisziplinäres und interkulturelles Interventionsprojekt zur Gesundheitsförderung und Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen mit Lebensmittelpunkt im 10. Bezirk. Durch das Projekt sollen auch Multipli-

katorInnen (ÄrztInnen, ApothekerInnen, medizinisches Fachpersonal, MitarbeiterInnen von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, ...) sowie die Öffentlichkeit im 10. Bezirk angesprochen werden. Wohnortnahe Angebote, zielgruppenfreundliche Termine, geringe Kosten für die Programmteilnahme sowie Kinderbetreuungsmöglichkeiten sollen den Zugang für sozial benachteiligte Frauen gewährleisten. Um Migrantinnen zu erreichen, werden die Maßnahmen auch in türkischer und serbisch/kroatisch/bosnischer Sprache angeboten. Wesentlicher Bestandteil des Projekts ist die Vernetzung und Kooperation mit themen- bzw. bezirksrelevanten Institutionen.

Das Projekt wird in Form einer breit angelegten **Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagne** im 10. Wiener Gemeindebezirk eingeleitet, wie z. B. Aktionstage in lokalen Supermärkten unter dem Motto „Einkaufen nach Herzenslust“ oder niederschwellige Publikumsveranstaltung im Bezirk. Zahlreiche Maßnahmen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und Information werden gesetzt (mehrsprachige, kulturspezifische Informationsfolder; mehrsprachiger, niederschwelliger Telefon- und E-Mailservice).

Als konkrete **Interventionen** sind eine Frauenlauf- sowie eine Nordic Walking-Gruppe vorgesehen, weiters das Herzprogramm „Leben nach Herzenslust“, welches die Themen Ernährung, Bewegung, Stressabbau, Entspannung und Rauchen umfasst und in deutscher, türkischer, serbisch/bosnisch/kroatischer Sprache angeboten wird. Mit den Programm-TeilnehmerInnen wird nach einem ausführlichen Screening- und Beratungsgespräch die Teilnahme an einem dreimonatigen Ernährungsprogramm („Essen nach Herzenslust“), an einem Bewegungsprogramm („Bewegen nach Herzenslust“) und an Kochworkshops („Kochen nach Herzenslust“) vereinbart und zudem ein individuelles Herzcoaching angeboten (Beratung zu Stressabbau, Entspannung, Zeitmanagement, Nikotinentwöhnung, etc.). „**Essen nach Herzenslust**“ ist fixer Programmbestandteil. Geplant sind wöchentliche Vorträge (mehrsprachig) zu Themenschwerpunkten wie „herzgesund genießen“, Lebensmittelkunde, Einkaufs- und Zubereitungs-

stipps, Nährstoffe, Mythen und Fakten zu Diäten, gesund und preisgünstig einkaufen und kochen. Die Themenauswahl richtet sich nach den Bedürfnissen der TeilnehmerInnen. Die Vorträge werden von Ernährungsfachkräften an niederschwelligen Einrichtungen des Bezirks (VHS, FEM Süd, Vereine, Schulen, ...) abgehalten. Ein dreistündiger Kochworkshop zu verschiedenen Themen wie herzgesundes Kochen, mediterrane Küche, gesunde türkische Küche, gesundes Backen, etc. bildet den Abschluss. „**Bewegen nach Herzenslust**“ ist variabler Bestandteil des Programms, d. h. das Bewegungsangebot variiert je nach Präferenz der Frauen bzw. Jahreszeit und wird von mehrsprachigen Trainerinnen durchgeführt. Jede Teilnehmerin hat im Zuge des Herzprogramms zumindest einmal wöchentlich die Möglichkeit zur Teilnahme an einem organisierten Bewegungsangebot. Neben klassischen Sportarten (Gesundheitsgymnastik, Schwimmen, Laufen) werden auch Trendsportarten (Nordic Walking, Pilates) von qualifizierten Trainerinnen an verschiedenen niederschwelligen Einrichtungen des Bezirks (VHS, FEM Süd, Vereine) angeboten. Darüber hinaus können die Frauen an den wöchentlich stattfindenden Frauenlauf- und Nordic Walking-Gruppen teilnehmen.

Bisherige Erfahrungen: Bereits in der Phase der Projektplanung ist die Vernetzung mit wichtigen bezirks- und themenrelevanten Institutionen und Personen gelungen, die während der Projektlaufzeit weiter intensiviert und ausgebaut werden sollen. Die Kick-off-Veranstaltung Mitte September 2005 war mit über 1.000 BesucherInnen äußerst erfolgreich. Die wöchentlich stattfindenden Lauf- und Nordic-Walking-Gruppen erfreuen sich regen Zulaufs. Die ersten beiden Kursphasen waren bereits kurz nach der Kick-off-Veranstaltung ausgebucht. Wesentliche Zielsetzungen der Frauen sind, gesünder und regelmäßiger zu essen, mehr und regelmäßiger Bewegung (im Alltag) sowie Gewichtsabnahme. Als Barrieren, warum sie bisher nicht „herzgesund“ lebten, gaben die Teilnehmerinnen hauptsächlich Gewohnheit und Zeitmangel an. Für österreichische Frauen ist auch mangelnder Wille ausschlaggebend, für fremdsprachige Frauen Isolation, Informationsmangel sowie das fehlende Angebot.

10.1.7 Frauengesundheitszentrum FEM

Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital

Siehe auch: Migrantinnen (Kapitel 6.2).

Das Frauengesundheitszentrum FEM Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital ist seit Beginn des Wiener Programms für Frauengesundheit eine zentrale Maßnahme des Programms. Im FEM Süd werden Initiativen für die Zielgruppen Migrantinnen und sozial benachteiligte Frauen umgesetzt. *Eine Beschreibung der Arbeit des FEM Süd findet sich im Kapitel 8.1.2.*

10.1.8 Curriculum Gewalt gegen Frauen und Kinder – Opferschutz an Wiener Krankenanstalten

Siehe auch: Gewalt gegen Frauen – die Rolle des Gesundheitssystems (Kapitel 7).

Das im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit entwickelte Schulungsangebot für Spitalspersonal zur **Sensibilisierung und Früherkennung der Auswirkungen von Gewalt** ist im Kapitel 7 „Gewalt gegen Frauen – die Rolle des Gesundheitssystems“ beschrieben.

10.1.9 Genitalbeschneidungs-Beratungsstelle „Bright Future“

Siehe auch: Gewalt gegen Migrantinnen, traditionsbedingte Gewalt (Kapitel 6.2.5).

Wien hat als erstes Bundesland im Jahr 2005 eine Beratungsstelle für Frauen, die von Genitalbeschneidung (FGM) betroffen sind, eröffnet. Träger der Beratungsstelle ist die *Afrikanische Frauenorganisation*. Das Wiener Programm für Frauengesundheit war maßgeblich an der Etablierung der Beratungsstelle beteiligt und fördert die Beratungsstelle finanziell. Die Beratungsstelle bietet psychosoziale und medizinische Beratung für betroffene Frauen und setzt auch präventive Maßnahmen. Im Zeitraum von Juli 2005 bis Ende Jänner 2006 wurden 300 Frauen beraten und betreut.

10.1.10 „barrierefrei“ – Gynäkologische

⁸⁵² WOLFF, WIMMER-PUCHINGER (2003).

Vorsorge und Versorgung von Frauen mit Behinderung

Siehe auch: Frauen mit Behinderung (Kapitel 5.10).

Da zur Lebenssituation von Frauen mit Behinderung – im Besonderen zur gynäkologischen Versorgung – in Wien und in Österreich nur wenige Befragungen vorliegen, wurde im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit eine Befragung der Betroffenen und der Wiener GynäkologInnen unternommen.⁸⁵² Alle der rund 250 Wiener GynäkologInnen wurden angeschrieben, 50 haben den Fragebogen ausgefüllt retourniert (14,3 Prozent). Der Fragebogen für Frauen mit Behinderung wurde an alle 2.200 weiblichen, weniger als 60 Jahre alten Bezieherinnen eines Bundespflegegeldes geschickt sowie über die Wiener Behindertenvereine verteilt. 485 Fragebögen (rund 20 Prozent) konnten ausgewertet werden. Aus den Ergebnissen ist ersichtlich, dass mehr **Sensibilität für das Thema** gynäkologische Untersuchung und Vorsorge bei Frauen mit Behinderung erforderlich ist – sowohl bei GynäkologInnen als auch bei den behinderten Frauen. Ein grundlegender Punkt dabei ist, dass für Frauen mit unterschiedlichen Formen der Behinderung ein differenzierter Umgang seitens der behandelnden ÄrztInnen erforderlich ist. Dies erfordert ein spezielles Fortbildungsangebot für ÄrztInnen. Sowohl die befragten ÄrztInnen als auch die behinderten Frauen wünschen sich mehr und spezifischere Informationen. Da zwei Drittel der befragten ÄrztInnen angaben, dass das Thema Behinderung und Gynäkologie in der universitären Ausbildung nicht behandelt wurde, besteht Handlungsbedarf, dieses Thema in den **Studienplänen** und in den **Fortbildungen** entsprechend zu verankern. Die Bereitschaft der befragten ÄrztInnen, an entsprechenden Weiterbildungen teilzunehmen, ist hoch.

Bei behindertengerechten Umbauten der **Ordinationen und ihrer Zugänge** ist besonders darauf zu achten, dass alle Arten von Behinderungen berücksichtigt werden. Auch die **Untersuchungsgeräte** müssen behinderungsgerecht adaptiert werden. Das gilt vor allem für den gynäkologischen Untersuchungsstuhl, der den Anforderungen von Frauen mit Behinderung anzupassen ist, um zu vermeiden, dass diese sich den Anforderungen des Untersuchungsstuhls anpassen müssen. Als problematisch wird sowohl von befragten ÄrztInnen als auch von

den Patientinnen die **Ressource Zeit** gesehen. Mehr Zeit (und Unterstützung) ist wichtig bei den Untersuchungsvor- und -nachbereitungen (Auskleiden, Ankleiden, in die Untersuchungsposition bringen), aber auch bei der Untersuchung selbst. Das ausführliche ärztliche Beratungsgespräch erfordert ebenfalls zusätzliche Zeitressourcen. Bei **Begleitungs-, Unterstützungs- und Fahrtendiensten** wird zusätzlicher Bedarf geäußert, vorhandene Begleitung und persönliche Assistenz wird auch von den befragten ÄrztInnen als wesentliche, die Qualität der Behandlung fördernde Unterstützung erlebt.

Ein zentrales Thema ist die Forderung nach **wertschätzendem Umgang** der ÄrztInnen mit ihren Patientinnen, wie z. B., dass sich bei Frauen mit Lernbehinderungen der/die ÄrztIn an sie selber und nicht sofort au-

tomatisch an die Begleitperson wendet. Generell ist es erforderlich, die Sexualität behinderter Frauen und ihren Wunsch, Kinder bekommen zu wollen, zu respektieren, – dies steht im Gegensatz zu der häufig geäußerten Empfehlung an Frauen mit Behinderung, irreversible oder schwer entfernbare Verhütungsmethoden (Sterilisation, Spirale) zu verwenden.

Die Einrichtung **gynäkologischer Spezialambulanzen** für Frauen mit Behinderungen könnte aufgrund der hier gewonnenen Ergebnisse eine deutliche Verbesserung der Situation in Wien schaffen, wobei damit Einrichtungen gemeint sind, die allen Frauen offen stehen und dennoch in der Lage sind, die besonderen Bedürfnisse von Frauen mit Behinderungen entsprechend abzudecken.

10.2 Information, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung

Das Wiener Programm für Frauengesundheit führt regelmäßig Veranstaltungen zu aktuellen und relevanten Themen der Frauengesundheit durch und publiziert

kontinuierlich Broschüren und Informationsmaterialien. Nachfolgend eine Auswahl aus den Aktivitäten seit dem Jahr 1999.

Tabelle 10.1: Information, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit 1999 bis 2005 (Auswahl)

Informationsbroschüren (ein Großteil auch in türkischer und/oder serbokroatischer Sprache)	
1999	Die Klügere sieht nach (Mammografie)
1999	Ich liebe mich – ich hasse mich (Essstörungen)
2000	Impf-Folder für Wöchnerinnen im ersten Lebensjahr des Kindes (in elf Sprachen)
2001, 2005	Gesundsein in Wien – Handbuch für nicht-deutsch-sprachige PatientInnen und KlientInnen
2001	Schützen Sie sich und Ihre Familie – Aufklärungs- und Infofolder zu Hepatitis B
2002	Eigentlich sollte ich glücklich sein (Postpartale Depression)
2004	Entscheiden Sie sich richtig (Verhütung und Sexualität)
2005	Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft
2005	Selbst ist die Frau – Wegweiser durch die Wechseljahre
2005	Selbst ist die Frau – Wegweiser zum gesunden Frauenherzen
2005	Stopp der Gewalt an Frauen und Kindern
2005	Curriculum Gewalt gegen Frauen – Opferschutz an Wiener Krankenanstalten
Groß-Veranstaltungen	
seit 1999	Femvital – Wiener Frauengesundheitstage, jährliche Veranstaltung im Wiener Rathaus
2001, 2002, 2003	Essstörungen-Enquete, Wiener Rathaus
2002	Gender & Health, Internationale Konferenz, Wiener Rathaus
2004	Postpartale Depressionen – Internationales ExpertInnenmeeting, Wiener Rathaus
2005	Sexual Health and Gender – Internationale Veranstaltung zum Thema Sexualität, Wiener Rathaus
Netzwerke	
1999	Wiener Plattform Essstörungen
2001	Netzwerk Postpartale Depressionen
2004	Netzwerk von Einrichtungen für Migrantinnen
2005	Netzwerk zur Gesundheit älterer Frauen

Quelle: <http://www.fsw.at>; <http://www.diesie.at>

10.3 Evaluation der Umsetzung des Programms

Im Jahr 2004 wurde eine Evaluation der Umsetzung des Wiener Programms für Frauengesundheit mittels Fragebogenerhebung, Fokusgruppen und ExpertInneninterviews unternommen.⁸⁵³ Die Fragebogenerhebung zeigte den hohen Bekanntheitsgrad der Aktivitäten des Programms, wie z. B. der Projekte zur Brustkrebsfrüherkennung oder zur Essstörungsprävention, welche rund 80 Prozent der Befragten bekannt waren. Die qualitativen Befragungen zeigten, dass den Handlungsfeldern und Zielen des Programms hohe Relevanz beigegeben und es als Meilenstein auf diesem Gebiet gesehen wird. Die befragten ExpertInnen waren der Meinung, dass insgesamt nach den ersten fünf Jahren des Programms eine positive Bilanz gezogen werden kön-

ne. Lediglich die Nachhaltigkeit der Umsetzungsmaßnahmen wurde als nicht in allen Projekten realisiert bewertet. Die im Rahmen der Evaluation befragten ExpertInnen erbrachten **Vorschläge für eine Erweiterung bzw. Fokussierung der Themen und Zielgruppen** des Wiener Programms für Frauengesundheit. Diese beziehen sich auf frauenspezifische Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, die Mehrfachbelastung von Frauen und deren psychische Auswirkungen, die soziale Situation und Armut von Frauen, die Gesundheitsförderung älter werdender oder alter Frauen, Suchtprävention, die Gleichstellung von Frauen und Männern in den Gesundheitsberufen sowie die Schaffung von Frauengesundheitszentren auf Bezirksebene.

⁸⁵³ BUCHINGER, GSCHWANDTNER (2004).

**XI.
RESÜMEE, AUSBLICK UND
EMPFEHLUNGEN**

***SUMMARY, PERSPECTIVES
AND RECOMMENDATIONS***

11 RESÜMEE, AUSBLICK UND EMPFEHLUNGEN

Viele der im Jahr 1996 im ersten Wiener Frauengesundheitsbericht gestellten Forderungen sind inzwischen im Rahmen des **Wiener Programms für Frauengesundheit** umgesetzt worden, das seit dem Jahr 1998 besteht. Umfassende Projekte wurden beispielsweise in den Bereichen Essstörungen, postpartale Depressionen, Brustkrebsfrüherkennung, Gewalt gegen Frauen und Kinder durchgeführt, zur Gesundheitsförderung von Migrantinnen wurde das Frauengesundheitszentrum FEM Süd implementiert – um nur einige der wichtigsten Aktivitäten zu nennen. Auch zukünftige Maßnahmen sind im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit zu entwickeln und in weiterer Folge umzusetzen, wobei ein multidisziplinärer Fachbeirat – bestehend aus Gesundheitsexpertinnen aus Politik und Versorgung – eingebunden ist. Hier kann die Empfehlung nur lauten, das Programm weiterzuführen, langfristig strukturell zu verankern und der Querschnittsthematik entsprechend mit den für die Frauengesundheit relevanten städtischen Einrichtungen nachhaltig zu vernetzen. Das nachfolgende Resümee beschränkt sich daher auf eine Skizzierung aktueller Handlungsfelder, Defizite und möglicher Handlungsempfehlungen.

Um ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Lage und Versorgung von Frauen in Wien zu geben, beschreibt der vorliegende Wiener Frauengesundheitsbericht 2006 ausgewählte Indikatoren der **sozialen Rahmenbedingungen**, des **Gesundheitszustands** und des **gesundheitsbezogenen Lebensstils** von Frauen im Vergleich zu Männern. Des Weiteren finden unterschiedliche **Lebensphasen**, besonders die gesundheitliche Lage älterer Frauen und die Situation von Frauen mit **speziellen gesundheitlichen Problemen** (Behinderung, Drogensucht, ...) Berücksichtigung. Da **soziale Ungleichheiten** Frauen meist stärker betreffen als Männer (allein erziehende Frauen, Migrantinnen, ...), wird der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit von Frauen verdeutlicht. Im Bereich der **frauenspezifischen psychosozialen** und **medizinischen Versorgung** werden Praxisbeispiele beschrieben und Aspekte der Qualitätssicherung diskutiert. Entwicklung und Umsetzung des **Wiener Programms für Frauengesundheit** werden dargestellt.

Die **Entwicklungstendenzen** der „harten“ Gesundheitsindikatoren Lebenserwartung, Sterblichkeit, To-

desursachen, Krebs-Inzidenz waren für das **vergangene Jahrzehnt** überwiegend positiv: Die Lebenserwartung ist bei Frauen und Männern gestiegen, wenn auch bei Frauen in etwas geringerem Ausmaß als bei Männern. Die Sterblichkeit ist für beide Geschlechter zunehmend geringer geworden. Häufigste Todesursachen sind für Frauen wie für Männer **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und **Krebs**. Die nach wie vor leicht steigende Inzidenz von **Brustkrebs** und der kontinuierliche Anstieg von Neuerkrankungen an **Lungenkrebs** bei Frauen weisen auf vermehrten Handlungsbedarf hin, dem im Fall von Brustkrebs bereits durch die Planung eines Screening-Programms begegnet wurde. Hervorzuheben ist auch die besondere Berücksichtigung der Gesundheit **älterer Frauen**, weil aufgrund der höheren Lebenserwartung mehr Frauen als Männer in den älteren Altersgruppen anzutreffen sind, aber auch weil Frauen von gewissen altersspezifischen Erkrankungen stärker betroffen sind als Männer. Im Bereich der **psychosozialen** und **medizinischen Versorgung** sind im letzten Jahrzehnt zwar zahlreiche **frauenspezifische Ansätze** zu finden, hier ist jedoch zukünftig noch weitere Entwicklungsarbeit in Richtung eines **geschlechtersensiblen Gesundheitssystems** zu leisten.

Will man die **Handlungsfelder der Frauengesundheit** definieren – die ja als Querschnittsmaterie verstanden wird –, müsste man eigentlich das gesamte Gesundheitssystem daraufhin überprüfen, ob es frauengerecht ist. Daher ist es vorzuziehen, prioritäre und aktuelle Aspekte und Themen herauszugreifen. Gerade im Bereich der Frauengesundheit geschieht dies aus **unterschiedlichen Perspektiven**, diese reichen von der biologisch orientierten Sichtweise der Gender-Medizin, über eine die Fehl-, Unter- und Überversorgung analysierende Public Health-Perspektive und das humanistische Paradigma der Gesundheitsförderung im Sinne von Selbstbestimmtheit und Empowerment, bis zur feministisch orientierten medizinkritischen Frauengesundheit, die zunehmend in den Bestrebungen zur Gleichstellung der Geschlechter durch das Gender Mainstreaming übergeht.

Es kommt zwar immer noch häufig vor, dass unter Frauengesundheit vor allem die sexuelle und reproduktive Gesundheit verstanden wird, dennoch haben sich Forschung und Praxis in den vergangenen Jahren ver-

stärkt auf **zentrale Arbeitsfelder der Frauengesundheit** konzentriert, d. h. es wurden Defizite geortet bzw. wurde in bestimmten Bereichen eine stärkere oder zunehmende Betroffenheit von Frauen im Vergleich zu Männern festgestellt. Zugleich kann aber auch gesagt werden, dass gerade die Stadt Wien und das Wiener Programm für Frauengesundheit Bewusstsein geschaffen und Maßnahmen gesetzt haben. Nachfolgend eine Auswahl der wichtigsten Handlungsfelder der Frauengesundheit:

- Frauen sind zunehmend von Erkrankungen betroffen, die bislang als typische Erkrankungen für Männer galten, wie z. B. von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**. Besonderer Handlungsbedarf besteht hinsichtlich des Fehl- und Unterdiagnostizierens von Herzinfarkten bei Frauen.
- **Lungenkrebs** ist bei Frauen aufgrund vermehrten Rauchens in den vergangenen Jahrzehnten häufiger geworden, bei Männern sind Neuerkrankungs- und Sterberaten jedoch rückläufig.
- Die zentrale Rolle des **gesundheitsbezogenen Lebensstils** (Rauchen, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung) für **Gesundheitsförderung** und **Prävention** wurde für Frauen, aber auch für Männer zunehmend erkannt. Zugleich fehlen aber nach wie vor umfassende geschlechtsspezifische Ansätze.
- Nutzen und Risiken vieler **Früherkennungsmaßnahmen**, v. a. aber jener für **Brustkrebs**, sind noch nicht zur Gänze geklärt, es liegen zum Teil widersprüchliche Informationen seitens der ExpertInnen vor. Hier gilt es aus Sicht der Frauen, **objektive Gesundheitsinformationen** bereit zu stellen. Ähnliches trifft auch auf zahlreiche andere Bereiche in Früherkennung, Diagnostik und Therapie zu, wie z. B. die Hormonersatztherapie oder die Pränataldiagnostik.
- **Mangelnde Vernetzung** der verschiedenen Fachdisziplinen und Versorgungsstrukturen wirken sich besonders in der Versorgung der von **Brustkrebs** betroffenen Frauen aus. Erste Ansätze z. B. für Brustkrebszentren oder Disease Management Programme sind vorhanden, die es weiter umzusetzen gilt. Eine rasche Ausweitung vergleichbarer Maßnahmen der **Qualitätssicherung** der gesundheitlichen Versorgung auch auf andere Erkrankungen und Problemfelder ist erforderlich.
- Eine zentrale Botschaft des vorliegenden Berichts ist das Sichtbarmachen der **Abhängigkeit von Gesundheit und des Zugangs zum Gesundheitssystem** von **sozialen Ungleichheiten** – nicht nur was das Geschlecht betrifft, sondern auch hinsichtlich des Alters (z. B. spezielle gesundheitliche Probleme und Bedürfnisse von Mädchen, jungen Frauen, Frauen in der reproduktiven Phase, Frauen in den Wechseljahren, pflegebedürftigen älteren Frauen), der Familien- und Lebensform (Alleinerzieherinnen, mehrfach belasteten Frauen, ...), der ethnischen Zugehörigkeit (v. a. Migrantinnen, Asylan-tinnen), der Bildung und der sozialen Schicht. Hier gilt es zukünftig, den im Gesundheitssystem Arbeitenden im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung **Sensibilität** für die **Diversität** ihrer KlientInnen und PatientInnen vermehrt nahe zu bringen.
- Für Frauen mit **besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen**, v. a. chronisch kranke Frauen (z. B. mit Diabetes, Rheuma, HIV/AIDS, ...), Frauen mit Behinderung, Frauen mit Drogensucht und psychisch kranke Frauen sind frauenspezifische Pflege- und Betreuungsangebote zu entwickeln.
- Eine **Fehl-, Unter- oder Übermedikalisierung** von Frauen ist in unterschiedlichen Gesundheitsbereichen festzustellen. Beispiele sind die häufigere Verschreibung von Psychopharmaka an Frauen, wobei hier besonders **ältere Frauen** betroffen sind oder der Bereich der **sexuellen und reproduktiven Gesundheit** von Frauen (z. B. zunehmender Einsatz der Pränataldiagnostik, Technisierung der Geburt, Hormonersatztherapie für Frauen in der Menopause, ...). Hier ist zum einen die Verschreibungspraxis der ÄrztInnen zu hinterfragen, zum anderen aber auch den Frauen umfassende Information im Sinne eines „**shared decision making**“, also einer selbst bestimmten Entscheidung, anzubieten.
- Die Unterrepräsentanz von Frauen in **Arzneimittelstudien** wurde in den letzten Jahren zwar zunehmend erkannt, jedoch noch immer nicht gänzlich behoben. Die mangelnde Repräsentanz betrifft auch Kinder und ältere Menschen. Konkrete Maßnahmen, wie z. B. eine entsprechende Änderung des Arzneimittelgesetzes, wurden noch nicht gesetzt.
- Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung zu rechnen. Die höhere Lebenserwartung von Frauen wird vor allem im hohen Alter den Frauenanteil noch weiter steigern. Der Aspekt, dass „**das Altern weiblich ist**“ wurde bislang noch zu wenig in Versorgung und Pflege von Älteren be-

- rücksichtigt. Frauen sind, wenn sie pflegebedürftig werden, häufiger als Männer auf Einrichtungen der Altenhilfe angewiesen. Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen sollte daher verstärkt frauenspezifische Aspekte einbeziehen, beispielsweise im Bereich der Medikamentenversorgung, bei der Therapie psychischer Erkrankungen, aber auch bei der Vernetzung mit anderen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen.
- Die **Darstellung des weiblichen Körpers in Medien und Werbung** in Form eines nur schwer erreichbaren ewig jungen Schlankheits- und Schönheits-Ideals kann negative Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit von Frauen haben, z. B. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und beeinträchtigtes Selbstwertgefühl und Wohlbefinden, was zum Einsatz medikamentöser Mittel (z. B. Hormonersatztherapien) oder gar von Schönheitsoperationen und im Extremfall zur Magersucht führen kann. Hier wurde zwar ein Bewusstseinsbildungsprozess in Gang gesetzt, dieser bedarf jedoch noch weiterer Verbreitung.
 - Die **Gesundheit von Frauen am Arbeitsplatz** ist ein noch nicht ausreichend berücksichtigtes Thema, obwohl deutliche Geschlechtsunterschiede in der Arbeitswelt bestehen. Aber auch die Gesundheit von **Frauen, die überwiegend zu Hause tätig sind**, sei es als Hausfrau oder berufstätige **Mutter** oder als **Pflegende für Angehörige**, bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Als Ansatzpunkt für zukünftige Maßnahmen sind konkrete Belastungen und Ressourcen zu erkennen und entsprechende Unterstützungsangebote – wie z. B. flexibel reagierende mobile Pflege, Urlaubsbetreuung, Tages- und Nachtbetreuung zur Unterstützung pflegender Angehöriger – vermehrt bereit zu stellen und Verbesserungen hinsichtlich der finanziellen Absicherung der Pflegenden (z. B. betreffend den Pensionsanspruch) zu forcieren.
 - Im vergangenen Jahrzehnt hat in Wien ein intensiver Prozess des Erkennens der Rolle des Gesundheitssystems in der Bekämpfung von **Gewalt gegen Frauen und Kinder stattgefunden**. Im Zuge des Inkrafttretens des Gewaltschutzgesetzes im Jahr 1997 wurden zahlreiche Maßnahmen der Prävention, Früherkennung und Dokumentation von Gewalt gesetzt und Einrichtungen zur Betreuung der Opfer geschaffen. Dennoch ist hier weitere Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung wie in Fachkreisen erforderlich.
 - Frauen sind im **Gesundheitssystem in Entscheidungspositionen** noch immer unterrepräsentiert, obwohl sie insgesamt die Mehrheit der MitarbeiterInnen stellen. Die mangelnde Repräsentanz gilt auch für Frauen in Führungspositionen in **Gesundheitspolitik und Forschung**.
 - Obwohl sich im vergangenen Jahrzehnt in Wien und Österreich **Gesundheitsstatistik** und **Gesundheitsberichterstattung** sehr positiv entwickelt haben, fehlt – nicht nur im Bereich der Frauengesundheit – eine umfassende **gesundheitswissenschaftliche Forschung** (Epidemiologie, Versorgungsforschung, Evaluation, ...). Forschung ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Planung und Umsetzung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung, da sie wesentlich dazu beitragen kann, dass anstehende Probleme erkannt und bewältigt werden.

**XII.
ANHANG**

ANNEX

INHALT

12 ANHANG	485
12.1 LITERATUR	485
12.2 AUSGEWÄHLTE LINKS	511
12.3 ABKÜRZUNGEN UND AKRONYME	514
12.4 GLOSSAR	515
12.5 WHO-RICHTLINIEN ZUR ERSTELLUNG VON FRAUENGESUNDHEITSBERICHTEN	519

12 ANHANG

12.1 Literatur

- ABBOT, R.; D.; BRAND, F.; N.; KANNEL, W.B. (1990), Epidemiology of some peripheral arterial findings in diabetic men and women: experiences from the Framingham Study, in: *American Journal of Medicine* 88: 376–381.
- ABBOTT, C.A.; CARRINGTON, A.L.; ASHE, H. et al. (2002), The North-West Diabetes Foot Care Study: incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in an community-based patient cohort, in: *Diabet Med* 19: 377–384.
- ABBOTT, R.D.; DONAHUE, R.P.; KANNEL, W.B.; WILSON, P.W. (1988), The impact of diabetes on survival following myocardial infarction in men vs. women. The Framingham Study, in: *JAMA* 260: 3456–3460.
- ABELE, A.E. (2001), Rollenvielfalt von Frauen, in: FRANKE, A.; KÄMMERER, A. (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau*, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- ACKERMANN, L.; BELL, I.; KOLGES, B. (2005), verkauft, versklavt, zum sex gezwungen. Das große Geschäft mit der Ware Frau. München, Kösel 2005.
- ADLER, C.; GUNZELMANN et al. (1996), Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 20: 143–149.
- ADLER, J.; BITZER, J. (2005), Die Frau nach Hysterektomie, in: RIECHER-RÖSSLER, A.; BITZER, J. (Hrsg.), *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*, Kapitel 15, S. 429–439, München, Jena: Urban & Fischer.
- ADZERSEN, K.H.; EUSTACHI, A.; GERHARD, I. (2004), Stellungnahme zu Umwelt, Ernährung, körperlicher Aktivität und Brustkrebs, Arbeitsgemeinschaft Naturheilkunde und Umweltmedizin (NATUM) der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG).
- AK WIEN – Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien (2001), *Alleinerzieherinnen in Wien*. Wien.
- AK WIEN – Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien (2005), *Corporate Governance Codex. Die praktische Anwendung des Kodex an der Wiener Börse 2005*, Autor: Mag. Heinz LEITSMÜLLER, Wien. Online-Version: http://wien.arbeiterkammer.at/pictures/d31/Corporate_Governance_Studie2005.pdf
- ALBERTI, G. (2002), The DAWN (Diabetes Attitudes Wishes and Needs) Study, in: *Practical Diabetes International* 19: 22–249.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2003), Hyperglycemic crisis in patients with diabetes mellitus, in: *Diabetes Care* 26 (Suppl 1): 109-S117.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2003a), Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, in: *Diabetes Care* 26 (Suppl 1): 1–16.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2004), Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, in: *Diabetes Care* 27 (Suppl 1): 5–10.
- AMERIKANISCHES AUSSENMINISTERIUM (2005), Bericht über den Menschenhandel, Online-Version: http://vienna.usembassy.gov/de/policy/traff_persons_austria.htm
- AMMAN, C.; COTTING, A.; HANSELMANN, V.; HELD, P.; HOHLFELD, P.; HOLLINGER, E. et al. (2005), Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte. *Schweizerische Ärztezeitung* 86(16): 951–960. Online-Version: http://www.unicef.ch/update/pdf/medizinische_guidelines_de_050426.pdf
- ANTONOVSKY, A. (1997), Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Hrsg. von Alexa Franke. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 25. Tübingen: dgvt-Verlag.
- ANYANIAN, J. et al. (1991), Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease, in: *New England Journal of Medicine* 325: 221–224.
- APHEIS NET (2005a), WP5: Health Impact Assessment. Full Report on HIA of Outdoor Air Pollution. <http://www.apheis.net/FinalReportNew/WP5OAPreport.pdf>
- APHEIS NET (2005b), Health Impact Assessment of Air Pollution. ENHIS-1 PROJECT (WP5 HIA). Local City Report Vienna, Austria. Author: Hanns MOSHAMMER. [http://www.apheis.net/\(CityReports\)](http://www.apheis.net/(CityReports))
- ARBEITSGEMEINSCHAFT DIABETES UND SCHWANGERSCHAFT DER DEUTSCHEN DIABETES GESELLSCHAFT (2001), Diagnostik und Therapie des Gestationsdiabetes (GDM), in: *Diabetologische Informationen* 5: 157–165.
- ARBEITSKREIS FRAUEN UND GESUNDHEIT im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (1998), *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik*, Bern: Verlag Hans Huber.

- AMS – Arbeitsmarktservice (2004), Arbeitsmarktprofile 2004; <http://www.ams.or.at/>
- ASSAF, A.R.; CARLETON, R.A. (1996), Die Women's Health Initiative: Geschichte und Überblick, in: MASCHESKY-SCHNEIDER, U. (Hrsg.), Frauen – das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit. Leske und Budrich, Opladen, 51–64.
- Augsburger Herzinfarktregister, in: Münchner medizinische Wochenschrift 133, 464–468.
- AUVA – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (2005), Jahresbericht 2004, Wien.
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (2003), Die geplante Geburt – Kaiserschnitt auf Wunsch. Referate der Sitzung des Arbeitskreises „Ärzte und Juristen“ am 23. und 24. März in Würzburg unter der Leitung von Prof. Dr. med. W. J. BROCK. Online-Version: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/pdf/aej01-1.pdf>
- BACHINGER, E. (2004), Consensus and Contemplacy. The Failure of Tobacco Control in Austria, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- BACHINGER, E. (2005), Lung Cancer in Austria – A Cohort Analysis, Vortrag bei der EUPHA-Konferenz in Graz, 11. November 2005.
- BACKES, G. (1994), Männer und Frauen: Unterschiedliche Lebensbedingungen im Alter, Bundesministerium für Soziales (Hrsg.), Die Zukunft des Alterns, Soziales Europa 4, Wien, 177–196.
- BADEL, C.; HOLZMANN-JENKINS, A.; MATUL, C.; ÖSTERLE, A. (1997), Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems, Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- BADER, A. et al. (2003), Erhalten die Bewohner von Pflegeheimen vor Ort die richtigen Arzneimittel?, in: Das Gesundheitswesen 4: 236–242.
- BALDASZTI, E. et al. (2005), Sexualität und Gender: Geschlechtsspezifische Aspekte von Sexualität und reproduktiver Gesundheit in Österreich. Expertise und Sex-survey bei Frauen und Männern im Alter ab 15 Jahren. Gefördert vom Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank. Wien.
- BANGE, D. (1992), Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen. Ausmaß – Hintergründe – Folgen, Köln.
- BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2003), Anregungen der BAWO zum Nationalen Aktionsplan der Österreichischen Bundesregierung gegen Armut und soziale Ausgrenzung (NAPincl). Wien.
- BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR MIGRATION, FLÜCHTLINGE UND INTEGRATION (2005), Sechster Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Online-Version: http://www.integrationsbeauftragte.de/gra/publikationen/publikationen_1172.php
- BECKER, N.; WAHRENDORF, J. (1998), Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- BECKMANN, J.A.; CREAGER, M.A.; LIBBY, P. (2002), Diabetes and atherosclerosis. Epidemiology, pathophysiology and management, in: JAMA 287 (19): 2570–2581.
- BEGENAU, J.; RAUCHFUSS, M. (1992), Partnerschaftskonflikte und psychosomatische gynäkologische Erkrankungen. Daten und Fallbericht. Berlin: Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität, Abteilung Psychosoziale Frauenheilkunde.
- BELANGER, C.F.; HENNEKENS, C.H.; ROSNER, B.; SPEIZER, F.E. (1978), The nurses' health study, in: American Journal of Nurses 78: 1039–40.
- BENARD, C.; SCHLAFFER, E.; MÜHLBACH, B.; SAPIK, G. (1991), Gewalt gegen Frauen. Über die Ausmaße eines gesellschaftlichen Problems und die Notwendigkeit konsequenterer Maßnahmen. Im Auftrag der Ludwig Boltzmann Forschungsstelle für Politik und zwischenmenschliche Beziehungen. Wien: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie.
- BENAZZI, F. (1999), Gender differences in bipolar II and unipolar depressed outpatients: a 557 case-study, in: Am Clin Psychiatry 11: 55–59.
- BERGER, E.; ELSTNER, T. (2002), Entwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter. Kinderneuropsychiatrische Evaluationsstudie 1995–2001 des Wiener Comprehensive Care Projects. Mit Unterstützung des Medizinisch-wissenschaftlichen Fonds des Bürgermeisters der Stadt Wien, Projekt-Nr. 1618. Endbericht, Mai 2002. Wien: Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche am Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel.
- BERGMAN, B.; BRISMAR, B. (1991), Suicid attempts by battered wives, in: Acta Psychiatr Scand 83: 380–384.
- BIOETHIKKOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT (2004), Präimplantationsdiagnostik (PID) – Bericht der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Wien. Online-Version: <http://www.bka.gv.at/bioethik>
- BITZER, J. (2003), Die Sexualität des älteren Paares, in: Journal für Menopause 3: 21–25.

- BLINKERT, B.; KLIE, T. (2000), Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität, in: Sozialer Fortschritt Jg. 49: 237–245.
- BMA – BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (2004), Smoking and reproductive life. The impact of smoking on sexual, reproductive and child health. London. Online-Version: <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/smokingreproductivelife?OpenDocument&Highlight=2,smoking>
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002), Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001), Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2000), Bericht zur Lage von Menschen mit Behinderung in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004), Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. S. 29. Online-Version: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=20530.html>
- BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2004), Österreichischer Psychiatriebericht 2004 Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung, erstellt von KATSCHNIG, H.; DENK, P.; SCHERER, M. (2004), Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien: BMGF.
- BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005b), Österreichischer Diabetesplan, Wien.
- BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005), Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. Wien: BMGF. Online-Version: <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/themen.htm?channel=CH0003&news=CMS1126253414382>
- BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005a), Diabetes mellitus als gesundheitspolitische Herausforderung/Diabetes mellitus – a challenge for health policy. Bestandsaufnahme und Analyse von Maßnahmen in Österreich und Europa (erstellt durch das ÖBIG), Wien.
- BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2006), Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, erstellt vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung, Wien: BMGF.
- BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2006a), Factsheet Psychische Gesundheit – Depression, Wien.
- BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und ÖGGG – Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.) (2004), Konsensus zur Hormonersatztherapie (27. November 2003), in: gynaktiv, 1/2004, S. 70–72.
- BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.) (2004), Erster österreichischer Männergesundheitsbericht, erstellt vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien.
- BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.) (2004), Pränataldiagnostik. Spezielle vorgeburtliche Untersuchungen. Wien: BMSG.
- BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.) (2003), Bericht über die Lage von behinderten Menschen in Österreich. Wien.
- BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2002), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge, Wien.
- BÖHEIM, R.; HOFER, H.; ZULEHNER, C. (2002), Lohnunterschiede zwischen Frauen und Männern in Österreich. Ein Vergleich zwischen 1983 und 1997, in: Kurswechsel 1: 50–56.
- BÖHMER, F. (2004), Die temporäre Harninkontinenz, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie, Sonderheft 5, 15–16. BOEGER, A.; PICKARTZ, A. (1998), Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen, in: Pflege 11: 319–323.
- BONORA, E.; KIECHL, S.; WILLEIT, J.; OBERHOLLENZER, F.; EGGER, G.; BONADONNA, R.C.; MUGGEO, M. (2003), Metabolic syndrome: epidemiology and more extensive phenotypic description. Cross-sectional data from the Bruneck Study, in: Int J Obes 27: 1283–1289.

- BORGETTO, B. (2004), *Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven*. Buchreihe des Schweizer Gesundheitsobservatoriums. Bern: Verlag Hans Huber.
- BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE (1971), *Our Bodies, Ourselves*; New York: Simon & Schuster.
- BRADFORD, J.; WHITE, J.C. (2000), *Lesbian Health Research*, in: GOLDMAN, M.B.; HATCH, M.C. (Eds.), *Women and Health*, San Diego: Academia Press; p. 46–78.
- BREZINKA, V.; PADMOS, I. (1994), *Coronary heart disease risk factors in women*, in: *European Heart Journal* 15: 1571–1584.
- BRINK, L. (2002), *Was belastet pflegende Angehörige von Apoplex betroffenen*, in: SCHNEPP, W. (Hrsg.), *Angehörige pflegen*, Bern: Huber, S. 219–238.
- BRINKMANN, CH.; WIEDEMANN, E. (1994), *Zu den psycho-sozialen Folgen der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Nr. B 16: 16–28.
- BRONISCH, T. (1995), *Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention*, München: Beck.
- BRONNEBERG, G.; FRANK, W. (1998), *Stillen in Österreich, im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales*, Wien.
- BRUDER, J. (1998), *Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen demenzerkrankter Menschen*, in: KRUSE, A. (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie*, Bd. 2: *Interventionen*, Göttingen: Hogrefe, 275–295.
- BRYANT, H. (o. J.), *Breast Cancer in Canadian Women, Women's Health Surveillance Report*.
- BSAFGFS – Bremer Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2001), *Bremer Frauengesundheitsbericht 2001*. Bremen: Abteilung Gesundheitswesen, Referat Gesundheitsberichterstattung.
- BUCHINGER, B.; GSCHWANDTNER, U. (2004), *Evaluation der Umsetzung des Wiener Programms für Frauengesundheit 1999–2004*, Salzburg/Wien.
- BUIJSSEN, H. (1996), *Die Beratung von pflegenden Angehörigen*, Weinheim.
- BUNDESKAMMER FÜR ARBEITER UND ANGESTELLTE (Hrsg.) (2004), *Die Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Österreich*, Wien.
- BUSSE, E.W.; BLAZER, D.G. (1995), *Textbook of geriatric psychiatry*, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- BUWAL Schweiz – Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft, Schweiz (2005), *Feinstaub PM10 – Fragen und Antworten zu Eigenschaften, Emissionen, Immissionen, Auswirkungen und Maßnahmen*. Stand 1. Dezember 2005.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002), *Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. Eine Expertise im Auftrag der BZgA von MERZENICH, H.; LANG, P.*, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 17, Köln: BZgA.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002), *Pränataldiagnostik. Beratung, Methoden und Hilfen. Eine Erstinformation*, Köln: BZgA.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005), *Teenagerschwangerschaften in Deutschland, Stellungnahme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*, Köln.
- CALVERLEY, M.D. (2000), *COPD Early Dedection and Intervention*, in: *Chest* 117: 365S–371S.
- CAPOCACCIA, R.; COLONNA, M.; CORAZZIARI, I. et al., (2002), *The EUROPREVAL project*. *Annals of Oncology* 13: 831–839.
- CARACCI, G.; MILLER, N. (1991), *Epidemiology and diagnosis of alcoholism in the elderly*, in: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 511–515.
- CARMICHAEL, A.R.; BATES, T. (2004), *Obesity and Breast Cancer: a review of the literature*, in: *Breast* 13 (2): 85–92.
- CATALANO, P.M.; TYZBIR, E.D.; WOLFE, R.R.; CALLES, J.; ROMAN, N.M.; AMINI, S.B.; SIMS, E.A. (1993), *Carbohydrate metabolism during pregnancy in control subjects and women with gestational diabetes*, in: *Am J Physiol* 264: E60–E67.
- CHANG-CLAUDE, J. (1997), *Genetische Disposition bei Krebserkrankungen von Frauen*, in: *Forum DKG*, 595–597.
- CHIARELLI, F.; DE MARTINO, M.; MEZZETTI, A. et al. (1999), *Advanced glycation end products in children and adolescents with diabetes: relation to glycemic control and early microvascular complications*, in: *J Pediatr* 134: 486–491.
- CHIARELLI, F.; MOHN, A.; TUMINI, S.; TROTTA, D.; VERROTTI, A. (2002), *Screening for vascular complications in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus*, in: *Horm Res* 57 (Suppl 1): 113–116.

- CHWOSTA, A. (2002), Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten lesbischer Frauen in Wien. Fragebogenstudie in Kooperation mit Lila Tipp (Lesbenberatung der Rosa Lila Villa), Institut für Sozialmedizin der Universität Wien. Unveröffentlicht.
- CIMS – The Coalition for Improving Maternity Services (1996), The Mother Friendly Childbirth Initiative, Online-Version: <http://www.motherfriendly.org>
- CLARK, C.M.; PERRY, R.C. (1999), Type 2 diabetes and macrovascular disease: Epidemiology and etiology, in: *American Heart Journal* 138: 330–333.
- COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER (1996), Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies, in: *Lancet* 347: 1713–1727.
- CONCLUSIO (1999), Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Eine empirische Studie zu psychologischen, soziologischen und ökonomischen Determinanten der Inanspruchnahme in der Steiermark. Graz: Conclusio.
- CONTESTABILE, E.; DERZKO, C. (2001), Canadian consensus on menopause and osteoporosis: perimenopause, in: *Journal of obstetrics and gynaecology Canada* 23(9): 836–841.
- DAVIGLUS, M.L.; STAMLER, L. et al. (2003), Favorable cardiovascular risk profile in young women with long term risk of cardiovascular and all cause mortality, in: *JAMA* 292: 1588–1592.
- DCCTRG – The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1996), Lifetime benefits and costs of intensive therapy as practiced in the diabetes control and complications trial, in: *JAMA* 276: 1409–1415.
- DCCTRG – The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993), The Effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus, in: *New England Journal of Medicine* 329: 977–986.
- DE ZWAAN, M.; BALDASZTI, E.; WIMMER-PUCHINGER, B. (2001), Essstörungen und deren Vorstufen – Wie groß ist das Problem in Wien? Abstract zur 8. Internationalen wissenschaftlichen Tagung des Netzwerks Essstörungen in Alpbach, Tirol; Oktober 2001.
- DE ZWAAN, M.; SCHÜSSLER, P. (2000), Diagnostik und Therapie der Anorexia und Bulimia nervosa, in: *Journal für Ernährungsmedizin* 1: 16–19.
- DELLBORG, M.; SWEDBERG, K. (1993), Acute myocardial infarction: Difference in the treatment between men and women, in: *Quality Assurance in Health Care* 5: 261–265.
- DENNERSTEIN, L.; DUDLEY, E.C.; HOPPER, J.L.; GUTHRIE, J.R.; BURGER, H.G. (2000), A prospective population-based study of menopausal symptoms, in: *Obstetrics and gynaecology* 96: 351–358.
- DER SPIEGEL (2003), Geburt: Schnittig ins Leben, *Der Spiegel* 6/2003 vom 3. Februar 2003. Online-Version: <http://www.spiegel.de/spiegel/0,1518,233339,00.html>.
- DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM (2003), Dicke Luft in der Familie. Passivrauchen gefährdet die Gesundheit von Kindern – vor und nach der Geburt, in: *einblick* 4/03: 18–19.
- DGPT – Deutsche Gesellschaft für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie, Beratungskommission der Sektion Toxikologie (1999), Hormonell aktive Substanzen in der Umwelt: Xenöstrogene. Stellungnahme, in: *Umweltmed Forsch Prax* 4(6): 367–374. Online-Version: <http://www.scientificjournals.com/sj/ufp/Pdf/aId/1026>
- DIALOG (2004), Sucht und Geschlecht. Beiträge zum Bedarf geschlechtergerechter Suchtarbeit, Wien, August 2004. Online-Version: http://www.dialog-on.at/db_downloads/Lesebuch_Geschlecht_Sucht_Vs5_copy_1.pdf
- DIESSENBACHER, H.; SCHÜLLER, K. (1993), Gewalt im Altenheim. Eine Analyse von Gerichtsakten, Freiburg i. Breisgau: Lambertus.
- DIETRICH, S.; WIDHALM, K. (2000), A Multi-Disciplinary Therapy Program for Morbidly Obese Children and Teenagers: Results After 7 Months, *International Pediatrics* 19(2): 83–89.
- DIETSCHER, C.; NOWAK, P.; SCHMIED, H. (o. J.), Altern in Gesundheit für MitarbeiterInnen: Beiträge von Spitälern und Pflegeeinrichtungen, Factsheet Ageing Struktur 1, Wien.
- DILLING, H.; WEYERER, S. (1984), Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen, in: DILLING, H.; WEYERER, S.; CASSELL, R. (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*, Stuttgart: Enke, S. 1–122.
- DORNER, T.; ALLICHAMMER, D.; KIEFER, I.; LAWRENCE, K.; HÜBL, U.; SCHMIDT, H.; STRUNZ, B.; KUNZE, M.; RIEDER, A. (2003), Screening for hypertension among blue-collar workers in Vienna. Abstract. 1st Central European Meeting on Hypertension. Portorose, Slovenia, October 2003.
- DORNER, T.; LEITNER, B.; STADLMANN, H. et al. (2004), Prevalence of overweight and obesity in Austrian male and female farmers, in: *Soz Präventivmed* 49: 243–246.

- DREWE, J.; GUTMANN, H. (2005) Pharmakotherapie für Frauen, in: RIECHER-RÖSSLER, A.; BITZER, J. (Hrsg.), Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis, Kaptitel 3, S. 117–122, München, Jena: Urban & Fischer.
- DÜR, W. (2004) Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Wien und Österreich, unter Mitarbeit von: FÜRTH, K.; GOTTWALD, R.; GRIEBLER, G. Vortrag im Rahmen des Symposiums „Adipositas/Fettsucht im Kindes- und Jugendalter. Eine Zeitbombe zwingt zum Handeln“, Wiener Rathaus, 26. April 2004. Online-Version: <http://www.wien.gv.at/who/pdf/duer.pdf>
- DÜR, W.; MRAVLAK, K. (2002), Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990 (HBSC/17). Wien: LBIMGS – Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- EAKER, E.D.; PACKARD, B.; THOM, T. J. (1989), Epidemiology and risk factors for coronary heart disease in women, in: DOUGLAS, P. (Hrsg.), Heart disease in women, F.A. Company, Philadelphia.
- EASTMAN, R.C.; JAVITT, J.C.; HERMAN, W.H. et al. (1997), Model of complications of NIDDM. II. Analysis of the health benefits and cost-effectiveness of treating NIDDM with the goal of normoglycemia, in: Diabetes Care 20: 735–744.
- EISENBACH-STANGL, I.; HAGER, I.; REIDL, C. (2004), Jugend und Alkohol in Wien – eine Erkundungsstudie, in: SWS-Rundschau 44(1): 33–56.
- EISENBACH-STANGL, I.; LENTNER, S.; MADER, R. (Hg.) (2005), Männer, Frauen, Sucht, Wien: Facultas.
- EITEL, G.; GRABER, D.; GROHMANN, S.; GUTLEDER, K.; NEUMAYER, C. (2003), Wiener Wohnungslosenhilfe 2002. Bericht über die soziale Situation von wohnungslosen Menschen in Wien und die Auswirkungen der geleisteten Hilfsmaßnahmen. Wien.
- ELKELES, T.; SEIFERT, W. (1993), Arbeitslose und ihre Gesundheit: Langzeitanalysen für die Bundesrepublik Deutschland, in: Sozial- und Präventivmedizin 38: 148–155.
- ELMADFA, I.; FREISLING, H.; KÖNIG, J. et al. (2003), Österreichischer Ernährungsbericht 2003. 1. Auflage, Wien.
- ELMADFA, I.; ZARFL, B.; KÖNIG, J. (1996) Ernährung älterer Menschen in Wien. WHO-Projekt: Wien – Gesunde Stadt, Wien: Stadt Wien.
- ERNST, C. (Hrsg.) (2001), Die bessere und die schlechtere Hälfte? Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz psychischer Krankheiten aus epidemiologischer Sicht, in: RIECHER-RÖSSLER, A.; ROHDE, A. (Hrsg.), Psychische Erkrankungen bei Frauen, Basel: Karger, S. 47–61.
- ESEMeD – European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (2004), Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project, in: Acta Psychiatrica Scandinavica 109, Suppl. 420, S. 21–27.
- ESVLA – Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (1996), Zweite Europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen, Dublin.
- ESVLA – Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (2002), Promoting gender equality in the workplace, Dublin.
- EUROPAFORUM WIEN (2002), Migration & Integration. Internationale Vergleiche – Europäische Perspektiven. Wien. Online-Version: http://www.europaforum.or.at/data/media/med_binary/original/1074260161.pdf
- EUROPÄISCHE KOMMISSION (1997), Report from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the state of women's health in the European Community, Office for the Official Publications of the European Communities: Luxembourg (COM [97] 224 final).
- EUROPÄISCHER RAT (2002), Rahmenbeschluss 2002/629/JI des Rates vom 19. Juli 2002 zur Bekämpfung des Menschenhandels, Europäisches Amtsblatt, L 203, 1.8.2002, 1–4.
- EUROPÄISCHER RAT (2003), Rahmenbeschluss 2004/68/JI des Rates vom 22. Dezember 2003 zur Bekämpfung der sexuellen Ausbeutung von Kindern und Kinderpornographie, Europäisches Amtsblatt, L 13, 20.1.2004, 44–48.
- EUROPÄISCHER RAT (2004), Richtlinie 2004/81/EG des Rates über die Erteilung von Aufenthaltstiteln für Drittstaatsangehörige, die Opfer des Menschenhandels sind oder denen Beihilfe zur illegalen Einwanderung geleistet wurde und die mit den zuständigen Behörden kooperieren, Europäisches Amtsblatt, L 261, 6.8.2004, 19–23.

- EUROPÄISCHES PARLAMENT (2003), Bericht über Frauen und Sport, Ausschuss für die Rechte der Frau und Chancengleichheit, 2002/2280(INI). Online-Version: <http://www.europarl.eu.int/meetdocs/committees/femm/20030423/487775DE.pdf>
- EUROPÄISCHES PARLAMENT (2004), Beschluss Nr. 803/2004/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 21. April 2004 über die Annahme des Aktionsprogramms (2004–2008) der Gemeinschaft zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen sowie zum Schutz von Opfern und gefährdeten Gruppen (Programm DAPHNE II); Europäisches Amtsblatt, L 143, 30.4.2004, 1.
- EUROPÄISCHES PARLAMENT; Ausschuss für die Rechte der Frau und Chancengleichheit (2003), Entwurf eines Berichts über Brustkrebs, (vorläufig 2002/2279(INI)), Berichterstatterin: Karin JÖNS.
- EUROPEAN COMMISSION (2001), European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, 3. Auflage, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EUSOMA – European Society of Mastology (2000), The requirements of a special breast unit, *European Journal of Cancer* 36: 2288–2293.
- EVANS, J.M.M.; NEWTON, R.W.; RUTA, D.A.; MAC DONALD, T.M.; MORRIS, A.D. (2000), Socio-economic status, obesity and prevalence of type 1 and type 2 diabetes mellitus, in: *Diabetic Med* 17: 478–480.
- EWMD AUSTRIA – EUROPEAN'S WOMEN MANAGEMENT DEVELOPMENT NETWORK AUSTRIA (2004), Weibliche Führungskräfte in großen österreichischen Unternehmen. Online-Version: <http://www.ewmd.at>
- EXECUTIVE COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY (2004), Position Statement: Guidelines for the Hormone Treatment of Women in the Menopausal Transition and Beyond, in: *Journal für Menopause* 11(1): 4–7.
- FEMINISTISCHES FRAUENGESUNDHEITZENTRUM (1990), Wechseljahre – eine Broschüre zur Selbsthilfe, Berlin: FFGZ.
- FENK, R. (2000), Die Bedeutung der Gesundenuntersuchung: Teilnahme im Zusammenhang mit Wissen, Motivation, Einstellungen und subjektiv geschätztem Nutzen. Dissertation an der naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Salzburg.
- FEUERLEIN, W. (1995), Abhängigkeit im Alter, in: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 8: 153–162.
- FEUERSTEIN, G.; KOLLEG, R. (1999), DNA-Chips: Konsequenzen der Automatisierung des Gentests, in: Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) (Hrsg.). *Gendiagnostik und Krebsrisiko*. Forum, April 3: 203–209.
- FINDL, I. et al. (1997), Verbesserung der Medikamenten-Compliance geriatrischer PatientInnen, in: DÜR, W.; PELIKAN, J.M.; Gesundheitsförderung regional. Projekte aus den Bundesländern, Wien.
- FISCHER, G.C.; ROHDE, J.J. et al. (1995). Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Schlussbericht zum interdisziplinären Forschungsprojekt, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 49, Stuttgart: Kohlhammer.
- FLEISCHMANN, H. (1997), Behandlung und Prognose älterer Abhängigkeitskranker, in: RADEBOLD, H.; HIRSCH, R.D.; KIPP, J.; KORTUS, R.; STOPPE, G.; STRUWE, B.; WÄCHTER, C. (Hrsg.), *Depressionen im Alter*; Darmstadt: Steinkopff, 271–279.
- FONDS SOZIALES WIEN (2003), Entscheiden Sie sich richtig ... bei Liebe, Sexualität und Verhütung, Wien: Fonds Soziales Wien/Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, ÖGF, Frauenbüro Wien. Online-Version: <http://diesie.at/index.php?id=83>
- FONDS SOZIALES WIEN (2005), Jahresbericht Pflege 2004, Wien.
- FORD, E.S.; GILES, W.H.; DIETZ, W.H. (2002), Prevalence of the metabolic syndrome among US adults. Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, in: *JAMA* 287: 356–359.
- FRANKE, A. (2001), *Klinische Psychologie der Frau*. Ein Lehrbuch, Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- FRANKE, A. (2005), Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit bei Frauen, in: SINGER, M.V.; TEYSSEN, S.; *Alkohol und Alkoholfolkrankheiten*. Grundlagen – Diagnose – Therapie, 2. Auflage, Heidelberg: Springer, S. 457–464.
- FRANZ, A. (2002), *Selbst bestimmtes Leben mit persönlicher Assistenz*. Eine alternative Lebensform behinderter Frauen. Wiesbaden.
- FRAUENGESUNDHEITZENTRUM GRAZ (Hrsg.) (2006), *Brustkrebs Früherkennung*. Informationen zum Mammografie-Screening. Eine Entscheidungshilfe.
- FRISCHBIER, H.-J.; HOEFFKEN, W.; ROBBA, B.-P.; (1994), *Mammographie in der Krebsfrüherkennung: Qualitätssicherung und Akzeptanz*. Ergebnisse der deutschen Mammographie-Studie. Stuttgart: Ferdinand Enke.

- FUCHS, J. (1999), Die Situation von Pflegenden, in: NDV Nachrichtendienst 79: 337–341.
- FÜSGEN, I. (Hrsg.) (1992), Der inkontinente Patient, Bern Göttingen, Toronto.
- GARILLON, C.; CHEVALIER, A.; MARSHALL, B. et al. (1997), Cancer incidence among active female workers at Electricite de France-Gaz de France, in: Bulletin du Cancer 84 (11): 1025–1031.
- GÄSTRIN, G. (1994), The Mamma Program for Breast Cancer Control. Habilitierung, in: Acta Universitatis Tampereensis 355: 129–134.
- GÄSTRIN, G. (2000), Gesundheitsförderung in Finnland. Die Frau im Zentrum, in: Clio 50, 13–14. GASTPAR, M.; SCHULZ, M. (1998), Therapiestrategien bei Abhängigkeit im Alter, in: HAVEMANN-REINECKE, U.; WEYERER, S.; FLEISCHMANN, H. (HRSG.), Alkohol und Medikamente – Missbrauch und Abhängigkeit im Alter, Freiburg: Lambertus, 117–127.
- GEISELMANN, B.; LINDEN, M. (1991), Prescription and intake patterns in long-term and ultra-long-term benzodiazepine treatment in primary care practice, in: Pharmacopsychiatry 24, 55–61. GÖRRES, S. (1993), Familienpflege und Angehörigenkarrieren. Entwicklung eines Forschungsparadigmas zur Belastung pflegender Angehöriger von chronisch kranken alten Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie 26: 378–385.
- GERAEDTS, M.; BERG, D.; KOESTER, H. et al. (1998), Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 98, Baden-Baden: Nomos.
- GERISCH, B.; LINDNER, R. (2004), Epidemiologie von Suizid und Suizidversuchen, in: Nervenheilkunde 15, 495–506.
- GLMA – Gay and Lesbian Medical Association (2003), Sexual Minority Women's Health Survey. Our Right to Health Care. Online-Version: www.glma.org/healthsurvey2003/women
- GLOOR, D.; MEIER, H. (2004), Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, Zürich. Zürich: Social Insight GmbH. Online-Version: http://www.interventionsstelle-wien.at/files/Studie_GloorMeier.pdf.
- GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2003), Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Executive summary updated, <http://www.goldcopd.com>
- GORDON, T.; KANNEL, W.B. (1970), The Framingham, Massachusetts Study twenty years later, in: KESSLER, I.I.; LEVIN, M. L. (Hrsg.), The Community as an Epidemiologic Laboratory. A Casebook of Community Studies. The Johns Hopkins Press, Baltimore, 123–146.
- GOTFREDSEN, N.S.; OSLER, M.; VESTBO, J.; ANDERSEN, I.; PRESCOTT, E. (2003), Smoking reduction, smoking cessation, and incidence of fatal and non-fatal myocardial infarction in Denmark 1976–1998: a pooled cohort study. J Epidemiol Community Health 57(6): 412–416.
- GÖTZINGER, K.; HAIDER, M.; KREILINGER, B.; PAUSER, N. (2004), Frau sein – barrierefrei. Zur Lebens- und Arbeitssituation von Frauen mit Behinderung. Wien.
- GOZZOLI, V.; PALMER, A.J.; BRANDT, A. et al. (2000), Erhöhter klinischer und wirtschaftlicher Nutzen durch PROSIT (Proteinurie-Screening und Intervention) bei Typ-II-diabetischen Patienten, in: Dtsch Med Wschr 126: 1154–1159.
- GRÄSSEL, E. (1996), Psychische und physische Belastungen pflegender Angehöriger, I: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.), danken und dienen 1996. Thema: Pflege im Alter – Pflegenden Angehörige, Stuttgart, 12–18.
- GREDLER, B.; KUNZE, M. (1983), Diabetes mellitus – Daten zur epidemiologischen Situation in Österreich, in: Akt Ernähr 8: 77–79.
- GROB, D. (2004), Stürze im Alter. Risikofaktoren und Konsequenzen, in: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz, Bern, 16–20.
- GROBE, TH.G.; SCHWARTZ, F.W. (2003), Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Berlin.
- GROSS, P.E.; SIERRA, S. (1998) Current perspectives on radiation-induced breast cancer, in: Journal of Clinical Oncology 16 (1): 338–347.
- GROTH (1992), Hitze ... und Wut. Die Medikalisierung der Wechseljahre. In: Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen (Hrsg.); AltersWachSinn. Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis 1992; 33: 51–61.
- GROTH (1994), Die Medikalisierung der Wechseljahre. Argumente gegen eine generelle Hormontherapie. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1994; 70: 421–424.
- GROTH, S. (2006), Früherkennung und Gebärmutterhalskrebs durch den PAP-Abstrich, in: BMGF (Hrsg.), Österreichischer Frauengesundheitsbericht, Wien (im Erscheinen).

- GROTH, S.; RASKY, E. (2003), Das FrauenGesundheits-Programm Graz. Gender Health Audit in sechs Grazer Betrieben, Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften der Johann Kepler Universität in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, Linz: OÖGKK.
- GUTIÉRREZ, K.; TRAPPL, E. (2006), Wiener Psychiatriebericht 2004, Wien.
- HAAS, S. (2005), Problembewusste Frauen, risikofreudige Männer: Illegale Drogen und Geschlecht, in: EISENBACH-STANGL, I. et al. (Hg.), Männer, Frauen, Sucht, Wien: Facultas; 133–144.
- HACKL, M. (2005), Krebserkrankungen – Häufigkeit und Veränderungen im Laufe der Zeit, Hrsg.: Statistik Austria, Wien.
- HAFFNER, S.M.; LEHTO, S.; RÖNNEMAA, T.; PYÖRÄLÄ, K.; LAAKSO, M. (1998), Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction, in: *New England Journal of Medicine* 339: 229–234.
- HALSIG, N. (1998), Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger: Möglichkeiten der Intervention, in: KRUSE, A. (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie*, Bd. 2: Intervention, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 211–231.
- HARPER, D.M. et al. (2004), Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised trial controlled, in: *Lancet* 364: 1757–1765.
- HÄRTEL, U.; LÖWEL, H. (1991), Familienstand und Überleben nach Herzinfarkt. Ergebnisse des Augsburger Herzinfarktregisters, in: *Münchener medizinische Wochenschrift* 133, 464–468.
- HARVARD REPORT ON CANCER PREVENTION (1996), Vol. 1: Causes of human cancer. *Cancer Causes and Control* 7 (1): 3–59.
- HAYS, J.; OCKENE, J.K.; BRUNNER, R.L.; KOTCHEN, J.M.; MANSON, J.E.; PATTERSON, R.E.; ARAGAKI, A.K.; SHUMAKER, S.A.; BRZYSKI, R.G.; LACROIX, A.Z.; GRANEK, I.A.; VALANIS, B.G.; WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS (2003), Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life, *New England Journal of Medicine* 348(19): 1839–1854.
- HDS (HYPERTENSION IN DIABETES STUDY) (1993), Prevalence of hypertension in newly presenting type 2 diabetic patients and the association with risk factors for cardiovascular and diabetic complications, in: *J Hypertens* 11: 309–317.
- HEBERT, J.R.; ROSEN, A. (1996), Nutritional, socioeconomic, and reproductive factors in relation to female breast cancer mortality: findings from a cross-national study, in: *Cancer Detection and Prevention*, 20(3): 234–244.
- HECKHAUSEN, J.; SCHULZ, R.; A life span theory of control, in: *Psychological Review* 102: 284–302.
- HEINEMANN, K.; RÖHRIG, P.; STADIE, R. (1983), Arbeitslose Frauen. Zwischen Erwerbstätigkeit und Hausfrauenrolle. Eine empirische Untersuchung, Beltz-Verlag, Weinheim.
- HEINEMANN, L.A.J.; BARTH, W.; GARBE, E.; WIL- LICH, S.N.; KUNZE, K. und die Forschungsgruppe MONICA Ostdeutschland (1998), Epidemiologische Daten zur Schlaganfallerkrankung, in: *Der Nervenarzt* 12: 1091–1099.
- HEJDA, M. (2002), Was belastet pflegende Angehörige dementierender alter Menschen, in: SCHNEPP, W. (Hrsg.), *Angehörige pflegen*, Bern: Huber, S. 197–218.
- HELFFERICH, C. (1996), Perspektiven der Frauengesundheitsforschung in Deutschland; in: MASCHIEWSKI-SCHNEIDER, U., *Frauen – das kranke Geschlecht?* Opladen: Verlag Leske und Budrich, S. 113–130.
- HELFFERICH, C.; HENDEL-KRAMER, A.; KLINDER- WORTH, H. (2003), Gesundheit allein erziehender Mütter und Väter. In: Robert Koch-Institut (RKI; Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 14. Wien: RKI. Online-Version: www.rki.de
- HELLBERND, H.; BRZANK, P.; WIENERS, K.; MASCHIEWSKY-SCHNEIDER, U. (2003), Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S. I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Berlin.
- HELMCHEN, H. (2001), Unterschwellige psychische Störungen, in: *Der Nervenarzt* 72 (3): 181–189.
- HELMCHEN, H.; BALTES, M.M. et al. (2002) Women's Health Initiative und Hormontherapie: Was gilt?, in: *Journal für Menopause* 9 (3): 9–10.
- HELMERT, U. (1994), Sozialschichtspezifische Unterschiede in der selbst wahrgenommenen Morbidität und bei ausgewählten gesundheitsbezogenen Indikatoren in West-Deutschland, in: HIEDEN-SOMMER, H. (2005), Der „kapitalistische Produktivitätsmalus“ beeinflusst die Einkommensschere zwischen Frauen und Männern, in: *SWS-Rundschau* 45 (3): 308–330.
- HERZ, E.; THOMA, M.; UMEK, W.; GRUBER, K.; LINZ- MAYER, L.; WALCHER, W.; PHILIPP, T.; PUTZ, M. (1997), Nichtpsychotische postpartale Depression. Pilotstudie zur Epidemiologie und Risikofaktoren, in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 57: 282–288.

- HILGEFORT, G. (2000), Handbuch HIV-Prävention für Mädchen und Frauen, Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- HILL, A.; RUMPF, H.J.; HAPKE, U.; DRIESSE, M.; JOHN, U. (1998), Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice, in: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22: 935–940.
- HOCHLEITNER, M.; BADER, A., (2004), Health promotion in immigrant turkish women in Austria, in: *Recent Advances in Health Promotion in Singapore* 4.
- HOCHLEITNER, M. (1997), Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine Untersuchung der Geschlechtsunterschiede in den kardiologischen PatientInnenkarrieren an der Universitätsklinik Innsbruck. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft, Verkehr und Kunst.
- HOCHLEITNER, M. (1998), Tirol hat eine höhere weibliche als männliche Herz-Kreislauf-Mortalität: Sind Gender Differences an der Notfallaufnahme aufzeigbar? Studie im Auftrag der Gesundheits- und Frauenreferentin des Landes Tirol LR Dr.ⁱⁿ Elisabeth ZANON.
- HOCHLEITNER, M. (1999), Tirol hat eine höhere weibliche als männliche Herz-Kreislauf-Mortalität: Sind Gender Differences bei den kardiologischen PatientInnenkarrieren an der Koronarangiographie aufzeigbar? Studie im Auftrag der Gesundheits- und Frauenreferentin des Landes Tirol LR Dr.ⁱⁿ Elisabeth ZANON.
- HOCHLEITNER, M. (2000) Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2000. Studie im Auftrag des bm: bwk.
- HOCHLEITNER, M. (2006), Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, in: *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, Wien: BMGF.
- HOFMARCHER, M.; RÖHRLING, G.; RIEDEL, M. (2003), Gesundheitszustand in der EU. Schwerpunktthema: Versorgung mit Antidepressiva, in: *Health System Watch IV*.
- HÖPFLINGER, F. (1991), Neue Kinderlosigkeit – Demographische Trends und gesellschaftliche Spekulationen, *Acta Demographica*, S. 81–100.
- HÖPFLINGER, F. (1994), Frauen im Alter – Alter der Frauen – ein Forschungsdossier. Zürich: Seismo (Zweite Auflage 1997).
- HÖPFLINGER, F.; HUGENTOBLE, V. (2003), *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz*. 1. Aufl. Bern: Huber.
- HORNUNG, A.; NADER, R.; SCHIESSL, E. (2006), *Wirtschaft in Männerhand, AK-Untersuchung*, Wien.
- HU, F.B.; MANSON, J.E.; STAMPFER, M.J.; COLDITZ, G.; LIU, S.; SOLOMON, C.G.; WILLETT, W.C. (2001), Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women, in: *N Engl J Med* 345: 790–797.
- HU, F.B.; STAMPFER, M.J.; HAFFNER, S.M.; SOLOMON, C.G.; WILLETT, W.C.; MANSON, J.E. (2002), Elevated risk of cardiovascular disease prior to clinical diagnosis of type 2 diabetes, in: *Diabetes Care* 25: 1129–1134.
- HU, F.B.; STAMPFER, M.J.; SOLOMON, C.G. et al. (2001), The impact of diabetes mellitus on mortality from all causes and coronary heart disease in women, in: *Arch Intern Med* 161: 1717–1723.
- HU, F.B.; THE DECODE STUDY GROUP (2003), Gender difference in all-cause and cardiovascular mortality related to hyperglycaemia and newly-diagnosed diabetes, in: *Diabetologia* 46, S. 608–617.
- HUBER, J. (2002), Was können wir von der WHI-Studie lernen? *Jatros Medizin für die Frau* 6: 10–11.
- HUBER, J. et al. (2002), Europäische Gynäkologen analysieren die WHI-Hormonstudie amerikanischer Kardiologen, *Journal für Menopause* 2: 9–11.
- HUSSLEIN, P.; LANGER, M. (2000), Elektive Sectio versus vaginale Geburt – ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? *Der Gynäkologe* 33(12): 849–856.
- IARC (2002), *IARC Handbook*, Lyon.
- ICKS, A.; RATHMANN, W.; ROSEBNAUER, J.; GIANI, G. (2005), *Diabetes mellitus, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 24* (Hrsg.: Robert-Koch-Institut).
- IFES – Institut für Empirische Sozialforschung (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien*, Wien.
- IFES – Institut für Empirische Sozialforschung (2005), *Frauenbarometer 2005*, Wien.
- IFES – Institut für Empirische Sozialforschung Wien (2003), *BADO – Basisdokumentation KlientInnenjahrgang 2002*, im Auftrag des Fonds Soziales Wien, Wien.
- IFES – Institut für Empirische Sozialforschung Wien (2004), *Suchtmittel-Monitoring 2003, Bevölkerungsbefragung Wien, Studienbericht*; erstellt für den Fonds Soziales Wien. Online-Version: <http://www.drogenhilfe.at/dokumente/2004/suchtmittelstudie2003.pdf>
- IFEW – Institut für Ernährungswissenschaften Wien (2003), *Österreichischer Ernährungsbericht 2003*, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien.
- IHS – Institut für Höhere Studien (2005), *Frauen am Arbeitsmarkt – Entwicklung der Arbeitslosigkeit im Jahr 2004*, Wien.
- ILPIAK, B.; SCHNEIDER, A.; DÖRING, A.; STIEBER, J.; KEIL, U. (1997), *MONICA Project Augsburg. Data book, Trends in cardiovascular risk factors from Survey 1984/85 to Survey 1993/95*, GSF- Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Bericht 27/97.

- INFORMIERT (2004), Nr. 8
- INSTITUT FÜR DEMOGRAPHIE, WIEN (2003), Bevölkerungsvorausschätzung 1996 bis 2021 nach Teilgebieten der Wiener Stadtregion. Wien: Institut für Demographie.
- INSTITUT FÜR GESUNDHEITSPLANUNG (2004), Die Versorgung von Diabetes mellitus Typ 2 aus PatientInnen-sicht. Eine empirische Studie zur Versorgungssituation in Oberösterreich. Linz.
- INSTITUT SICHER LEBEN (2005), Unfallstatistik 2004, Wien.
- INSTITUTE OF MEDICINE, Committee on Lesbian Health Research Priorities; Neuroscience and Behavioral Health Program, Health Sciences Policy Program, Health Sciences Section (1999), Lesbian Health: Current Assessments and Directions for the Future. Andrea L. SOLARZ (Ed.), Washington, D.C.: National Academy Press.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (o. J.), Diabetes e-Atlas. <http://www.idf.org/e-atlas/home/>. 16. 7. 2004.
- JACOBY, R. (1997), Which scan, for whom and why?, in: AMES, D.; CHIU, E. (Hrsg.), *Neuroimaging in the Psychiatry of Late Life*, Cambridge: University Press, 217–226.
- JAHN, I. (2004) (Hrsg.), *wechseljahre multidisziplinär. was wollen frauen – was brauchen frauen?* Proceedings Kongress „wechseljahre multidisziplinär“, Universität Bremen, 21.–23. Februar 2003. GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 28, St. Augustin: Asgard-Verlag.
- JAHN, I.; KOLIP, P. (2003), *Hintergründe für eine frauenspezifische Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen*. Bremen.
- JASSEM, J. (2004), Abstract Nr. 362, Präsentiert auf der 4. Europäischen Brustkrebskonferenz in Hamburg.
- JOHNSON, S.R. (1996), Risiken und Vorteile der hormonellen Substitutionstherapie, in: MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. (Hrsg.), *Frauen – das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit*, Leverkusen/Op-laden: Leske und Budrich.
- JONES, H.W.; COHEN, J. (2004), IFFS Surveillance 04, *Fertility and Sterility* 81 (5; Suppl. 4): 1–55.
- KAINZ, C. (2000), HPV-Typisierung in der gynäkologischen Praxis, in: *Gyn-aktiv* 1: 31–34.
- KANNEL, W.B. (1987), New perspectives in CVD risk factors, in: *American Heart Journal* 114: 213–219.
- KANNEL, W.B.; MC GEE, D.L. (1979), Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham Study, in: *Circulation* 59: 8–13.
- KANNEL, W.B.; MC GEE, D.L. (1985), Update on some epidemiologic features of intermittent claudication: the Framingham Study, in: *J Am Geriatr Soc* 33: 13–18.
- KANNUS, P.; PARKKARI, J.; NIEMI, S.; PESANEN, M.; PALVANEN, M. et al. (2000), Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector, in: *New England Journal of Medicine* 343: 1506–1513.
- KAPLAN, G.A.; KEIL, Y.E. (1993), Socioeconomic factors and cardiovascular disease: A review of literature, AHA Medical/Scientific Statement – Special Report.
- KÄSLER-HEIDE, H. (1998), *Wenn die Eltern älter werden: ein Ratgeber für erwachsene Kinder*, Frankfurt am Main: Campus.
- KATSCHNIG, H.; DENK, P.; SCHERER, M. (2004), Österreichischer Psychiatriebericht 2004, Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung, Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien.
- KATSCHNIG, H.; LADINSER, E.; SCHERER, M.; SONNECK, G.; WANCATA, J. (2001), Österreichischer Psychiatriebericht 2001, Teil 1: Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung, Wien: Staatssekretariat für Gesundheit im Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.
- KAUFERT, P.; GILBERT, P.; TATE, R. (1992), The Manitoba project: a re-examination of the link between menopause and depression in mid-aged women, in: *Maturitas* 14: 143–155.
- KdEG – Kommission der Europäischen Gemeinschaften (1997), Bericht der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen zur gesundheitlichen Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft. Brüssel.
- KELSEY, J. L.; BERNSTEIN, L. (1996), Epidemiology and prevention of breast cancer, in: *Annual Review of Public Health* (17): 47–67.
- KERSCHAN-SCHINDL, K.; UHER, E.; KAINBERGER, F.; KAIDER, A.; GHANEM, A.H.; PREISINGER, E. (2000), Long-term home exercise program: effect in women at high risk of fracture, in: *Arch Phys Med Rehabil* 81: 319–323.
- KICKBUSCH, I. (1981), Die Frauengesundheitsbewegung – ein Forschungsgegenstand? In: SCHNEIDER, U. (Hrsg.), *Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung*. Frankfurt am Main: Campus.

- KICKBUSCH, I. (2003), Gesundheitsförderung und Prävention. In: SCHWARTZ F.W. (Hrsg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Schwarzenberg; S. 181–214.
- KIEFER, I.; KUNZE, M.; RIEDER, A. (2001), Epidemiologie der Adipositas, in: J Ernährungsmed 3: 17–19.
- KIESELBACH, T.; KLINK, E. (1997), Interventionen bei Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit, in: v. ROSENSTIEL, L. et al. (Hrsg.), Handbuch der angewandten Psychologie, Landsberg.
- KIESELBACH, T.; WACKER, A. (Hrsg.) (1991), Bewältigung von Arbeitslosigkeit im sozialen Kontext. Programme, Initiativen, Evaluationen, Weinheim.
- KIM, C.; NEWTON, K.M.; KNOPP, R.H. (2002), Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes, in: Diabetes Care 25: 1862–1868.
- KING, H. (1998), Epidemiology of glucose intolerance and gestational diabetes in women of childbearing age, in: Diabetes Care 21 (Suppl 2): B9–B13.
- KING, H.; AUBERT, R.E.; HERMAN, W.H. (1998), Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections, in: Diabetes Care 21: 1414–1431.
- KIRNER, E.; SCHULZ, E. (1992), Das „Drei-Phasen-Modell“ der Erwerbsbeteiligung von Frauen – Begründung, Norm und empirische Relevanz, in: OTT, N.; WAGNER, G. (Hrsg.), Familie und Erwerbstätigkeit im Umbruch, Berlin 1992.
- KIRSCHNER-HERMANN, R. (1998), Harninkontinenz im Alter, in: Journal für Urologie und Urogynäkologie 1: 19–26.
- KISS, H.; PETRICEVIC, L.; HUSSLEIN, P. (2004a), Prospective randomised controlled trial of an infection screening programme to reduce the rate of preterm delivery. BMJ Aug 14; 329(7462): 371.
- KISS, H.; PICHLER, E.; PETRICEVIC, L.; HUSSLEIN, P. (2005), Cost effectiveness of a screen-and-treat program for asymptomatic vaginal infections in pregnancy: Towards a significant reduction in the costs of prematurity. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol., Nov 19.
- KISS, H.; WIDHALM, A.; GEUSAU, A.; HUSSLEIN, P. (2004b), Universal antenatal screening for syphilis: is it still justified economically? A 10-year retrospective analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Jan 15; 112(1): 24–8.
- KLIMONT, J. (2005), Gesundheitslebenserwartungen: Konzepte und Ergebnisse, in: Statistische Nachrichten, Heft 2.
- KLOTZENBUECHER, C.M. et al. (2000), Patients with prior fractures: a summary of the literature and statistical synthesis, in: J Bone Min Res 15: 721–739.
- KNOWLER, W.C.; BARRETT-CONNOR, E.; FOWLER, S. E.; HAMMAN, R.F.; LACHIN, J.M.; WALKER, E.A.; NATHAN, D.M. (2002), Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin, in: N Engl J Med 346: 393–403.
- KÖCK, C.; KYTIR, J.; MÜNZ, R. (1988), Risiko „Säuglingstod“. Plädoyer für eine gesundheitspolitische Reform. Wien: Franz Deuticke.
- KOHLI, M.; KÜHNEMUND, H.; MOTEL, A.; SZYDLIK, M. (2000), Grunddaten zur Lebenssituation der 40–85jährigen deutschen Bevölkerung. Ergebnisse des Alters-Survey. Berlin: Weissensee-Verlag.
- KOLIP, P. (1997), Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter: Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen, Opladen: Leske und Budrich.
- KOLIP, P. (2004), Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen? In: ALTGELD, T. (Hrsg.), Männergesundheit: Neue Herausforderungen und Perspektiven für Gesundheitsförderung und Prävention, Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 219–232.
- KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN (2005), Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union, Brüssel (KOM[2005] 484).
- KOMITEE FÜR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ZYTOLOGIE (2003), Leitfaden zur Beteiligung an der freiwilligen Selbstkontrolle zytologischer Laboratorien.
- KÖRNER, C. (2005), Geschlechtergerechte Medizin: Prüfung von Medikamenten an Frauen, in: BMGF (Hrsg.), Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005, Wien: BMGF.
- KÖSTERS, J.P. et al. (2003), in: The Cochrane Library, Issue 3.
- KRAJIC, K.; NOWAK, P.; RAPPOLD, E. (2005), Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Zusammenfassung. Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB, Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheits- und Medizinsoziologie.

- KRAJIC, K.; VYSLOUZIL, M.; NOWAK, P. (2003), Pflege-
notstand in Österreich. Wissenschaftliches Gutach-
ten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Ge-
sundheitsberufe im ÖGB. Wien: Ludwig Boltzmann
Institut für Gesundheits- und Medizinsoziologie.
- KRAUSE, M. (2002), Wer wünscht sich was? Die
Wunschsectio als Ausdruck mangelnder Kompetenz.
Hebammen Forum, Februar 2002. Online-Version:
<http://www.geburtskanal.de> (> Wissen A-Z)
- KRAUTZKY-WILLER, A.; BANCHER-TODESCA, D.
(2003), Gestationsdiabetes, in: Wiener Klinische Wo-
chenschrift 21/22: 478–484.
- KREIENBERG, R.; VOLM, T. (1999), Vorstellung des
Projektes „Familiärer Brustkrebs“, in: Deutsche
Krebsgesellschaft (DKG) (Hrsg.), Gendiagnostik und
Krebsrisiko. Forum April 3: 201–202.
- KREMLA, M. (2005), Interkulturelle Altenpflege in Wien:
Angebote und Veränderungsbedarf aus der Sicht von
ZuwanderInnen und Trägereinrichtungen. Wien.
Online-Version: [http://www.asyl.at/projekte/
endbericht_interkulturelle_oeffnung.pdf](http://www.asyl.at/projekte/endbericht_interkulturelle_oeffnung.pdf)
- KROEGEL, C. (2004), Die „Globale Initiative für chro-
nisch-obstruktive Lungenerkrankungen“ (GOLD).
Aktualisierung der GOLD-Empfehlungen, in: Pneu-
mologie 58, 65–68.
- KRÖGER, C. (2000), Raucherentwöhnung in Deutsch-
land: Grundlagen und kommentierte Übersicht, im
Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Auf-
klärung Köln (BZgA), Gesundheitsförderung kon-
kret, Bd. 2.
- KROMEYER-HAUSCHILD, K.; WABITSCH, M.; KUNZE,
D.; GELLER, F.; GEISS, H.C.; HESSE, V.; VON HIP-
PEL, A.; JÄGER, U.; JOHNSEN, D.; KORTE, W.;
MENNER, K.; MUELLER, G.; MUELLER, M.J.; NIE-
MANN-PILATUS, A.; REMER, T.; SCHÄFER, F.;
WITTCHEN, H.-U.; ZABRANSKY, S.; ZELLNER, K.;
ZIEGLER, A.; HEBEGRAND, J. (2001), Perzentile für
den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugend-
alter unter Heranziehung verschiedener deutscher
Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149:
807–818.
- KRUSE, A. (2002), Gesund altern. Stand der Prävention
und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategi-
en, Band 146 der Schriftenreihe des BM für Gesund-
heit, Baden-Baden: BMG.
- KRUSE, A.; GABER, E. et al. (2002), Gesundheit im Alter,
Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10,
Berlin: RKI – Robert Koch Institut.
- KUMPF-TONTSCH, A.; SCHMID-SIEGEL, B.; KLIER, C.
M.; MUZIK, M.; LENZ, G. (2001), Versorgungsstruk-
turen für Frauen mit postpartalen psychischen Stö-
rungen. Wiener Klinische Wochenschrift 113(17):
641–646.
- KUMPF-TONTSCH, A.; SCHMID-SIEGEL, B.; KLIER,
C.M.; MUZIK, M.; LENZ, G. (2001), Versorgungs-
strukturen für Frauen mit postpartalen psychischen
Störungen. Wiener Klinische Wochenschrift 113(17):
641–646.
- KUNI, H. et al. (2003), in: Gesundheitswesen 65: 443–
446.
- KURELLA, S. (1992), Arbeitslosigkeit und Gesundheit –
Literaturstudie für die Jahre 1985–1991, in: Wissen-
schaftszentrum Berlin (Hrsg.), Veröffentlichungsrei-
he der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und
Präventionspolitik, Berlin.
- LANCZIK, M.; KERSTING, A.; HORNSTEIN, C.; KLIER
C.M. (2001), Psychopharmakotherapie während der
Stillzeit, in: RIECHER-RÖSSLER et al. (Hg.), Mutter-
glück und Mütterleid. Diagnose und Therapie der
postpartalen Depressionen, Wien: Facultas; S. 55–74.
- LANDAU, M. (2004), Familienhospizkarenz – Angehöri-
ge begleiten Sterbende. Ein österreichisches Modell,
Vortrag gehalten auf dem 95. Katholikentag am 17.
Juni 2004 in Ulm.
- LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN (2004), Zukunft
einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in
Nordrhein-Westfalen. Bericht der Enquetekommis-
sion des Landtags Nordrhein-Westfalen, Wiesbaden:
VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- LEBHART, G. (2003), Volkszählung 2001: Geburtsland
und Staatsangehörigkeit, Statistische Nachrichten 4:
258–265.
- LIEBL, A.; NEISS, A.; SPANNHEIMER, A. et al. (2001),
Kosten des Typ-II-Diabetes in Deutschland. Ergeb-
nisse der CODE-2®-Studie, in: Dtsch Med Wschr
126: 585–589.
- LINDEN, M.; KURTZ, G.; BALTES, M.M. et al. (1998),
Depression bei Hochbetagten: Ergebnisse der Berli-
ner Altersstudie, in: Nervenarzt 69: 27–37.
- LINDSAY, R.; SILVERMAN, S.L.; COOPER et al. (2001),
Risk of new vertebral fracture in the year following a
fracture, in: JAMA 285: 320–323.
- LIPPUNER, K. (2004), Osteoporose und Stürze im Alter.
Diagnostik und Therapie, Risikofaktoren und Konse-
quenzen, in: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Os-
teoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-
Ansatz, Bern: BAG.

- LIU-AMBROSE, T.; ENG, J.J.; KHAN, K.M. et al. (2003). Older women with osteoporosis have increased postural sway and weaker quadriceps strength than counterparts with normal bone mass. Overlooked determinants of fracture risk?, in: *Journal of Gerontological Biological Science* 58 (9): 862–866.
- LOIBL, E. (2003), Unsichtbar. Gender Mainstreaming in der Wohnungslosenhilfe. Konzepte gegen die Diskriminierung wohnungsloser Frauen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Rosa Mayreder College, Wien.
- LOIBL, E.; CORAZZA, E. (2003), Frauengerechte Qualitätsstandards, BAWO Frauenarbeitskreis der Wiener Wohnungslosenhilfe. Wien. Online-Version: http://www.bawo.at/_TCgi_Images/bawo/20040714093340_Frauengerechte_Standards_1.pdf
- LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE (2003), The Health Risks and Consequences of Trafficking in Women and Adolescents Findings from a European Study. Online-Version: <http://www.lshtm.ac.uk/hpu/docs/traffickingfinal.pdf>
- LORD, S.R.; SHERRINGTON, C.; MENZ, H.B. (Hrsg.) (2001), Falls in Older People. Risk Factors and Strategies for Prevention. Cambridge: University Press.
- LÖSCHER-WENINGER, I. (2006), Gleichbehandlungsrichtlinie: Präventionsmaßnahmen bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz, in: BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) (2006), Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005.
- LOVE, S. (1997), Das Hormonbuch. Was Frauen wissen sollten, Frankfurt a. M.: Krüger Verlag.
- LOW, N.; MARTI, C.; EGGER, M. (2005), Mädchenbeschneidung in der Schweiz: Umfrage von UNICEF Schweiz und der Universität Bern, Schweizerische Ärztezeitung 86(16): 970–973.
- LÖWEL, H.; LEWIS, M.; KEIL, U. et al. (1995), Zeitliche Trends von Herzinfarkt-morbidität, -mortalität, 28-Tage-Letalität und medizinischer Versorgung. Ergebnisse des Augsburger Herzinfarktregisters von 1985 bis 1992, in: *Zeitschrift für Kardiologie* 84: 596–605.
- LÖWEL, H.; STIEBER, J.; KOENIG, W. et al. (1999), Das diabetesbedingte Herzinfarktrisiko in einer süddeutschen Bevölkerung. Ergebnisse der MONICA-Augsburg Studien 1985–1995, in: *Diabetischer Stoffwechsel* 8: 11–21.
- LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (1995), Österreichischer Frauengesundheitsbericht (Women's Health Profile), Wien.
- LUDWIG BOLTZMANN INSTIUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (1997), Sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugendalter und seine gynäkologischen und sexuellen Kurz- und Langzeitfolgen. Wien: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie.
- LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (1998), Die Lebens- und Gesundheitssituation von Frauen im 10. Wiener Gemeindebezirk. Wien.
- LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (1999), Niederösterreichischer Frauengesundheitsbericht, St. Pölten: Amt der Niederösterreichischen Landesregierung.
- LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (2001a), Schwangerschaftskonflikt. Motive für bzw. gegen einen Schwangerschaftsabbruch, Wien: BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (2001b), Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Bestandsaufnahme und Entwicklung von Optimierungsansätzen. Eine empirische Befragung von 4.600 Frauen in allen österreichischen Bundesländern. Mit Unterstützung des Fonds Gesundes Österreich und der LandesrätInnen von Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Salzburg und Vorarlberg. Wien: LBI für Frauengesundheitsforschung.
- LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (2006), Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, Wien: BMGF.
- LUTZ, H. (2003), Auswirkungen der Kindergeldregelung auf die Beschäftigung von Frauen mit Kleinkindern. Erste Ergebnisse, in: *WIFO-Monatsberichte* 3: 213–227.
- LUTZ, H. (2004), Wiedereinstieg und Beschäftigung von Frauen mit Kleinkindern. Ein Vergleich der bisherigen Karenzregelung mit der Übergangsregelung zum Kinderbetreuungsgeld. Studie des WIFO im Auftrag der Arbeiterkammer Wien, Wien.
- MADERSBACHER, S.; HAIDINGER, G.; TEMMEL, C. (2000), Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum, in: *Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheitsbericht 2000*, S. 299–233.
- MAFFLI, E. (Hrsg.) (2000), Medikamentenmissbrauch in der Schweiz: Aktuelle Daten – Orientierungen für die Praxis, Lausanne: SFA-ISPA Press.

- MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1998), Landessozialbericht, Band 8: Arbeitslose, Langzeitarbeitslose und ihre Familien, Düsseldorf.
- MAK, K.H.; HAFFNER, S.M. (2003), Diabetes abolishes the gender gap in coronary heart disease, in: *Eur Heart J* 24: 1385–1386.
- MANN, K.; MUNDLE, G. (1997), Alkoholismus und Alkoholfolgekrankheiten, in: FÖRSTL, H. (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*, Stuttgart: Enke, 345–355.
- MAROTTOLI, R.A. et al. (1992), Decline in physical function following hip fracture, in: *Journal of American Geriatric Society* 49(9): 861–868.
- MARTI, C.; LOW, N. (2005), Mädchenbeschneidung in der Schweiz. Umfrage bei Schweizer Hebammen, Gynäkolog/-innen, Pädiater/-innen und Sozialstellen. Zürich, Schweizer Komitee für UNICEF, Februar 2005. Online-Version: <http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-16/2005-16-427.PDF>
- MASCHEWSKI-SCHNEIDER, U. (1981), Was macht Frauen krank? Frankfurt am Main: Campus.
- MASCHEWSKI-SCHNEIDER, U. (1996), Frauen – das kranke Geschlecht? Opladen: Leske und Budrich.
- MASCHEWSKI-SCHNEIDER, U. (1997), Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Weinheim.
- MASCHEWSKI-SCHNEIDER, U. (2002), Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes, *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 34(3): 493–503.
- MAUNZ, S.; STEYRER, J. (2001), Das „Burnout-Syndrom“ in der Krankenpflege: Ursachen – Folgen – Prävention. *The Middle European Journal of Medicine* 113: 296–300.
- MAYER, E. (2001), Situation der Prostituierten in Österreich. Überblick über die Sozialarbeit im Rahmen des STD-Ambulatoriums, in: CIZEK, B.; KERNTHALER-MOSER, I. (Hrsg.), *Prostitution und Pornografie*, Zweite sexualpädagogische und -beraterische Fachfortbildung, 10. und 11. Oktober 2001, Wien, Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF); S. 47–50.
- MAYER, K.U.; BALTES, P. (Hrsg.) (1996), *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- MAYER, K.U.; WAGNER, M. (1996), Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter, in: MAYER, K.U.; BALTES P.B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*. Reihe „Forschungsberichte, Band 3“, hrsg. von Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften. Interdisziplinäre Arbeitsgruppen. Berlin: Akademie Verlag, 251–275.
- MAYNARD, C.M.; ALTHOUSE, R.; CERQUEIRA, M.; OLSUFKA, M.; KENNEDY, J.W. (1991), Underutilization of thrombolytic therapy in eligible women with acute myocardial infarction, in: *American Journal of Cardiology* 68: 529–530.
- MEISINGER, C.; THORAND, B.; SCHNEIDER, A. et al. (2002), Sex differences in risk factors for incident type 2 diabetes mellitus, in: *Arch Intern Med* 162: 82–89.
- MELCHIOR, H. (2003), Harninkontinenz und ihre Konsequenzen, in: *MTD* 3: 10–11 (Online-Version: www.mtd.de).
- MERILL, R.M. (2001), Prevalence corrected hysterectomy rates and probabilities in Utah. *Ann Epidemiol* 11(2): 127–135.
- MIDTHJELL, K.; KRUGER, O.; HOLMEN, J.; TVERDAL, A.; CLAUDI, T.; BJORN DAL, A.; MAGNUS, P. (1998), Rapid changes in the prevalence of obesity and known diabetes in an adult Norwegian population. *The Nord-Trondelag Health Surveys: 1984–1986 and 1995–1997*, in: *Diabetes Care* 22: 1813–1820.
- MIELCK, A. (1994), *Krankheit und soziale Ungleichheit: Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland*, Opladen: Leske und Budrich.
- MILLION WOMEN STUDY COLLABORATORS (2003), Breast Cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study, in: *Lancet* 362: 419–427.
- MOHR, G. (1997), *Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzsicherheit und psychische Befindlichkeit*, Frankfurt: Peter Lang.
- MÖRIKE, K.; SCHWAB, M. (2000), Grundlagen der Pharmakokinetik und pharmakokinetische Besonderheiten im Alter, in: NIKOLAUS, T. (Hrsg.), *Klinische Geriatrie*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 207–217.
- MÜHLHAUSER, I. (2006), „Je früher, umso besser“, in: *Frauengesundheitszentrum Graz, Brustkrebs Früherkennung*. Informationen zum Mammografie-Screening. Eine Entscheidungshilfe, Graz.
- MÜHLHAUSER, I.; HÖLDKE, B. (1999), *Mammografie-Screening*. Darstellung der wissenschaftlichen Evidenz-Grundlage zur Kommunikation mit der Frau, *Arznei-Telegramm* 10: 101–108.

- MÜHLHAUSER, I.; HÖLDKE, B. (2000), Mammografie. Brustkrebs-Früherkennungs-Untersuchung, Mainz 2000.
- MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. (1997), Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study, in: *Lancet* 349, 1269–1276.
- NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE (1990), Women's Health Issues, US Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Institutes of Health.
- NELSON, H.D.; HUMPHREY, L.L.; NYGREN, P.; TEUTSCH, S.M.; ALLAN, J.D. (2002), Postmenopausal hormone replacement therapy: scientific review. *JAMA* 288: 872–881.
- NEVITT, M.C.; CUMMINGS, S.R.; HUIDES, E.S. (1991), Risk factors for injurious falls: a prospective study, in: *Journal of Gerontology* 46: 164–170.
- NEVITT, M.C.; ETTINGER, B.; STONE, K.; JAMAL, S.A.; ENSRUD, K.; SEGAL, M. et al. (1998), The association of radiographically detected vertebral fractures with back pain and function: a prospective study, in: *Ann Intern Med* 128: 793–800.
- NGUYEN, T.V. et al. (1996), Risk factors for osteoporotic fractures in the elderly men, in: *Am J Epidemiol* 144: 255–263.
- NICOLL, A.; HAMERS, F.F. (2002), Are trends in HIV, gonorrhea, and syphilis worsening in Western Europe? *British Medical Journal* 324: 1324–1327.
- NICOLL, A.; HAMERS, F.F. (2002), Are trends in HIV, gonorrhea, and syphilis worsening in Western Europe? *British Medical Journal* 324: 1324–1327.
- NIH – National Institutes of Health (2000), Consensus Development Panel 2000. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy, NIH consensus statement online.
- NÖMBS – Netzwerk Österreichischer Mädchenberatungsstellen (1999), Frauenberatungsstellen, Mädchenberatungsstellen in Österreich. Wien.
- NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (2000), Clinical challenges of perimenopause: consensus opinion of the North American Menopause Society, in: *Menopause* 7: 5–13.
- NYSTROM, L. et al. (1993), Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials, in: *Lancet* 341 (8851): 973–978.
- NYSTROM, L. et al. (2002), Long-term effects of mammography: updated overview of the Swedish randomised trials, in: *Lancet* 359 (9310): 909–919.
- OBERMEYER, C.M. (2000), Menopause across cultures: a review of the evidence, in: *Menopause* 7: 184–192.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1997), Ambulante psychotherapeutische Versorgung. Im Auftrag des BMAGS. Wien: ÖBIG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002a), Psychotherapeuten, Klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen. Entwicklungsstatistik 1991–2001. Wien: BMSG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002b), Stationäre psychotherapeutische und psychologische Versorgung. Wien: BMSG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002c), Gesundheitspsychologen in Österreich. Einsatzbereiche und Tätigkeiten. Wien: BMSG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002d), Bedarf und Angebot an Psychotherapie. Wien: BMSG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003c), Gesundheitsbericht an den Nationalrat. Wien: BMGF.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004), Mammografie-Screening Austria. Konzept für ein bundesweites Mammografie-Screening-Programm, Wien.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004a), Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung, Wien.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004b), Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2004, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004c), Bericht zur Drogensituation 2004, AutorInnen: HASS, S.; BUSCH, M.; HORVATH, I.; TÜRSCHERL, E.; WEIGL, M., im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon und des Bundesministeriums Gesundheit und Frauen (BMSG), Wien, Oktober 2004.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005a), Situation pflegender Angehöriger (im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz), Wien (AutorInnen: POCHOBRADSKY, E.; BERGMANN, F.; BRIX-SAMOYLENKO, H.; ERFKAMP, H.; LAUB, R.).
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005b), IVF-Register. Führung des Registers gemäß IVF-Fonds-Gesetz. Jahresbericht 2004, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2006), Factsheet Brustkrebs.

- OERTER, R.; MONTADA, L. (Hrsg.) (2002), *Entwicklungspsychologie*, 5., vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz, PVU.
- OFFICE ON WOMEN'S HEALTH (2000), *Lesbian Health Fact Sheet*, Online-Version: <http://www.4women.gov/owh/pub/factsheets/Lesbian.htm>
- ÖGF – Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (2002), *Schwerpunkt: Notfallkontrazeption*. Newsletter November 2002. Wien: ÖGF. Online-Version: www.oegf.at
- OLSEN, O.; GOTZSCHE, P.C. (2001), in: *The Lancet* 358: 1340–1342.
- ORBACH, S. (1978), *Fat is a Feminist Issue*, London: Peddington Press.
- ORBACH, S. (1986), *Hunger Strike*, London: Faber and Faber.
- ORBACH, S. (2002), *On Eating*, London: Penguin.
- ÖSTERREICHISCHE ALZHEIMER-GESELLSCHAFT, Österreichische Alzheimer Liga (2004) *Konsensusstatement Demenz*, in: *J Neurolog Neurochir Psychiatr* 3: 6–13.
- ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR PRÄ- UND PERINATALMEDIZIN, Arbeitskreis „Spätabbruch“ (2002), *Konsensus-Statement „Spät-Abbruch“*, *Speculum* 2002; 20 (4): 4–5.
- ÖSTERREICHISCHE VERHÜTUNGSINITIATIVE (2004) *Welche Verhütungsmethode passt zu mir?* Wien: Österreichische Verhütungsinitiative. Online-Version: <http://www.verhuetungs-initiative.at/>
- OSWALD, W.D.; RÖDEL, G. (1995), *Gedächtnistraining. Ein Programm für Seniorengruppen*. Göttingen, Bern, Toronto.
- PATEL, J. et al. (2004), *Lung Cancer in US Women. A Contemporary Epidemic*, in: *JAMA* 291, 1763–1768.
- PERRY, N.; BROEDERS, M.; DE WOLF, C.; TORNBERG, S. (2001), *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*. European Communities Publication, Luxembourg 2001; 3rd Edition.
- PLÖDERL, M. (2004), *Sexuelle Orientierung, Suizidalität und psychische Gesundheit. Eine österreichische Erstuntersuchung*. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades des Fachbereichs Psychologie der Universität Salzburg, 6. April 2004. Salzburg.
- POSKITT, E. (1995), *Defining childhood obesity: the relative body mass index (BMI)*, *Acta Paediatr* 84: 961–963.
- PÖTSCHKE-LANGER, M.; BORNHÄUSER, A. (2003a), *Passiv rauchende Kinder: Dem Qualm schutzlos ausgesetzt*, *Deutsches Ärzteblatt*, PP, Heft 12, 548–549.
- PÖTSCHKE-LANGER, M.; BORNHÄUSER, A. (2003b), *Passiv rauchende Kinder in Deutschland – frühe Schädigungen für ein ganzes Leben*, Online-Version: <http://www.rauchfrei2004.de/passivrauchende.pdf>
- PREISINGER, E.; ALACAMLIOGLU, Y.; PILS, K.; BOSINA, E.; METKA, M.; SCHNEIDER, B. (1996), *Exercise therapy for osteoporosis: results of a randomised controlled trial*, in: *British Journal Sports Med* 30: 209–212.
- PRENNER, P.; SCHEIBELHOFER, E. (2001), *Qualifikation und Erwerbsarbeit von Frauen von 1970–2000 in Österreich*, Institut für Höhere Studien (IHS), Wien.
- PRESSEKONFERENZ. *Vita-Untersuchung 1.10.2003*.
- PRETS, C. (2005). *Ware Frau. Das Geschäft mit dem Frauenhandel*. Online-Version: <http://www.christa-prets.at/aktuell/dokument/DieWareFrau.pdf>
- RAMI, B.; SCHOBER, E.; KIRCHENGAST, S.; WALDHÖR, T.; SEFRANEK, R. (2004), *Prevalence of overweight and obesity in male adolescents in Austria between 1985 and 2000. A population based study*, in: *J Pediatr Endocrinol Metab* 17: 67–72.
- RAMI, B.; WALDHÖR, T.; SCHOBER, E. (2001), *Incidence of type I diabetes mellitus in children and young adults in the province of Upper Austria, 1994–1996*, in: *Diabetologia* 44 (Suppl 3): B45–B47.
- RAPP, S. R.; ESPELAND, M.A.; SHUMAKER, S.A.; HENDERSON, V.W.; BRUNNER, R.L.; MANSON, J.E.; GASS, M.L.; STEFANICK, M.L.; LANE, D.S.; HAYS, J.; JOHNSON, K.C.; COKER, L.H.; DAILEY, M.; BOWEN, D.; WHIMS INVESTIGATORS (2003), *Effect of estrogen plus progestin on global cognitive function in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial*, *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 289(20): 2663–1672.
- RATHMANN, W.; HAASTERT, B.; ICKS, A. et al. (2003), *High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: target populations for efficient screening. The KORA survey 2000*, in: *Diabetologia* 46: 182–189.
- REICHERT, M.; MAY-LUKAS, N. (2002), *Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen in NRW*. Expertise, Dortmund.
- REINPRECHT, CH. (2000) *Alte MigrantInnen und einheimische SeniorInnen. Zur Lebenssituation der älteren ausländischen und einheimischen Wohnbevölkerung Wiens*, in: *SWS-Rundschau* 40(1): 63–80.

- RIECHER-RÖSSLER, A. (2001), Die Depression in der Postpartalzeit, in: KLIER, C.M. (Hg.), Mutterglück und Mutterleid: Diagnose und Therapie der postpartalen Depression, Wien: Facultas.
- RIEDER, A. et al. (2003), Großstadtfaktor Wien. Demographische, soziale Ungleichheiten bei selbstberichtetem Gesundheitsverhalten, Gesundheitsstatus, Konsum medizinischer Leistungen. Wien. RIEDER, A. et al. (2002), Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Wien, in: Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien, Heft 2.
- RIEDER, A. et al. (2004), Österreichischer Diabetesbericht, Wien.
- RIEDER, A.; LOHFF, B. (2004), Gender Medicine – Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer Medizin Verlag.
- ROBERT KOCH INSTITUT (2004), Ungewollte Kinderlosigkeit, AutorInnen: STRAUSS, B.; BEYER, K., Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 20, Berlin.
- ROBERT KOCH INSTITUT (2004a), Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Autorinnen: HUNDERTMARKMAYSER, I.; MÖLLER, B.; BALKE, K.; THIEL, W., Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23. Berlin RKI.
- ROBINS, L.N.; REGIER, D.A. (1991), Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study, The Free Press: New York.
- ROHDE, A. (2001), Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett, *Der Gynäkologe* 34: 315–323.
- ROPER, N.A.; BILOUS, R.W.; KELLY, W.F.; UNWIN, N.C.; CONNOLLY, V.M. (2002), Cause-specific mortality in a population with diabetes, in: *Diabetes Care* 25: 43–48.
- ROSENBROCK, R. (2004), Prävention und Gesundheitsförderung – gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. *Gesundheitswesen*; 66: 146–152.
- RUBISCH, M.; PHILIPP, S. et al. (2001), Pflegevorsorge in Österreich, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien.
- SAVEMAN, B.I.; ASTRÖM, S.; BUCHT, G.; NORBERG, A. (1998), Elder abuse in residential settings in Sweden, in: *Journal of Elder Abuse and Neglect* 10(1/2): 43–60.
- SCHAFFENBERGER, E. et al. (1999), Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder, hrsg. vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien.
- SCHERBAUM, W.A. (2000), Typ I, Typ II Diabetes, MODY und LADA. So gelingt die Differenzialdiagnose, in: *MMW Fortschr Med* 37: 45–48.
- SCHERBAUM, W.A. (2001), Kohlenhydratstoffwechsel, in: SIEGENTHALER, W. (Hrsg.), *Klinische Pathophysiologie*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 59–103.
- SCHMIDHOFER, H. (2004), Drogenabhängige Frauen und ihre Kinder. Psychosoziale Beratung und Betreuung. Vortrag, Informationsveranstaltung „Drogenabhängige Frauen und ihre Kinder“, 4. Juni 2004 in Wien; veranstaltet vom Fonds Soziales Wien.
- SCHMIDTKE, A. (1991), Suizid: Probleme der zuverlässigen Erfassung, in: *Psycho* 17, 234–247.
- SCHMIDTKE, A.; WEINACKER, B. (1994), Suizidalität in der Bundesrepublik und den einzelnen Bundesländern: Situation und Trends, in: *Suizidprophylaxe* 1, 4–16.
- SCHMIDTKE, A.; WEINACKER, B.; FRICKE, S. (1996), Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch, in: *Nervenheilkunde* 15, 496–506.
- SCHMIDTKE, A.; WEINACKER, B.; FRICKE, S. (1998), Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland, in: *Suizidprophylaxe*, Sonderheft, S. 37–49.
- SCHNEEKLOTZ, U.; MÜLLER, U. (2000), Wirkungen der Pflegeversicherung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd 127, Baden-Baden: Nomos.
- SCHNEIDER, H.D. (1990), Bewohner und Personal als Quellen und Ziele von Gewalttätigkeit in Altersheimen, in: *Zeitschrift für Gerontologie* 23 (4): 186–196.
- SCHNEIDER, U.; ÖSTERLE, A. (2003), Gesundheitssicherung im Alter aus ökonomischer Perspektive, IN: ROSENMAJR, L.; BÖHMER, F. (Hrsg.), *Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis*, Wien, S. 221–241.
- SCHÖBER, E.; RAMI, B.; WALDHÖR, T. (2003), Small area variation in childhood diabetes mellitus in Austria: links to population density, 1989 to 1999, in: *J Clin Epidemiol* 56: 269–273.
- SCHÖN, D. (1995), Regionale Unterschiede in der Krebsinzidenz und Erklärungsansätze: Zusammenhänge zwischen der Inzidenz für ausgewählte Krebskrankheiten in den Kreisen der DDR und Einflußgrößen zu sozioökonomischen Faktoren, Lebensweise, medizinischer Versorgung und Umwelteinflüssen, RKI-Hefte 9.
- SCHULTZ-GAMBARD, J.; BALTZ, H.-J.; WINTER, G. (1987), Arbeitslosigkeit. Folgen und Einflussfaktoren, in: SCHULTZ-GAMBARD, J. (Hrsg.), *Angewandte Sozialpsychologie*, München, 189–214.

- SCHULZ-NIESWANDT, F. (1998), Gewalt gegen ältere Menschen. Zur verlorenen Unschuld familial-häuslicher Pflegewelten, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 49: 182–185.
- SCHWARZ, F.; RATHMANNER, T.; DORNER, T.; KIEFER, I.; KUNZE, M.; RIEDER, A. (2004), Epidemiologische Sonderauswertung zu Diabetes mellitus in Österreich, Wien.
- SCHWEIZER NATIONALFONDS zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (1996), Schweizer Frauengesundheitsbericht. Daten für Taten, Bern.
- SCHWENKGLINKS, M.; SZUCS, T.D. (2004), Epidemiologie der Osteoporose und der Frakturen in der Schweiz, in: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz; Bern, S. 16–20.
- SEELEY, D.G. et al. (1991), Which fractures are associated with low appendicular bone mass in elderly women?, in: Ann Intern Med 115: 337–342.
- SENATOR FÜR ARBEIT, FRAUEN, GESUNDHEIT, JUGEND UND SOZIALES (Hrsg.) (2001), Frauengesundheitsbericht Bremen, Bremen.
- SHERRINGTON, C.; LORD, S.R. (1998), Increased prevalence of fall risk factors in older people following hip fracture, in: Gerontology 44: 340–344.
- SHUMAKER, S.A.; CZAJKOWSKI, S.M. (1994), Social support and cardiovascular disease, Plenum Press New York, London.
- SHUMAKER, S.A.; LEGAULT, C.; THAL, L.; WALLACE, R.B.; OCKENE, J.K.; HENDRIX, S.L.; JONES, B.N. 3rd, ASSAF, A.R.; JACKSON, R.D.; KOTCHEN, J.M.; WASERTHEIL-SMOLLER, S.; WACTAWSKI-WENDE, J.; WHIMS INVESTIGATORS (2003), Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial, Journal of the American Medical Association (JAMA) 289(20): 2651–62.
- SICKINGER, H. (2003), BezirksvorsteherInnen in Wien. Diskussionspapier Nr. 99-R-03, Wien. Online-Version: http://www.boku.ac.at/wpr/wpr_dp/dp-99.pdf
- SIMSA, R. (2004), Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen – Forschungsergebnisse und Ansatzpunkte für Personalmanagement und Politik, in: WISO 2, S. 57–77.
- SIMSA, R.; SCHÖBER, C.; SCHÖBER, D. (2003), Personalmanagement und Arbeitszufriedenheit in Organisationen der Altenbetreuung und -pflege. Teilbericht des Forschungsprojekts P 14769: „Beschäftigung im Nonprofit Sektor“ gefördert durch den FWF. Wien.
- SINGH, R.; WIEGERS, S.E.; GOLDSTEIN, B.J. (2001), Impact of gender on diabetes mellitus and its associated cardiovascular risk factors, in: J Gender Specific Med 4: 28–36.
- SMITH, D.; TAYLOR, R.; COATES, M. (1996), Socioeconomic differentials in cancer incidence and mortality in urban New South Wales, 1987–1991, in: Australian and New Zealand Journal of Public Health, 20(2), 129–137.
- SOWARKA, D.; SCHWICHTENBERG-HILMERT, B.; THÜRKOW, K. (2002), Gewalt gegen ältere Menschen: Ergebnisse aus Literaturrecherchen, Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen Nr. 36.
- SPRINGER-KREMSER, M. et al. (1997), Die Triagefunktion eines psychosomatischen Liaison-Dienstes für gynäkologische Patientinnen. Psychotherapie Forum 1997;5: 109–117.
- SRÖBEL, A. (2004), Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. In: HURRELMAN, K.; KLOTZ, T.; HAISCH, J. (Hrsg.), Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung. Bern u. a.: Verlag Hans Huber; S. 243–253.
- STADLER, W.; HACKER, G. (2004), Analyse der Lebensbedingungen von Langzeitarbeitslosen auf materielle, sozialer und gesundheitlicher Ebene, in: SWS-Rundschau 44 (3): 271–288.
- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (1996), Erster Wiener Frauengesundheitsbericht (erstellt durch das Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitspsychologie der Frau), Wien.
- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (1998), Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997 (erstellt durch das WISDOM), Wien.
- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (1999), Wiener Männergesundheitsbericht, Wien. <http://wien.gv.at/who/berichte/index.htm>
- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, Wien. <http://wien.gv.at/who/berichte/index.htm>
- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (2002), Mikrozensus 1999. Ergebnisse zur Gesundheit in Wien, Wien (Autorin: URBAS, E.). <http://wien.gv.at/who/berichte/index.htm>
- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (2002a), Gesundheitsbericht Wien 2002 (Autorin: BACHINGER, E.), Wien. <http://wien.gv.at/who/berichte/index.htm>
- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (2002b), Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002, Wien. <http://wien.gv.at/who/berichte/index.htm>

- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich. Internationaler Vergleich, Wien (Autorin: BACHINGER, E.). <http://wien.gv.at/who/berichte/index.htm>
- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (2003b), Lebensstile in Wien, Wien (AutorInnen: FREIDL, W.; STRONEGGER, W.J.; NEUHOLD, CH.). <http://wien.gv.at/who/berichte/index.htm>
- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (2004), Chronische Krankheiten in Wien, Wien (Autorinnen: URBAS, E.; KLIMONT, J.; BACHINGER, E.). <http://wien.gv.at/who/berichte/index.htm>
- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (2004a), Psychische Gesundheit in Wien. Subjektives Empfinden und psychosoziale Faktoren, Wien (Autorin: URBAS, E.) <http://wien.gv.at/who/berichte/index.htm>
- STADT WIEN – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) (2005), Gesundheitsbericht Wien 2004, Wien (Autorin: BACHINGER, E.). <http://wien.gv.at/who/berichte/index.htm>
- STADT WIEN – MA 57, Frauenabteilung (1999a), Drei Jahre Frauennotruf der Stadt Wien. Einblicke in die Arbeit einer Kriseneinrichtung, Wien.
- STADT WIEN – MA 57, Frauenabteilung (1999b), Angriffe. Übergriffe. Sexuelle Gewalt gegen Frauen. Konferenzbericht. Wien.
- STADT WIEN – MA 57, Frauenabteilung (2000), Sicherheitstipps für Frauen, Bearbeitung: Susanne FEIGL. 2. überarbeitete Neuauflage. Wien.
- STADT WIEN – MA 57, Frauenabteilung (2002), Prostitution als transnationales Phänomen. Konferenzbericht. Wien.
- STADT WIEN – MA 57, Frauenabteilung (2003), Leitfaden gegen Gewalt. Bearbeitung: Sabine FUNK, Brigitte GEIGER. Wien: MA57.
- STADT WIEN – MA 57, Frauenabteilung (2004), Du entkommst mir nicht ... Psychoterror – Formen, Auswirkungen und gesetzliche Möglichkeiten. Konferenzbericht 2003.
- STADT WIEN – MA 57, Frauenabteilung (Hrsg.) (2005), Situationsbericht Frauen in Wien 2005, Wien (AutorInnen: BERGMANN, N.; EINZINGER-HEINZL, V.; LECHNER, F.; SORGER, C.; SPACEK, K.; WETZEL, P.; WILLSBERGER, B.).
- STADT WIEN – MA 66 (Hrsg.) (2003a), Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien.
- STADT WIEN – MA18 (2003), Masterplan Verkehr Wien 2003. Online-Version: <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/verkehrsmasterplan/pdf/mpv2003-kurzfassg.pdf>
- STADT WIEN – MA18 (2005), STEP 2005 – Der Wiener Stadtentwicklungsplan 2005, Wien. Online-Version: <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/step/>
- STAMPFER, M.J.; COLDITZ, G.A.; GRAHAM, A. (1991), Estrogen replacement therapy and coronary heart disease. A quantitative assessment of the epidemiologic evidence, in: *Prev. Medicine* 20: 47–83.
- STARRIN, B.; SVENSSON, P.-G.; WINTERSBERGER, H. (1989), *Unemployment, Poverty and Quality of Working Life*, Berlin: edition sigma.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (1996), Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung. Mikrozensus Dezember 1991, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2000), Lebenssituation älterer Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 1988, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2002), Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997 – Rauchgewohnheiten, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2003), Bevölkerung Österreichs im 21. Jahrhundert (Autoren: HANIKA, A.; LEBHART, G.; MARIK, S.), Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2003a), Familienstrukturen und Familienbildung. Ergebnisse des Mikrozensus September 2001, Teil II, Wien (hergestellt vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz).
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2003b), Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus 2002, Hrsgg. vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2004), Volkszählung. Hauptergebnisse I, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2004a), Volkszählung. Hauptergebnisse II, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2004b), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2004c), Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich, Wien 2004 (Autorin: HACKL, M.)
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005a), Großzählung 2001. Ausgewählte Maßzahlen nach Gemeinden, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005b), Mikrozensus. Jahresergebnisse 2003, Wien.

- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005c), Pressemitteilung vom 04.07.2005, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005d), Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung 2004. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2. Quartal 2004, Wien
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005e), Kindertagesheimstatistik 2004/05, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005f), Statistisches Jahrbuch Österreichs, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005g), Arbeitsmarktstatistik, Jahresergebnisse 2004. Mikrozensus. Arbeitskräfteerhebung, Schnellbericht 5.8, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005h), Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2003, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005i), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005j), Demographisches Jahrbuch, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005k), Umweltbedingungen und Umweltverhalten der Österreicher 2003 – Lärmstörung. Mikrozensus Dezember 2003, in: Statistische Nachrichten 5: 438–460.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2006), Statistisches Jahrbuch 2006, Wien.
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (2004), Pflegebedürftige in Baden Württemberg. Aktuelle Situation und Projektion bis 2020, in: Statistik Aktuell, Stuttgart.
- STAUDINGER, U.M. (2000), Viele Gründe sprechen dagegen und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens, in: Psychologische Rundschau 51(4): 185–197.
- STBA – Statistisches Bundesamt (1998), Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung für Deutschland. Statistisches Bundesamt, Stuttgart: Metzler Poeschel.
- STEINGART, R.M.; PACKER, M.; HAMM, et al. (1991), For the survival and ventricular enlargement Investigators, in: New England Journal of Medicine 325: 226–230.
- STEINHAGEN-THIESEN, E.; BORCHELT, M. (1996), Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter, in: MAYER, K.U.; BALTES, P.B. (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie, Berlin: Akademie Verlag, S. 151–184.
- STEL, V.S.; SMITH, J.; PLUIJM, S.M.F. (2004), Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline, in: Age and Ageing 33: 58–65.
- STEWART, D.A. et al. (1993), The effect of educational brochures on knowledge and emotional distress in women with abnormal Papanicolaou smears, in: Obstet Gynecol 81: 280–282.
- STOLZENBERG, R.; SACHSE, C. (2003), Hormongaben vor, während und nach den Wechseljahren: soziale Faktoren und Alternativen; Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen.
- TAZI-PREVE, I.; KITTYR, J. (1999), Schwangerschaftsabbruch in Österreich, Demografische Informationen 1997–1999: 20–29.
- TEEGEN, F.; GRUNDMANN, A.; RÖHRS, A. (1995), Sich ändern lernen. Anleitung zur Selbsterfahrung und Verhaltensmodifikation, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP (1993), The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus, in: N Engl J Med 329: 977–986.
- THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP (1995), Effect of intensive diabetes management on macrovascular events and risk factors in the Diabetes Control and Complications Trial, in: Am J Cardiol 75: 894–903.
- THE DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP (2003), Costs associated with the primary prevention of type 2 diabetes mellitus in the Diabetes Prevention Program, in: Diabetes Care 26: 36–47.
- THOM, D. (1998), Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type, in: Journal of the American Geriatric Society 46 (4): 473–480.
- THÜRSMANN, P. (2002), Über-, Unter- und Fehlversorgung bezüglich der Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen, Beitrag beim Fachgespräch der Enquete-Kommission am 05.09.2002, Sitzungsprotokoll, Landtag NRW, Düsseldorf.
- TINETTI, M.E.; BAKER, D.I.; DUTCHER, J. et al. (1997), Reducing the risk of falls among older adults in the community. Berkeley, CA: Peaceable Kingdom Press.
- TINETTI, M.E.; INOUE, S.K.; GILL, T.M. et al. (1995), Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes, in: Journal American Med Soc 273 (17): 1348–1353.

- TRANSCRIME (2005), Study on National Legislation on prostitution and the trafficking in women and children, Study for the European Parliament, August 2005, 134.
- TROMP, A.M.; SMITH, J.H. et al. (1998), Predictors for Falls and Fractures in the Longitudinal Study Amsterdam, in: *Journal of Bone and Mineral Research* 13: 1932–1939.
- TSCHUDIN, J.; BITZER, J. (2005), Die Frau mit Menstruationsstörungen, in: RIECHER-RÖSSLER, A.; BITZER, J. (Hrsg.), *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*, Kapitel 13, 403–418, München, Jena: Urban & Fischer.
- TUNSTALL-PEDOE, H.; KUULASMAA, K.; AMOUYEL, P. et al. (1994), Myocardial Infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. *Circulation* 90: 583–612.
- TUOMILEHTO, J.; LINDSTRÖM, J.; ERIKSON, J.G et al. (2001), for the Finnish Diabetes Prevention Study Group: Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among subjects with impaired Glucose Tolerance: in: *New England Journal of Med.* 344 (18), 1343–1350.
- TÜSÜN, S. (2002), Wenn türkische Frauen pflegen, in: SCHNEPP, W. (Hrsg.), *Angehörige pflegen*, Bern: Huber, 90–111.
- UHL, A. (2003), Epidemiologie des geschlechterspezifischen Alkoholgebrauchs, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 26(3/4): 5–19.
- UHL, A.; KOBRNA, U. (2004), Epidemiologie des Alkoholkonsums, in: BROSCHE, R.; MADER, R. (Hg.): *Sucht und Suchtbehandlung, Problematik und Therapie in Österreich*, LexisNexis, Wien.
- UHL, A.; KOPF, N.; SPRINGER, A.; EISENBACH-STANGL, I. et al. (2001), *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends*. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien.
- UHL, A.; SPRINGER, A. (1996), Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster – Repräsentativerhebung 1993/94 Textband, Originalarbeiten, Studien, Forschungsbericht des BMGK, Wien.
- UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP (1998), Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 38), *BMJ* 317 (7160): 713–713.
- UMWELTBUNDESAMT (2004), Österreichischer Wasser-gütebericht, Online-Version: http://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/umwelthemen/wasser/JB2004/B_Grundwasser.pdf
- UMWELTBUNDESAMT (2004a), Umweltkontrollbericht 2004 (Siebenter Umweltkontrollbericht), Wien. Online-Version: <http://www.umweltbundesamt.at/umweltkontrolle/ukb2004/>
- UMWELTBUNDESAMT (2005), Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Schwebstaub in Österreich. Wien. Online-Version: <http://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/REP0020.pdf>
- UN – United Nations (1993a), Declaration on the elimination of violence against women. UN: New York.
- UN – United Nations (1993b), Vienna declaration. UN: New York.
- UN – United Nations (1996), The Beijing Declaration and the Platform for Action. Fourth World Conference on Women; Beijing, China, September 4.15, 1995. UN: New York.
- UN – United Nations (2000), The Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention Against Transnational Organised Crime.
- UNAIDS (2005), Die AIDS-Epidemie. Status-Bericht: Dezember 2005. Online-Version: http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_ge/epi-update2005_ge.pdf
- UNDP, UNFPA, WHO, WORLDBANK – Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (2005), WHO Statement on the Carcinogenicity of combined hormonal contraceptives and combined menopausal treatment, September 2005.
- UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (2005), Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting. Online-Version: <http://www.unicef.at/shop/dbdocs/FGM-C%20English-nov05.pdf>
- UUSISTO, J.; MYKKANEN, L.; PYORALA, K.; LAAKSO, M. (1994), Non-insulin dependent diabetes and its metabolic control are important predictors of stroke in elderly subjects, in: *Stroke* 25: 1157–1164.
- VAN SCHAYCK, C.P. et al. (2003), Detection of asthma and chronic pulmonary disease in primary care, in: *Eur Resp J Suppl* 39, S. 16–22.
- VELICIER, C.M. et al. (2004), Antibiotic use in relation to the risk of breast cancer, in: *JAMA* 291: 827–835.
- VERBUNDPROJEKT ZUR GESUNDHEITLICHEN SITUATION VON FRAUEN IN DEUTSCHLAND (1999), Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Berlin 1999.

- VEREIN AUTONOME ÖSTERREICHISCHE FRAUENHÄUSER (2005), Statistik der autonomen österreichischen Frauenhäuser 2004, Online-Version: <http://aoef.at/material/index.htm>
- VEREIN AUTONOME ÖSTERREICHISCHE FRAUENHÄUSER (2005), Tätigkeitsbericht 2004. Wien.
- VEREIN WIENER FRAUENHÄUSER (2005), Tätigkeitsbericht 2004. Wien. <http://www.frauenhaeuser-wien.at/images/bericht2004.pdf>
- VETTER, N.; CICHON, P. (2005), Auszug aus dem Bericht zur HIV/AIDS-Epidemiologie (PatientInnen der 2. Internen Abteilung des Otto Wagner Spitals), Wien.
- VIEL, J. F.; PERARNAU, J. M.; CHALLIER, B.; FAIVRE-NAPPEZ, I. (1997); Alcoholic calories, red wine consumption and breast cancer among premenopausal women, in: *European Journal of Epidemiology*; 13(6): 639–643.
- VKI – Verein für Konsumenteninformation (2005), Test: Geburtskliniken. Sanfte Ankunft. Konsument 10/2005. Wien.
- VOGT, I. (2004), Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis, Weinheim: Beltz.
- VON FOURNIER, D. (1995), Kosten-Nutzen-Analyse beim Mammographie-Screening, in: *Forum DKG* 12: 625–630.
- VON KRIES, R.; KIMMERLE, R.; SCHMIDT, J.E. et al. (1997), Pregnancy outcomes in mother with pregestational diabetes: a population-based study in North Rhine (Germany) from 1988 to 1993, in: *European J Pediatrics* 156 (12): 963–967.
- VON SYDOW (2004), Die Sexualität älterer Frauen: Der Einfluss von Menopause, anderen körperlichen sowie gesellschaftlichen und partnerschaftlichen Faktoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2000; 94: 223–229.
- VORSORGEUNTERSUCHUNG NEU (2005), Hrsg.: Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB (Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau), Wien.
- WAGNER, E.H.; SANDHU, N.; NEWTON, K.M. et al. (2001), Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization, in: *JAMA* 285: 182–189.
- WALDHÖR, T.; SCHÖBER, E.; KARIMIAN-TEHERANI, D.; RAMI, B. (2000), Regional differences and temporal incidence trend of type 1 diabetes mellitus in Austria from 1989 to 1999: a nationwide study, in: *Diabetologia* 43: 1449–1450.
- WALDHÖR, T.; SCHÖBER, E.; RAMI, B. and THE AUSTRIAN DIABETES INCIDENCE STUDY GROUP (2003), Regional distribution of risk for childhood diabetes in Austria and possible association with body mass index, in: *Eur J Pediatr* 162: 380–384.
- WALDHÖR, T.; SCHÖBER, E.; RAMI, B.; TUOMILEHTO, J. and THE AUSTRIAN DIABETES INCIDENCE STUDY GROUP (1999), The prevalence of IDDM in the first degree relatives of children newly diagnosed with IDDM in Austria – a population-based study, in: *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 107: 323–327.
- WANCATA, J. (2002), Die Epidemiologie der Demenzen, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 52: 52–56.
- WEAVER, W.D.; WHITE, H.D.; WILCOX, R.G. et al. (1996), Comparison of characteristics and outcomes among women and men with acute myocardial infarction treated with thrombolytic therapy, in: *JAMA* 275: 777–782.
- WEBER, I. et al. (1990), Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen-Fakten-Perspektiven, Baden-Baden.
- WEIJNEN, C.F.; RICH, S.S.; MEIGS, J.B.; KROLEWSKI, A.S.; WARRAM, J.H. (2002), Risk of diabetes in siblings of index cases with type 2 diabetes: implications for genetic studies, in: *Diabetic Med* 19: 41–50.
- WELTE, R. et al. (2000), The Costs of the Health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany, in: *European Journal of Public Health* 10, S. 31–38.
- WELTEN, D.C.; KEMPER, H.C.G. et al. (1994), Weight-bearing activity during youth is a more important factor for peak bone mass than calcium intake, in: *J Bone Miner Research* 9: 1089–1096.
- WENGER, N.K. (1992), Exclusion of the elderly and women for coronary trials: is their quality of care compromised?, in: *JAMA* 268: 1460–1461.
- WENGER, N.K.; SPEROFF, L.; PACKARD, B. (1993), Cardiovascular health and disease in women, in: *New England Journal of Medicine* 329: 247–256.
- WEYERER, S. (2003), Psychopharmakagebrauch und -missbrauch im Alter, in: FÖRSTL, H. (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*, Stuttgart: Thieme, S. 507–515.
- WEYERER, S. (2003a), Sucht im Alter, in: *SuchtMagazin August* (4).
- WEYERER, S.; DILLING, H. (1991), Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: Results from the Upper Bavarian Field Study, in: *Journal of Clinical Epidemiology* 44: 303–311.

- WEYERER, S.; ZIMBER, A. (1997), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Medikamenten in Alten- und Pflegeheimen, in: WATZL, H.; ROCKSTROH, B. (Hrsg.), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen: Hogrefe, 159–184.
- WEYERER, S.; SCHÄUFELE, M.; ZIMBER, A. (1999), Alcohol Problems among residents in old age homes in the city of Mannheim, in: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 33: 825–830.
- WEYERER, S. et al. (1998), Epidemiologie des Psychopharmakagebrauchs im höheren Alter, in: HAVE-MANN-REINECKE et al. (Hrsg.), Alkohol und Medikamente. Missbrauch und Abhängigkeit im Alter, Freiburg: 117–128.
- WGKK – Wiener Gebietskrankenkasse (2003), Die Hormonersatztherapie – Überblick und Stellungnahmen zur aktuellen Diskussion, in: WGKK Therapie Info – Information für Vertragsärzte, Sondernummer, November 2003. Online-Version: www.wgkk.at
- WGKK – Wiener Gebietskrankenkasse (2005), Jahrbuch 2004, Wien.
- WHI – Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, in: JAMA 289: 3243–3253.
- WHI – Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002), Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial., in: JAMA 288(3): 321–333.
- WHO – World Health Organization (1975), The epidemiology of infertility. Report of a WHO scientific group, World Health Organ Tech Rep Ser. 1975; 582: 1–37, Geneva.
- WHO – World Health Organization (1986), Ottawa Charter for Health Promotion, Geneva: WHO International.
- WHO – World Health Organization (1989), Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online-Version: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
- WHO – World Health Organization (1994a), Statement developed by WHO Quality of Life Working Group, published in the WHO Health Promotion Glossary 1998, Geneva: WHO International.
- WHO – World Health Organization (1994b), Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern. Online-Version: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_3?language=German
- WHO – World Health Organization (1994c), Assessment of fracture risk and its application to screening of postmenopausal osteoporosis, Geneva: WHO Technical Report Series 843.
- WHO – World Health Organization (1995), Female Genital Mutilation. Report of a WHO Technical Working Group. EHO/FRH/WHD/96.10. Genf: WHO. Online-Version: http://www.who.int/docstore/frh-whd/FGM/infopack/English/fgm_infopack.htm, siehe auch <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>
- WHO – World Health Organization (1999a), Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of WHO consultation. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. WHO, Geneva.
- WHO – World Health Organization (1999b), Externe Gesundheitskosten durch verkehrsbedingte Luftverschmutzung – eine Dreiländerstudie von Österreich, Frankreich und der Schweiz. EDMZ-Nr. 801.630e.
- WHO – World Health Organization (2000), Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Technical Report series. no. 894; Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organization (2001); The optimal duration of exclusive breastfeeding; Report of an expert consultation, Genf, März 2001 (Dokument WHO/NHD/01.09, WHO/FCH/CAH/01.24).
- WHO – World Health Organization (2001b), World Health Report 2001; <http://www.who.int/whr/2001>.
- WHO – World Health Organization (2001a), Strengthening mental health promotion, Geneva (Fact Sheet no. 220).
- WHO – World Health Organization (2002), Active Ageing – A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, April 2002. Online-Version: <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf>
- WHO – World Health Organization (2002), Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Ein Beitrag der Weltgesundheitsorganisation für die Zweite UN-Weltversammlung zu Altersfragen, Madrid.
- WHO – World Health Organization (2002a), The World Health Report 2002, Geneva: WHO International.
- WHO – World Health Organization (2002b), The European Health Report 2002. WHO Regional Publications, European Series No. 97. WHO, Copenhagen.

- WHO – World Health Organization (2003), Health Aspects of Air Pollution with Particulate Matter, Ozone and Nitrogen Dioxide. Report on a WHO Working Group, Copenhagen WHO Regional Office for Europe, EUR/03/5042688.
- WHO – World Health Organization (2004), The World Health Report 2004 – Changing History, Geneva: WHO. Online-Version: <http://www.who.int/whr/2004/en/>
- WHO – World Health Organization (2005), Sexually transmitted and other reproductive tract infections. WHO: Geneva, Online-Version: http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/rtis_gep.pdf
- WHO – World Health Organization, SCIENTIFIC GROUP ON RESEARCH ON THE MENOPAUSE IN THE 1990s (1996), WHO Technical Report Series; Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO MONICA PROJECT (1994) (prepared by TUNSTALL-PEDOE, H.; KUULASMAA, K.; AMOUYEL, P. ET al.), Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Registration procedures, event rates and case fatality in 38 populations from 21 countries in 4 continents, in: *Circulation* 90, S. 583–612.
- WHO, IARC (2002c), Handbooks for Cancer Prevention, Volume 7 Breast Cancer Screening, Lyon.
- WIDHALM, K. (2004), Erstmals Prävalenzdaten, *Österreichische Ärztezeitung* 4: 43–45.
- WIDHALM, K.; DIETRICH, S. (2003), Adipositas-Prävalenzstudie aus Wien – ein gesundheitliches Problem? *Aktuelle Ernährungsmedizin* 28: 108.
- WIDHALM, K.; FUSSENEGGER, D. (2005), Neue Aspekte der präventiven Ernährungsmedizin, *Journal für Ernährungsmedizin* 7(1): 37–41.
- WIEGELE, B.; HOFFER, H.; HINTERHÖLZL, G. (1999), Validationsforschung. Endbericht im Auftrag des BMAGS, Wien.
- WILKINSON, C. et al. (1990), Anxiety caused by abnormal result of cervical smear test: a controlled trial, in: *BMJ* 300: 440.
- WILLICH, S.N.; KEIL, T.; BABISCH, W.; SCHUST, M.; STARK, H.; STALLMANN, M.; WEGSCHEIDER, K. (2003), Noise burden and the risk of myocardial infarction. *Z Kardiol* 92(Suppl 1): I–42.
- WILMS, H.U. (1996), Psychische Erkrankungen im Alter, in: MAYER, K.U.; BALTES, P.B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*, Berlin: Akademie Verlag, 85–219.
- WILSON, W.F.; CULLETON, B.F. (1998), Epidemiology of cardiovascular disease in The United States, in: *American Journal of Kidney Diseases* 32 (5, Suppl 3): 56–65.
- WIMMER-PUCHINGER, B. (1983), Empirische Untersuchung der Motive zum Schwangerschaftsabbruch. Soziale und psychische Situation der Frau, Forschungsbericht, gefördert vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung und vom Bundesministerium für Finanzen. Wien.
- WIMMER-PUCHINGER, B. (1994), Plattform gegen die Gewalt in der Familie, Handbuch „Wegweiser für HelferInnen“, Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung.
- WIMMER-PUCHINGER, B. (2003), Ich liebe mich – ich hasse mich. Die Wiener Kampagne gegen Essstörungen geht bereits ins fünfte Jahr. *Pädiatrie und Pädologie*, 3.
- WIMMER-PUCHINGER, B. (2005), Frauengesundheit in Österreich, *Zentralbl Gynäkol* 127: 1–5.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; HELFFERICH, C. (1996), Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Gesundheit von Frauen, *Prävention*, 2: 43–45.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; BALDASZTI, E. (2001), Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. *Wiener Klinische Wochenschrift* 113/13–14: 516–526.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; GULD, S.; HELBICH, T.; KUBISTA, E.; SALZER, H. (2003), Die Klügere sieht nach – Wiener Brustkrebsfrüherkennungsprogramm. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 63(10): 1073–1076.
- WITT, A. (2004), Infektionsdiagnostik – ein wichtiger Bestandteil der Kinderwunschbehandlung *Facharzt* 2: 12–17.
- WITT, A.; KISS, H.; EHGARTNER, C. (2001), Frühgeburt und Infektionen. *Gynäkologie und Geburtshilfe Gyn-Aktiv* 3: 38–40.
- WOLFF, A.; WIMMER-PUCHINGER, B. (2003), barrierefrei. Gynäkologische Vorsorge und Versorgung behinderter Frauen. Wien.
- WONG, A.M.; LIN, Y.C.; CHOU, S.W.; TANG F.T. (2001), Coordination exercise and postural stability in elderly people: effect of Tai Chi Chuan, in: *Arch Phys Med Rehabil* 82: 608–612.
- WONG, Y.; RODWELL, A.; DAWKINS, S. et al. (2001), Sex differences in investigation results and treatment in subjects referred for investigation of chest pain, in: *Heart* 85: 149–152.

- WORLD BANK (1999), *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, D.C.: World Bank.
- WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS (2002), Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 288: 321–333.
- XIONG, X.; SAUNDERS, L.D.; WANG, F.L.; DEMIANCZUK, N.N. (2001), Gestational diabetes mellitus: prevalence, risk factors, maternal and infant outcomes, in: *Int J Gynecol Obstet* 75: 221–228.
- ZAHL, P. et al. (2004), *BMJ* 328: 921–924.
- ZEMP, E. (2003), *Frauen und Gesundheit – Gender und Gesundheit*. AIDS-Infothek 2/03.
- ZENTAS – Zentrum für Alterswissenschaften (2000), *Altersalmanach*, St. Pölten.
- ZÖLLER, B. (1999), *Das Herz der Frau*, in: *Cardio News* 2: 12–15.
- ZYRIAX, B.C. (2002), *Die CORA-Studie: Ernährungs- und Lebensstil-bedingte Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit bei Frauen*, Dissertation, Gießen.

12.2 Ausgewählte Links

Frauengesundheit

Wiener Programm für Frauengesundheit	http://www.diesie.at
Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd	http://www.fem.at
WHO Europa, Kopenhagen/Gender and Health	http://www.euro.who.int/GEM
WHO International, Genf/Department of Gender, Women and Health	http://www.who.int/gender/en/

Gender Mainstreaming

Stadt Wien, MA 57, Gender Mainstreaming	http://www.wien.gv.at/ma57/gendermainstreaming/index.htm
Stadt Wien, MA 57, Managing E-Quality	http://www.wien.gv.at/ma57/gleichstellung/managing-e-quality.htm
Initiative Frauen für Frauen	http://www.frauenfuerfrauen.org
Stabstelle Gender Mainstreaming der Medizinischen Universität Wien	http://www.meduniwien.ac.at/gender
• Frauenförderungsplan	http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=302&language=1
• Mitteilungsblätter	http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=167
• Satzung:	http://www.meduniwien.ac.at/files/6/3/mtb9.pdf
• Entwicklungsplan	http://www.meduniwien.ac.at/files/6/3/16_mb_17_05.pdf
• Studienplan	http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=94&language=1
Österreichisches Gender Mainstreaming-Portal	http://www.gendermainstreaming.at
Interministerielle Arbeitsgruppe Gender Mainstreaming	http://www.imag-gendermainstreaming.at
Koordinationsstelle für Gender Mainstreaming/Europäischer Sozialfonds (ESF)	http://www.gem.or.at
Gender Mainstreaming der Europäischen Kommission	http://www.europa.eu.int
Gemeinschaftsinitiative EQUAL	http://www.equal-esf.at
Total Equality Österreich	http://www.equality.at
WHO Regionalbüro Europa/Gender Mainstreaming	http://www.euro.who.int/GEM/mainstreaming/20021126_1
European Women's Lobby	http://www.womenlobby.org
European Women's Management Development International Network	http://www.ewmd.at

Adipositas/Übergewicht

Stadt Wien: Symposium „Adipositas/Fettsucht im Kindes- und Jugendalter“	http://www.wien.gv.at/who/adiposi.htm
Salzburg Obesity Academy – Qualitätsnetzwerk Übergewicht	http://www.soaf.net/
BZgA: Qualitätssicherung von Übergewichtsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche	http://www.bzga-kinderuebergewicht.de/
ECOG – European Childhood Obesity Group	http://www.childhoodobesity.net

Rauchen

Fonds Gesundes Österreich: Ich (b)rauch('s) nicht	http://www.ichbrauchsnicht.at
Weltnichtrauchertag	http://www.weltnichtrauchertag.de
WHO Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, BRD	http://www.rauchfrei2004.de

Bewegung

Stadt Wien, Bewegung findet Stadt/Frauenpower	http://www.bewegungfindetstadt.at
---	---

Ernährung

Stadt Wien, Netzwerk Ernährung (MA 15)	http://www.wien.gv.at/who/ernaehr.htm
--	---

AKH Wien, Österreichisches Akademisches Institut für Ernährungsmethodik	http://www.meduniwien.ac.at/akh/ernaehrung/
Universität Wien, Institut für Ernährungswissenschaften	http://www.univie.ac.at/ernaehrungswissenschaften/
Essstörungen	
Essstörungshotline des Wiener Frauengesundheitsprogramms	http://www.essstoerungshotline.at
So what (Wien)	http://www.sowhat.at
Europäisches Projekt Essstörungen (Meduni Wien)	http://www.meduniwien.ac.at/essstoerungen
Österreichische Gesellschaft für Essstörungen (Innsbruck)	http://www.oeges.or.at
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Köln)	http://www.bzga-essstoerungen.de
ANAD – Anorexia Nervosa and Associated Disorders (München)	http://www.anad-pathways.de
Frankfurter Zentrum für Essstörungen (BRD)	http://www.essstoerungen-frankfurt.de
Psychische Gesundheit und Krankheit von Frauen	
Frauen in der Psychiatrie (BRD)	http://www.frauen-und-psychiatrie.de/frameset.php
Archives of Women's Mental Health	http://www.springeronline.com/sgw/cda/frontpage/
Section on Women's Mental Health of the Association of European Psychiatrists	http://www.aep.lu/about/sections/
Women's Mental Health	http://www.womenmentalhealth.com/
North American Society for Psychosocial Obstetrics and Gynaecology	http://www.naspog.org/
Marcé Society – International Society for Psychiatric Disorders in Childbearing	http://www.marcesociety.com/
Section on Women's Mental Health of the World Psychiatric Association	http://www.wpanet.org/sections/docs/wmhf.pdf
Postpartum Support International	http://postpartum.net/
Stillen	
VSLÖ – Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs	http://www.stillen.at/index1.html
Broschüre des BM für Gesundheit und Frauen (BMGF): „Stillen – ein guter Beginn“	http://www.bmgf.gv.at/
Pflege	
Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund, Geschäftsbereich Qualitätsarbeit	http://www.wienkav.at
Pflegeombudsmann der Stadt Wien	http://www.pflegeombudsmann.at
Psychosoziale Betreuung von Migrantinnen	
Afrikanische Frauenorganisation	www.african-women.org
AKH Spezialambulanz für Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsbedingte Psychische Störungen	www.akhwien.at
AMBER (Evangelisches Hilfswerk; Einzel- und Gruppentherapie für nicht versicherte MigrantInnen)	www.diakonie.at/efdoe
asylkoordination österreich	www.asyl.at
Caritas Flüchtlings- und Migrantinnenhilfe	www.caritas.at
Die Boje (Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen)	www.die-boje.at
ESRA – Initiative zur psychosozialen, sozialtherapeutischen und soziokulturellen Integration	www.esra.at
Frauengesundheitszentrum FEM Süd (Einzel- und Gruppentherapie)	www.fem.at
Hemayat (Psychotherapieangebote für Kriegsopfer)	www.hemayat.org

IOM Vienna – International Organization for Migration; Europäisches Migrationsnetzwerk	www.iomvienna.at ; www.emn.at
LEFÖ – Lateinamerikanische Emigrierte Frauen in Österreich	www.lefoe.at
Miteinander Lernen – Birlikte Ögrenelim (Psychotherapie, Familietherapie)	www.miteinlernen.at
Orient Express – Frauenservicestelle	www.orientexpress-wien.com
Österreichische Integrationsplattform des ICMPD (Integration Centre for Migration Policy Development)	www.integrationsportal.at ; www.icmpd.org
Peregrina – Bildungs-, Beratungs und Therapiezentrum für Immigrantinnen	www.peregrina.at
Projekt „Migrant Friendly Hospital“ (LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie)	www.mfh-eu.net
SILA (Beratungszentrum für Prostituierte; EQUAL-Projekt)	www.sila.or.at
EFDÖ – Evangelischer Flüchtlingsdienst Österreich	www.diakonie.at/efdoe
Beratung zu Gewalt und sexuellem Missbrauch	http://www.wien.gv.at/ma57/gewalt-links.htm
Selbst-Laut – Verein zur Prävention von sexuellem Kindes- missbrauch	http://www.selbstlaut.org
Tamar – Beratungsstelle für misshandelte und sexuell missbrauchte Frauen, Mädchen und Kinder	http://www.tamar.at
Ninlil – Verein wider die sexuelle Gewalt gegen als geistig oder mehrfach behindert klassifizierte Frauen	http://www.ninlil.at
Verein Notruf – Beratung für vergewaltigte Frauen und Mädchen	http://www.frauenweb.at/notruf
Verein „Autonome Österreichische Frauenhäuser“ – Infor- mationsstelle gegen Gewalt	http://www.aofef.at
WAVE (Women against Violence Europe)	http://www.wave-network.org
Verein Frauen gegen sexuelle Ausbeutung von Mädchen – Beratungsstelle für sexuell missbrauchte Mädchen und junge Frauen	http://members.aon.at/maedchenberatung/
Verein Wiener Frauenhäuser – Hilfe und Beratung Frauen- häuser	http://www.frauenhaeuser-wien.at/
Gesundheitsförderung	
Stadt Wien, Bereichsleitung Strukturplanung	http://www.wien.gv.at/who
Fonds Soziales Wien	http://www.fsw.at
Fonds Gesundes Österreich	http://www.fgoe.org
BZgA Frauengesundheit	http://artemis.bzga.de/frauen
BZgA Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten	http://www.datenbank-gesundheitsprojekte.de
BZgA Essstörungen	http://www.bzga-essstoerungen.de
BZgA Infodienst Migration und öffentliche Gesundheit	http://www.infodienst.bzga.de/migration
BZgA Pränataldiagnostik und unerfüllter Kinderwunsch	http://artemis.bzga.de/pndukw/

12.3 Abkürzungen und Akronyme

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Erworbenes Immunschwäche-Syndrom)
AMA	American Medical Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (BRD)
BMBWK	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BRD)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body Mass Index
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Köln)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA)
CEDAW	Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung von Frauen
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
EU	Europäische Union
EUROSTAT	Europäisches Statistisches Zentralamt
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Menschliches Immunschwäche-Virus)
HRT	Hormone replacement therapy
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
ICPD	International Conference on Population and Development
IOM	Institutes of Medicine (USA)
NCI	National Cancer Institute (USA)
NHS CRD	National Health Services, Centre of Review and Dissemination (USA)
NIH	National Institutes of Health (USA)
ÖAK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGGG	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
ÖGF	Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
ÖHG	Österreichisches Hebammen-Gremium
ÖWÄA	Österreichische Wissenschaftliche Ärztegesellschaft für Akupunktur
RCT	Randomized Controlled Trial (randomisierte, kontrollierte Studie)
STDs	Sexually Transmitted Diseases (sexuell übertragbare Erkrankungen)
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UNFPA	United Nations Population Fund (Weltbevölkerungsfonds)
USDHHS	United States Department of Health and Human Services
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

12.4 Glossar

Absolutes Risiko, rohe Rate	Maß für die Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeit für jedes beliebige Individuum einer Bevölkerung.
Bevölkerung (Population, Grundgesamtheit)	Entweder alle Einwohner eines Landes oder einer Untereinheit oder bei Stichproben alle Einheiten, aus denen eine Stichprobe gezogen werden kann.
Body Mass Index (BMI)	Maßzahl, um Unter- und Übergewichtigkeit Erwachsener bei Kenntnis von Körpergröße und -gewicht zu bestimmen. Der BMI ist der Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm und Körpergröße in Metern zum Quadrat, seine Einheit ist kg/m^2 .
Diversity Management/dt. Diversitäts-Management	Ein Managementkonzept, das die Unterschiedlichkeit des Personals einer Organisation berücksichtigt und den unterschiedlichen Formen der Benachteiligung durch positive Aktionen und MitarbeiterInnenförderung gezielt entgegenzuwirken versucht. Diversity verfolgt den Anspruch, verschiedene Identitäten und Kulturen zu integrieren und aus diesen zu lernen sowie die Verschiedenheit als Chance und Herausforderung zur Steigerung der Leistung jedes einzelnen und damit des Unternehmenserfolges im internationalen Wettbewerb anzusehen und zu fördern. Ein zentraler Aspekt ist dabei die optimale, ausgewogene Zusammensetzung von Teams. Gleichstellungspolitisch angewandt heißt das: Anstelle von homosozialen Entscheidungs- und Führungskulturen soll die Differenz zwischen Frauen und Männern zugunsten des Unternehmens und der Frauen genutzt werden. Diversity kommt vor allem den Interessen jener Frauen, die mehrfach benachteiligt sind (nicht nur aufgrund des Geschlechtes, sondern beispielsweise auch wegen ihrer Behinderung, ethnischen Zugehörigkeit oder sexuellen Orientierung) entgegen.
Doing Gender	Der Prozess, in dem „gender“ in der Bedeutung von Geschlechteridentitäten und Geschlechterrollen in den alltäglichen Interaktionen hergestellt und bestätigt werden. Zugleich werden diese durch die Erwartungen an die Rolle als Mann/Frauen geprägt. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern werden im gegenseitigen Miteinander, in der sozialen Praxis produziert und dauerhaft verfestigt, wobei aber durchaus Veränderungen möglich sind.
Epidemie	Gehäuftes Auftreten einer Krankheit oder eines gesundheitsschädigenden Verhaltens oder eines anderen gesundheitsschädigenden Ereignisses in der Bevölkerung eines bestimmten Gebietes während einer bestimmten Zeit. Die Epidemie ist sowohl örtlich als auch zeitlich begrenzt.
Epidemiologie	Lehre von der Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfolgen in menschlichen Bevölkerungsgruppen sowie der Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen (WHO-Definition).
Evaluation	Erfolgskontrolle, die versucht, so systematisch und objektiv wie möglich die Relevanz, Wirksamkeit und Auswirkung von Maßnahmen im Hinblick auf deren Zweck zu ermitteln und damit Entscheidungshilfen für bessere Planung und Durchführung zu liefern.
Feminismus	Ein Wertesystem von Frauen im Engagement für soziale, politische und ökonomische Gleichheit von Frauen und Männern mit dem Ziel einer Befreiung von Frauen und Männern aus Rollenzwängen und Stereotypen. Feminismus hinterfragt und analysiert patriarchalische Werte und soziale Strukturen, die die Dominanz von Männern und die Unterordnung von Frauen behaupten und hervorbringen. Es gibt eine große Vielfalt feministischer Richtungen.
Fertilität	Fortpflanzungsverhalten einer Bevölkerung. Zur Messung der Fertilität dienen die Fertilitätsraten wie die Zusammengefasste Geburtenrate (siehe dort) und die jahrgangs- oder generationenspezifische Geburtenrate.
Geburten	Der Begriff „Geburten“ wird meist als Kürzel für „Zahl der Lebendgeborenen“ verwendet. Infolge der Mehrlingsgeburten ist die Zahl der Lebendgeborenen größer als die Zahl der Geburtsvorgänge.

Geburtenbilanz	Differenz zwischen der Zahl der Lebendgeborenen und der Zahl der Sterbefälle in einem bestimmten Zeitraum (meist Kalenderjahr). Ist die Differenz positiv (negativ), wird von Geburtenüberschuss (-defizit) gesprochen.
Geburtenrate (-ziffer), rohe und altersspezifische Geburtenrate	Im Deutschen wird der Quotient „Lebendgeborene auf 1.000 Einwohner“ als „rohe Geburtenrate“ oder als „rohe Geburtenziffer“ bezeichnet. Wird diese nach den einzelnen Altersjahren des gebärfähigen Alters (15 bis 45 Jahre) untergliedert, ergeben sich die 31 „altersspezifischen Geburtenziffern“ (Lebendgeborene pro Frau in einem bestimmten Alter auf 1000 Frauen dieses Alters).
Gender	Synonym ist der Begriff „soziales Geschlecht“. Gesellschaftlich, sozial und kulturell geprägte Geschlechterrollen von Frauen und Männern. Diese sind erlernt und veränderbar.
Gender Bias	Gender Bias kann übersetzt werden mit „geschlechterbezogene Verzerrungseffekte“ oder „Verzerrungen, die dadurch zustande kommen, dass Geschlechterunterschiede nicht angemessen berücksichtigt werden“, auch „geschlechtsspezifische Voreingenommenheit“. Nach Margrit EICHLER sind drei Hauptformen geschlechterbezogener Verzerrungen zu unterscheiden: (1) Geschlechterinsensibilität: bei Planung und Umsetzung von Projekten wird überhaupt nicht mitgedacht, dass das Geschlecht eine Rolle spielen könnte und es wird keine Unterscheidung zwischen Mädchen/Frauen und Jungen/Männern gemacht. (2) Androzentrismus (auf den Mann, das Männliche zentriert). Diese Form des Gender Bias ist daran zu erkennen, dass vorrangig Männer betreffende Probleme, Risikofaktoren und Sichtweisen untersucht bzw. bearbeitet werden. Zugleich werden männliche Verhaltensweisen als Norm gesetzt. (3) Doppelter Bewertungsmaßstab: Dieser liegt vor, wenn unkritisch bei Frauen/Mädchen und Männern/Jungen verschiedene Maßstäbe zur Beschreibung oder Behandlung im Wesentlichen gleichartiger Situationen angewendet werden, z. B. wenn Charaktereigenschaften stereotyp Frauen oder Männern zugeordnet werden.
Gender Mainstreaming	Gender Mainstreaming besteht in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure und Akteurinnen einzubeziehen. (Definition des Europarats, 1998)
Gender-Kompetenz	Gender-Kompetenz setzt sich aus drei Elementen zusammen: (1) Sensibilisierung, d. h. es besteht Sensibilität für Geschlechterverhältnisse und (potenzielle) Diskriminierungsstrukturen sowie die Motivation, einen Beitrag zum Abbau der Ungleichheit der Geschlechter zu leisten. (2) Wissen um Strategien und Methoden, d. h. z. B. es sind Instrumente und Methoden der Gender-Analyse bekannt und können im eigenen Arbeitsgebiet angewendet werden. (3) Gender-Wissen, d. h. die Komplexität der Kategorie Gender wird verstanden, Informationen zu Genderaspekten im jeweiligen Sachgebiet und Handlungsbereich sowie Daten zu den Geschlechterverhältnissen sind vorhanden oder werden erarbeitet.
Gesamtscheidungsrate	Diese auf die Zahl der bestehenden Ehen nach Ehedauer bezogene Scheidungsrate gibt an, wie viele aller Ehen früher oder später vor dem Scheidungsrichter enden dürften, wenn die im Bezugsjahr beobachteten ehedauerspezifischen Scheidungsraten in Zukunft unverändert bleiben würden. Es handelt sich somit um den erwarteten Anteil der Ehen, die jemals im gesamten Eheverlauf – und nicht im jeweiligen Jahr – geschieden werden.
Geschlechtergerecht	Geschlechtergerecht sind alle Maßnahmen, Policies, Programme und Projekte, welche bewirken, dass weder Frauen noch Männer in gesundheitsbezogenen Belangen direkt oder indirekt benachteiligt werden. Solche Maßnahmen stellen sicher, dass Frauen und Männer in ihren Gesundheitsbedürfnissen und aus der Sicht des Gesundheitsbedarfs gleichberechtigt behandelt werden. Eines der Ziele von Gender Mainstreaming.
Geschlechterkompetenz	Die Fähigkeit, Prozesse mit dem Ziel der Chancengleichheit für Frauen und Männer zu leiten, zu konzipieren und umzusetzen.

Geschlechterperspektive	Bei Einnehmen einer Geschlechterperspektive wird ein Gegenstand oder Sachverhalt vor allem hinsichtlich seiner Bedeutung für Frauen und Männer und für das Geschlechterverhältnis betrachtet.
Geschlechtersensibel	Den Bedürfnissen von Männern und Frauen in ihren je spezifischen Lebenslagen umfassend gerecht werden und zum Abbau von Ungleichheit zwischen den Geschlechtern bzw. zum Erreichen von Chancengleichheit/Gleichstellung beitragen.
Geschlechtsspezifisch,	Geschlechtsspezifisches Verhalten bezeichnet Verhalten, das für ein Geschlecht spezifisch ist bzw. zu sein scheint. Ein Beispiel: Frauen haben ein besseres Gesundheitsverhalten als Männer, sie gehen früher zum Arzt, nehmen häufiger an Früherkennungsuntersuchungen teil, etc. Männer zeigen demgegenüber häufiger gesundheitsriskantes Verhalten (trinken zu viel Alkohol und fahren zu schnell Motorrad und Auto). Die Bewertung eines Verhaltens als geschlechtsspezifisch basiert oft auf Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit und muss im Kontext von Geschlechterstereotypen kritisch hinterfragt werden.
Geschlechterspezifisch,	
Frauen- und Männerspezifisch	
Häufigkeit	Allgemeiner Begriff, der das Vorkommen von Ereignissen, Merkmalen oder von Krankheit in einer Bevölkerung beschreibt.
ICD (International Classification of Diseases):	Von der WHO herausgegebene Liste der Krankheiten, nach der sowohl die Spitalsentlassungs- als auch die Todesursachenstatistik der Statistik Austria erstellt werden.
Indikator	Ein beobachtbarer Aspekt eines Phänomens, das selbst nicht direkt messbar ist. Grippe beispielsweise lässt sich nicht direkt messen. Fieber ist aber ein wichtiger Indikator (Hinweis) für eine Grippe, der sich mit dem Thermometer messen lässt.
Interventionsstudien	Studien der analytischen Epidemiologie, bei denen ein oder mehrere experimentelle Faktoren (Interventionen) getestet werden.
Inzidenz (Neuerkrankungsrate):	Zahl der neu auftretenden Erkrankungsfälle in einer definierten Bevölkerung pro Zeiteinheit (meist pro Jahr), bezogen (meist auf 1.000 oder auf 100.000) der jeweiligen Bevölkerung.
Kohorte	Bevölkerungsgruppe, die durch eine gemeinsame Erfahrung oder Exposition gegenüber bestimmten Ereignissen gekennzeichnet ist.
Median, 50. Perzentile	Wert einer Verteilung von Zahlenwerten, oberhalb und unterhalb dessen gleich viel Einzelwerte liegen. Wird bei nicht normalverteilten Daten statt der Angabe des Mittelwertes verwendet.
Mittelwert, Durchschnittswert, arithmetisches Mittel	Summe aller Einzelwerte, dividiert durch die Anzahl der Einzelwerte.
Mortalität, Sterblichkeit	In einer Bevölkerung gestorbene Personen, bezogen auf diese Bevölkerung.
Normalverteilung	Kontinuierliche, symmetrische Verteilung, deren Enden beiderseits ins Unendliche reichen. Meist charakterisiert durch die Parameter Mittelwert und Standardabweichung (SD). Bei der Normalverteilung sind Mittelwert und Median gleich.
Perzentile	Einteilung von Messungen aufgrund ihrer prozentualen Verteilung. Häufig gebraucht bei der Beurteilung von Verteilungen wie Gewicht oder Körperlänge bei Kindern. Ein Gewicht über der 90. Perzentile bedeutet beispielsweise, dass ein Kind ein Gewicht aufweist, das größer ist als das von 90 % aller Kinder gleicher Größe und gleichen Alters.
Projekt	Ein meist einmaliges Vorhaben mit definiertem Ziel, mit festgelegtem Anfang und Ende und mit begrenzten Mitteln.
Prospektive Studien, Langzeitstudien, Longitudinalstudien, Kohortenstudien	Personen werden hinsichtlich eines oder mehrerer Risikofaktoren langfristig beobachtet.

Public Health	Interdisziplinäre Forschung und Praxis im Bereich Gesundheit, welche die Förderung und Erhaltung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung oder bestimmter Bevölkerungsgruppen zum Ziel hat. Ausdruck für alle öffentlichen Anstrengungen, die zur Verbesserung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit unternommen werden bzw. Kombination aller Kenntnisse, Techniken und Überzeugungen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch umwelt- und bevölkerungsbezogene sowie soziale Maßnahmen.
QALYs (quality-adjusted life years, qualitätsstandardisierte Lebensjahre):	Maßzahl, die Lebensdauer und Lebensqualität miteinander verbindet.
Randomisierte klinische Studie (RKS, RCT = randomised controlled trial)	Sorgfältig geplantes, in Übereinstimmung mit ethischen Richtlinien durchgeführtes Experiment zur Überprüfung von Hypothesen mittels Zufallszuteilung der Studienteilnehmer in mindestens zwei Gruppen.
Rate, Ziffern	Bruch, in dem die Zeit eine wesentliche Rolle spielt, häufigste Form: Ereignisse pro definierter Anzahl von Einwohnern pro Zeitraum.
Relatives Risiko	Verhältnis der kumulativen Inzidenz exponierter Individuen gegenüber derjenigen nichtexponierter Individuen.
Repräsentativität	Maß für die Übereinstimmung in den wichtigsten Merkmalen einer Stichprobe mit denen der Bevölkerung, aus welcher sie gezogen wurde.
Retrospektive Studien	Vergleich von Eigenschaften und Erfahrungen der Vergangenheit von Personen mit einer Krankheit und jenen, die nicht an dieser Krankheit leiden (Kontrollen).
Screening	Verfahren der sekundären Prävention, bei dem eine bekannte Krankheit oder deren Risikofaktoren durch eine einfache Untersuchung vieler Probanden erfasst werden soll. Ziel eines Screenings ist nicht die endgültige Diagnose für das Individuum.
Setting	Ort oder sozialer Kontext, in dem Menschen ihren Alltagsaktivitäten nachgehen (Schule, Arbeitsplatz, ...). Dabei beeinflussen umweltbezogene, organisatorische und persönliche Faktoren Gesundheit und Wohlbefinden.
Spitalsentlassungsstatistik	In der Spitalsentlassungsstatistik der Statistik Austria werden alle Erkrankungsfälle von Patienten erfasst, die in einer österreichischen Krankenanstalt stationär behandelt wurden und ihren Wohnsitz in Österreich haben. Erfasst wird jeweils die Hauptdiagnose. Die Zuordnung der ICD-Codes erfolgt im Krankenhaus.
Standardisierung	Methode, um einen methodisch sauberen Vergleich von Verhältniszahlen (z. B. Sterblichkeit, Inzidenzen) zwischen Regionen bzw. Zeiträumen durchführen zu können. Durch Altersstandardisierung wird beispielsweise der Einfluss der unterschiedlichen Altersstruktur innerhalb von Regionen bzw. Zeiträumen ausgeschaltet.
Todesursachenstatistik	Erfassung aller Todesfälle und deren Ursachen. Die Zuordnung der ICD-Codes erfolgt durch die Statistik Austria, entsprechend des auf dem Formblatt „Anzeige des Todes“ (Totenschein) durch den beeideten Totenbeschauerarzt angegebenen Grundleidens, das ist jenes Leiden, das in der medizinischen Kausalkette an erster Stelle steht und zum Tod geführt hat.
Trend, Tendenz	Langzeitveränderung in einer Datenfolge, die in eine bestimmte Richtung geht. Der Begriff Trend wird auch verwendet, um statistisch nicht signifikante, aber in eine bestimmte Richtung weisende Beobachtungen zu beschreiben.

12.5 WHO-Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten

(*Women's Health Profiles; 1995*)

Demographische Situation

Prozentanteil an Frauen in der Gesamtbevölkerung; Altersverteilung; Geburten-, Sterberate; natürliches Bevölkerungswachstum (Geburten- minus Sterberate); Fruchtbarkeitsrate (Kinder pro Frau); Durchschnittsalter bei erster Ehe; Heirats-, Scheidungsrate.

Sozioökonomische und politische Situation

Einkommen, Beschäftigung und Arbeitslosigkeit von Frauen im Vergleich zu Männern; Frauenanteil im Parlament; Frauen in leitenden Funktionen; Frauen in der Medizin; durchschnittliche Arbeitszeit von Frauen (bezahlt und unbezahlt); Schulbildung; Anteil an Alleinerzieherinnenhaushalten; soziale Absicherung von Frauen (Mutter und Kind, Pensionisten, Arbeitslose).

Politische Entwicklungen

Politik und Umsetzungsstrategien der Frauengesundheit(-sförderung), laufende Reformbemühungen; Ziele der Frauengesundheit; aktuelle Diskussion von Frauengesundheitsthemen (z. B. Schwangerschaftsabbruch, Familienplanung, ältere Frauen, Teenagerschwangerschaften); Strategien hinsichtlich der Reduktion von Ungleichheiten im Gesundheitszustand; Programme zum Abbau von sozialen Unterschieden.

Gesundheitszustand

Mortalität, Morbidität, Behinderung und Gesundheitsstatus nach sozioökonomischen Gruppen und geographischen Regionen; Lebenserwartung bei der Geburt (und im Alter von 1, 15, 45 und 65 Jahren); verlorene Lebensjahre aufgrund von Todesfällen vor dem 65. Lebensjahr; Lebensqualität nach dem 65. Lebensjahr; Cholesterin und Blutdruck nach Alter und Geschlecht; Sterberaten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ischämische Herzerkrankungen, cerebrovaskuläre Erkrankungen); Krebsinzidenz und -mortalität (Cervix uteri, weibliche Brust, Lunge, Darm); Unfälle (Haushaltsunfälle); Maßnahmen zur Verbesserung der primären Prävention, des Screening, der medizinischen und sozialen Versorgung v. a. bei Brust- und Cervixkrebs; Schätzungen der Inzidenz schwerer Komplikationen von sexuell übertragbaren Infektionen (STIs), die v. a. Frauen betreffen (v. a. Rubella); LangzeitpatientInnen (länger als ein Jahr) in psychosozialen Institutionen (Behandlung und medikamentöse Versorgung); Inzi-

denz und Prävalenz von Demenz; Selbstmordraten; Inzidenz von Hüftfrakturen; Prozentsatz von Langzeitbehinderung; Inzidenz und Prävalenz chronischer Erkrankungen (psychische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des muskulo-skeletalen Systems, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes I und II).

Gesundheitsbezogener Lebensstil

Gesundheitsförderung von Frauen in der Pflege, im Haushalt und anderen sozialen Netzwerken; gesundheitsfördernde Programme und Ausbildungen (Ernährung, Rauchen, Sport, Sexualität, Alkohol, Selbstwert, soziale Unterstützung); gesunde Sexualität als Teil gesundheitsfördernder Angebote (Wissen, Kontrazeption, HIV/STI Prävention, sexueller Missbrauch); Gewalt in der Familie (öffentliches Bewusstsein, gesetzliche Lage, Zugang zu Unterstützung, ...); Stress(-bewältigung), Prozentsatz von Säuglingen mit Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm; Prozentsatz von Kindern, die mit sechs Wochen, drei und sechs Monaten gestillt werden; körperliche Aktivitäten nach Alter und Geschlecht (Arbeitsstunden); Body Mass Index; Alkoholkonsum; Medikamentenkonsum; Drogenkonsum; Nikotinkonsum; Trends in der Prostitution.

Umwelt, Arbeit und Gesundheit

Trends in der Inzidenz von umweltbezogenen Erkrankungen aufgrund von Luft-, Boden-, Wasserverschmutzung; Inzidenz anerkannter Berufskrankheiten; Zugang zu Angeboten der Arbeitsgesundheit und der Kinderversorgung v. a. am Arbeitsplatz.

Gesundheitsversorgung, Gesundheitseinrichtungen

Zugang und Nutzung von Familienplanungseinrichtungen, Kontrazeptiva, Angebote für unerwünschte Schwangerschaften; Anzahl an Lebendgeburten nach Alter; Inzidenz von ungeplanten Schwangerschaften; Schwangerschaftsabbrüche per 1.000 Lebendgeburten; Gesetzgebung der Unterstützung von Schwangeren; Inzidenz, Prävalenz von Unterleibserkrankungen; Anzahl von Kaiserschnitten; Verteilung und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen (Spitäler, ÄrztInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen) und deren Frauenfreundlichkeit; präventive und kurative Aktivitäten in Bezug auf Frauen; Gesundheitsförderung im Spital; Unterstützung für Frauen mit HIV/AIDS; Ge-

burten von HIV-positiven Frauen; Blutproben von Blutspendern, die auf HIV getestet wurden; Qualität

der Versorgung hinsichtlich Diabetes, Schwangerschaft; Gesundheit älterer Frauen.

AKTUELLE PUBLIKATIONEN DER WIENER GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG
RECENT PUBLICATIONS OF VIENNA HEALTH REPORTING

Jährlich erscheinender allgemeiner Gesundheitsbericht, zuletzt:
Annual health report, most recent:

Gesundheitsbericht Wien 2004
Vienna Health Report 2004

Verschiedene Schwerpunktberichte und Studien
Different focal studies and reports

S1/2001 Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey
Vienna Health and Social Survey

S2/2002 Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien
Microcensus 1999 – Results on Health in Vienna

S3/2003 Lebensstile in Wien
Lifestyles in Vienna

B1/2003 Lebenserwartung und Mortalität in Wien
Life Expectancy and Mortality

B2/2004 Chronische Krankheiten in Wien
Chronic diseases in Vienna

S4/2004 Psychische Gesundheit in Wien – subjektives Empfinden und psychosoziale Faktoren
Mental Health in Vienna – self-reported problems and psychosocial factors

Zielgruppenspezifische Berichte
Reports on specific target groups

Wiener Männergesundheitsbericht 1999
Vienna Men's Health Report 1999

Wiener Kindergesundheitsbericht 2000
Vienna Children's Health Report 2000

Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002
Vienna Youth Health Report 2002

Wiener Psychiatriebericht 2004
Vienna Psychiatry Report 2004

Mehrsprachige Broschüren
Multilingual publications

Deutsch: Gesundheit in Wien
Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich – Internationaler Vergleich

English: *Health in Vienna*
Life Expectancy and Mortality in Vienna and Austria – An International Comparison

Français: *Espérance de vie et mortalité à Vienne et en Autriche – Comparaison internationale*

Italiano: *Speranza di vita e mortalità a Vienna e in Austria – Confronto internazionale*

Zum Bestellen und Herunterladen unter / *order or download:*
www.wien.at/who/berichte/index.htm