



Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005

Kurzfassung



Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005

Kurzfassung

Verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung

Wien, im April 2005

Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ); Radetzkystraße 2; A – 1030 Wien

Koordination / Redaktion: Dr. Ines Stamm; Abteilung IV/A/2, BMGFJ

Druck: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ)

Nachdruck 2007

Titelbild: Dokumentarfilm Hakoah Lischot / Watermakrs

Bestellmöglichkeiten: E-mail: broschuerenservice.bmgfj@bmgfj.gv.at;

Internet: <http://www.bmgfj.gv.at>

ISBN – 3-900019-32-0

Projektteam

<i>Wissenschaftliche Leitung</i>	Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger
<i>Wissenschaftliche Bearbeitung, Koordination und Berichterstellung</i>	Dr. Erika Baldaszi
<i>Lektorat, Endredaktion</i>	Dr. Erika Baldaszi, Dr. Elfriede Urbas, Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger
<i>Inhaltliche Beiträge (in der Lanfassung)</i>	Dr. Elfriede Urbas Univ.-Prof. Dr. Margarethe Hochleitner Mag. Gerlinde Grasser, MPH Mag. Barbara Kreilinger Mag. Michaela Sit DDr. Inga Findl Mag. Marion Kremla
<i>Kommentare, Kurzbeiträge (in der Langfassung)</i>	Netzwerk Österreichischer Frauengesundheitszentren (Ka- pitel 3.3.1, 3.4.5.) Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein (Kapitel 3.4.2.2) Dr. Edeltraud Voill (Kapitel 3.4.7) Dr. Eva Javorszky-Wasner (Kapitel 3.5.2) Dr. Micha Bitschnau (Kapitel 9.6.6) Dr. Christiane Körner (Kapitel 9.8.3) Mag. Silvia Groth (Kapitel 10.3) Johanna Ehmsen-Höhl, MAS, DGKS, DSA (Kapitel 10.4.6)
<i>Mit herzlichem Dank für die Bereitstellung von Daten und Informationen</i>	Dr. Peter Findl, Statistik Austria Mag. Jeanette Klimont, Statistik Austria Mag. Martin Bauer, Statistik Austria Mag. Karl Grillitsch, Hauptverband der SV-Träger Mag. Anton Sinabell, Österreichische Ärztekammer Mag. Beate Mayer, AUVA Dr. Michael Janda, BMSG Dr. Michael Storman, BM für Justiz Mag. Manuela Marschnig, BMSG Dr. Johanna Schopper, BMGF Prim. Dr. Norbert Vetter, Pulmologisches Zentrum Wien Prim. Dr. Silvia Mayerhofer, STD-Ambulatorium Wien Univ.-Prof. Dr. Angelika Stary, Amb. für Pilzerkrankungen Mag. Eva van Rahden, SILA Mag. Traude Ebermann, Frauen beraten Frauen

Zusammensetzung des Expert/innenbeirats

Auftraggeber/innen und –vertretung

BM Maria Rauch-Kallat
Dr. Ines Stamm
Mag. Theresa Philippi
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Expert/innen

Univ.-Prof. Dr. Johannes Huber
Univ.-Prof. Dr. Gertrud Unfried
AKH Wien, Frauenklinik, Abteilung für Endokrinologie und Sterilitätsbehandlung

Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt
Medizinische Universität Innsbruck, Abteilung für Frauenheilkunde

Univ.-Prof. Dr. Norbert Pateisky
AKH Wien, Frauenklinik, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder
Medizinische Universität Wien, Institut für Sozialmedizin

Univ.-Prof. Dr. Horst Noack
Medizinische Universität Graz, Institut für Sozialmedizin

Dr. Gabriela Petrovic
Dr. Peter Findl
Statistik Austria (Direktion Bevölkerung), Wien

DI Hannes Schmidl
Mag. Monika Csitkovics
MA 15 der Stadt Wien, Bereichsleitung Gesundheitsplanung und Finanzmanagement

Mag. Roswitha Pettliczek-Koller
Hauptverband der Sozialversicherungsträger

DDr. Oskar Meggeneder
OÖGKK - Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Dennis Beck
Dr. Maria Schmidt; MPH, MSc
Fonds Gesundes Österreich, Wien

Generaloberin Charlotte Staudinger
KAV Wien – Krankenanstaltenverbund, Geschäftsbereich Strategische Planung und Qualitätsmanagement

DGKS Christine Ecker
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Renate Grossbichler
Österreichisches Hebammengremium

Dr. Jutta Fiegl
Wiener Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung,
Wiener Landesverband für Psychotherapie

Mag. Hilde Wolf
Mag. Silvia Groth
Netzwerk Österreichischer Frauengesundheitszentren

Univ.-Prof. Dr. Susanne Kircher
Medizinische Selbsthilfezentrum Wien *Martha Frühwirt*
Medizinische Universität Wien, Zentrum für Psychologie und Pathophysiologie, Institut für Medizinische Chemie

Dr. Eva Javorszky-Wasner
Nanaya, Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern

Johanna Ehmsen-Höhnl, MAS
BMGF, Abteilung III/B/10



Vorwort

Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden. – Österreich ist als eines der ersten europäischen Länder dieser Empfehlung des europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nachgekommen und hat 1995 den ersten österreichischen Frauengesundheitsbericht erstellt.

Der Bereich der Frauengesundheit ist mir ein ganz besonderes Anliegen - nicht zuletzt aufgrund dieser nachdrücklichen Forderung der WHO - vor allem aber auch, weil ich in meiner Funktion als Bundesministerin zugleich für Gesundheit, Familie und Jugend verantwortlich bin. Ich freue mich daher, mit dem vorliegenden Bericht eine aktuelle Bestandsaufnahme aller für Frauen relevanten Gesundheitsdaten, der Rahmenbedingungen frauenspezifischer Gesundheitsversorgung und Ansätze der Gesundheitsförderung präsentieren zu können. Die Veränderungen des letzten Jahrzehnts werden darin aufgezeigt und zukünftige Handlungsschwerpunkte abgeleitet.

Im neuen Jahrtausend hat die Frauengesundheit durch die Strategie des Gender Mainstreaming noch eine Erweiterung erfahren, welche auf alle politischen und gesellschaftlichen Bereiche anzuwenden ist – ganz besonders aber in einem derart zentralen, persönlichen und essenziellen Lebensbereich wie es die Gesundheit ist. Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen zielt zum einen auf das Gesundheitssystem als Arbeitsplatz und auf die Karriereförderung der rund 165.000 in den Gesundheitsberufen arbeitenden Frauen ab: mit einem Frauenanteil von 78 Prozent sind Gesundheitsberufe typische Frauenberufe, die wie viele andere Berufsfelder geschlechtsspezifischer Hierarchisierung und Segmentierung unterliegen. Gender Mainstreaming bedeutet in einem erweiterten Verständnis aber auch, die Gender-Perspektive in alle Gesundheitsbereiche einzubringen und alle Verantwortlichen im Gesundheitssystem für Geschlechtsunterschiede zu sensibilisieren. Ansatzpunkte einer Umsetzung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen sind beispielsweise, durch frauengerechte und den Bedürfnissen von Frauen angepasste Qualitätsstandards, Patient/inneninformationen und Patient/innenrechte mögliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern im Zugang zum Gesundheitssystem zu verdeutlichen und zu nivellieren.

Die gesellschafts- und gesundheitspolitischen Forderungen nach einer geschlechterspezifischen, geschlechtersensiblen und geschlechtergerechten Sichtweise der Gesundheit beruhen auf einem wachsenden Bewusstsein für Unterschiede zwischen Männern und Frauen in vielen Gesundheitsbereichen: Zum einen gibt es Gesundheitsrisiken und Krankheiten, die ausschließlich bei Frauen auftreten oder bei Frauen häufiger vorkommen und anders oder schwerwiegender verlaufen als bei Männern, zum anderen sind bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsange-

boten Zugang und Nutzung bei Frauen und Männern in vielen Aspekten verschieden. Es geht also nicht primär um die Frage, ob Frauen oder Männer gesünder oder kränker sind, sondern darum, wie das Gesundheitssystem den spezifischen Bedürfnissen von Frauen und Männern entsprechen kann. Über die Sensibilität für die Geschlechterfrage hinaus geht es aber auch um die Frage, wie gerecht, solidarisch und sensibel das Gesundheitssystem mit den gesundheitlichen Bedürfnissen von unterschiedlichen sozialen und kulturellen Gruppen umgeht.

Eine Grundlage für weitere Maßnahmen des Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich ist, dass alle für die Gesundheitsplanung relevanten Kennzahlen und Statistiken im Gesundheitswesen geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselt vorliegen müssen, so wie dies auch bei der OECD-Gesundheitsminister/innenkonferenz in Paris im Mai 2004 von Österreich beantragt und einstimmig verabschiedet worden ist.

Der vorliegende Bericht gibt die große Bandbreite und die multidisziplinäre Themenstellung der Frauengesundheit wieder; er orientiert sich dabei an den von der WHO 1995 empfohlenen Kriterien. Die Handlungsfelder der Frauengesundheit sind somit abgesteckt und bedürfen einer Vertiefung durch die Entwicklung konkreter Maßnahmen für die Umsetzung. Die vorliegenden Daten zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Österreich sind als Ausgangspunkt für die weitere Strategienentwicklung zur Erlangung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems zu sehen. Im Sinne einer globalen Perspektive wird auch der Bezug zur Fakten-, Daten- und Rechtslage innerhalb und außerhalb der europäischen Union hergestellt. Leitgedanke ist, dass die Gender-Perspektive zukünftig bei Maßnahmen zur Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit immer zu berücksichtigen ist. Die spezifischen Bedürfnisse von Frauen und Männern sind fortan sowohl in Forschung und Dokumentation im Bereich von Gesundheit und Krankheit als auch in jegliche Aktivitäten der Gesundheitsförderung und der Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung einzubeziehen.



Dr. Andrea Kdolsky
Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Warum geschlechtsspezifische Gesundheit?	10
1.1 Politische Rahmenbedingungen der Frauengesundheit _____	11
2. Gesundheitszustand und Gesundheitsdaten aus der Gender-Perspektive	14
2.1 Gesundheitsrelevante demographische Trends _____	14
2.2 Geschlechtsunterschiede bei Lebenserwartung und Todesursachen _____	16
2.3 Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen _____	17
2.4 Frauen und Krebs _____	18
2.5 Weitere für Frauen relevante Gesundheitsindikatoren _____	21
3. Gesundheit von Frauen und Mädchen in unterschiedlichen Lebensphasen	22
3.1 Mädchen und junge Frauen: Lebensstile und Körperbewusstsein _____	22
3.2 Mädchen und junge Frauen: erste Liebe und Sexualität _____	25
3.3 Frauen im reproduktiven Alter: psychische Gesundheit und Lebensstile _____	26
3.4 Frauen im reproduktiven Alter: sexuelle und reproduktive Gesundheit _____	31
3.4.1 Menstruation, prämenstruelles Syndrom und Endometriose.....	31
3.4.2 Familienplanung und Kontrazeption.....	32
3.4.3 Notfallkontrazeption - die Pille danach.....	33
3.4.4 Schwangerschaftsabbruch.....	33
3.4.5 Ungewollte Kinderlosigkeit und assistierte Reproduktion.....	34
3.4.6 Pränataldiagnostik.....	35
3.4.7 Biomedizin und Bioethik.....	36
3.4.8 Präimplantationsdiagnostik.....	36
3.5 Frauen im reproduktiven Alter: Gesundheit und Geburt _____	37
3.6 Wechseljahre, sexuelle Gesundheit und Altern _____	40
3.7 Gesundes Alter(n): Gesundheitszustand und -risiken älterer Frauen _____	42
4. Gewalt gegen Frauen	45
5. Zugang von Frauen zum Gesundheitssystem: soziale, sprachliche und kulturelle Barrieren	46
5.1 Frauen, soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit _____	46
5.2 Gesundheit allein erziehender Mütter _____	46
5.3 Migrantinnen im Gesundheitssystem: soziale, sprachliche und kulturelle Barrieren _____	47
5.4 Gesundheitsversorgung von Asylwerberinnen _____	49
5.5 Lesbische Frauen im Gesundheitssystem _____	49
6. Frauen in besonderen gesundheitlichen und sozialen Lagen	49
6.1 Frauen mit Behinderung: „Nicht über uns ohne uns!“ _____	49
6.2 Frauen in der Psychiatrie: Feministische Psychiatriekritik und frauengerechte Psychiatrie _____	49
6.3 Frauen und Drogenabhängigkeit _____	49
6.4 Frauen mit HIV/AIDS _____	49
6.5 Gesundheitlich Lage wohnungsloser Frauen _____	49
6.6 Gesundheitliche Aspekte der Prostitution von Frauen _____	49
7. Frauen, Arbeit und Gesundheit	49
7.1 Arbeitsteilung in der Familie: Frauen in der Mütterrolle _____	49
7.2 Typische Frauenberufe - frauenspezifische Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz _____	49
7.3 Frauen, Arbeit und Gesundheit: die Gender-Perspektive _____	49
7.4 Arbeitslosigkeit und Gesundheit _____	49
7.5 Frauen in den Pflegeberufen _____	49
7.6 Frauen als pflegende Angehörige _____	49
8. Umweltbezogene Gesundheitsrisiken und Frauengesundheit	49
8.1 Stand der Forschung zu Gender - Umwelt - Gesundheit _____	49
9. Frauenspezifische Gesundheitsversorgung in Österreich	49
9.1 Überblick: Frauenspezifische Angebote und Ressourcen im Gesundheitssystem _____	49
9.2 Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung _____	49
9.3 Das Netzwerk Österreichischer Frauengesundheitszentren _____	49
9.4 Frauenspezifische psychosoziale Versorgung in Österreich _____	49
9.5 Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen für eine frauenspezifische Gesundheitsversorgung _____	49
9.6 Komplementär- und Alternativmedizin und Medical Wellness für Frauen _____	49
9.7 Frauen und Qualität von Gesundheitseinrichtungen _____	49
10. Geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung	49
10.1 Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich _____	49
10.2 Konzepte, Kategorien, Klassifikationen _____	49
10.3 Maßnahmen zur Früherkennung _____	49
10.4 Geschlechtsspezifische Ansätze in der Gesundheitsförderung _____	49
11. Empfehlungen: Zehn Ziele für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem	49
12. Frauengesundheit: Handlungsfelder – Zielsetzungen – Forderungen	49
Literatur _____	49

Verzeichnisse der Abbildungen, Tabellen, Boxes

Abbildung 2-1. Altersgruppen in Fünf-Jahres-Schritten nach Geschlecht (Absolutzahlen, 2002)	15
Abbildung 2-2. Entwicklung der Krebsneuerkrankungen bei Frauen (1983-2001)	19
Abbildung 3-1. Konsum alkoholischer Mischgetränke von 15-Jährigen (Geschlecht; 2002)	23
Abbildung 3-2. 15-Jährige, die vier Mal oder öfter so viel Alkohol getrunken haben, dass sie richtig betrunken waren (Geschlecht; 2002)	23
Abbildung 3-3. Anteil täglich rauchender 15-jähriger SchülerInnen (Geschlecht; 1990-2001)	23
Abbildung 3-4. Körperbewusstsein und Selbstwertgefühl bei Wiener SchülerInnen (2002)	24
Abbildung 3-5. Anstieg der Sectio-Häufigkeit in Österreich (1995-2003)	38
Abbildung 9-1. Schwerpunkte und Themen der Selbsthilfegruppen in Österreich (Ausschnitt)	49
Tabelle 3-1. Geschlechtsunterschiede in der Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen	27
Tabelle 3-2. Internationale und europäische Empfehlungen zur psychischen Gesundheit	28
Tabelle 3-3. Nationale und internationale Empfehlungen zum Stillen	40
Box 1-1. Definition Gender Mainstreaming	11
Box 1-2. Umsetzung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen	12
Box 2-1. Europäische Leitlinien zum qualitätsgesicherten Mammographie-Screening	20
Box 3-2. Konsensusempfehlungen zur Hormonersatztherapie (BMGF, OEGGG)	41
Box 4-1. Definition von Gewalt gegen Frauen in der Beijing-Deklaration (1995)	46
Box 5-1. Die zwölf Sonneberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Versorgung von MigrantInnen	49
Box 5-2. Sichtbarmachung homophober Strukturen im Gesundheitsbereich	49
Box 6-1. Persönliche Assistenz für Frauen mit Behinderung	49
Box 6-2. Handlungsleitende Grundprinzipien für die Entwicklung frauengerechter Angebote in der stationären Psychiatrie	49
Box 10-1. Für Frauen und Mädchen relevante Handlungsfelder, Zielgruppen, Settings der Gesundheitsförderung	49

1. Einleitung: Warum geschlechtsspezifische Gesundheit?

Das biologische Geschlecht und *Gender* als die soziale Geschlechtsrolle bestimmen die Gesundheit von Frauen und Männern wesentlich. Geschlecht und Gender zeigen ihre Auswirkungen auf die Gesundheit in engem Zusammenhang mit anderen sozialen Ungleichheiten wie der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bildungs- und Einkommensschicht oder einer ethnischen Bevölkerungsgruppe. In komplexen Wechselwirkungen bestimmen diese Faktoren den Gesundheitszustand, das Risikoverhalten, die Wahrnehmung von Gesundheit, Krankheit und Behinderung und den Zugang zu medizinischen und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen von Frauen und Männern auf unterschiedliche Weise. Die Sicherung von Qualität, Effektivität und Effizienz eines Gesundheitssystems muss daher eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Gesundheit beinhalten, die aber darüber hinaus auch den Anteil psychosozialer Gesundheitsdeterminanten als wesentlich erkennt. Schließlich gilt es, Geschlechtersensibilität anzustreben, was bedeutet, zugleich die spezifischen Aspekte der Gesundheit von Frauen und Männern zu sehen, aber auch die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu erkennen. In jedem Fall muss sich aber die Erkenntnis durchsetzen, dass das Geschlecht – das biologische und das soziale – eine maßgebliche Einflussgröße in der Förderung und Erhaltung von Gesundheit und im Entstehen und Bewältigen von Krankheit ist. Langfristig gesehen ist es erstrebenswert, die unterschiedlichen gesundheitlichen Bedürfnisse, Risiken und Ressourcen von Frauen und Männern in allen Bereichen des Gesundheitswesens nachhaltig zu berücksichtigen.

Rückblick: Entwicklung und Hintergrund der Frauengesundheitsbewegung

Hintergrund der neuen frauenzentrierten und geschlechtersensiblen Ansätze in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung ist zum einen die Frauengesundheitsbewegung der 1970er Jahre; eine andere wesentliche Triebkraft der Frauengesundheitsbewegung war und ist die sozialwissenschaftliche Frauenforschung, die dem medizinischen Weltbild ein ganzheitliches, bio-psycho-soziales Gesundheitskonzept gegenüber stellt. Dieser gemeinsame Protest von Forschung und Praxis gegen die Medikalisierung des weiblichen Körpers resultierte schließlich in der Gründung von Frauengesundheitszentren. Im Laufe der 1980er Jahre geriet somit ein Bewusstseinsprozess in Gang, wobei Gesundheit zunehmend zum zentralen Begriff in der Forderung nach der Selbstbestimmung der Frau wurde. Zentrale Themen waren und sind die Kritik an der Medikalisierung des weiblichen Körpers, die Forderung nach frauenfreundlichen Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs, die Forderung nach Angeboten der *sanften Geburt* vs. einer zunehmenden Technisierung des Geburtserlebnisses, die generelle Kritik an der paternalistisch geprägten Biomedizin und in weiterer Folge die Einforderung eines bio-psycho-soziales Paradigmas der Gesundheit.

Die wesentlichsten Schritte in der Etablierung der Frauengesundheit als eigenständige Größe im Gesundheitssystem sind in den letzten beiden Jahrzehnten erfolgt und haben ihren Ausgang in den USA genommen. 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. Es wurden zum Beispiel Studien zum kardiovaskulären Erkrankungsrisiko ausschließlich bei Männern durchgeführt, obwohl kardiovaskuläre Erkrankungen als Haupttodesursache bei postmenopausalen Frauen gelten; damit wurden wichtige geschlechtsspezifische Einflussfaktoren, wie z.B. die Rolle der Östrogene, einfach aus den Untersuchungsfragestellungen ausgeschlossen und langfristig eine adäquate medizinische Versorgung für Frauen verhindert. In Europa wurde die Frauengesundheitsinitiative durch eine Erklärung der WHO eingeleitet, die unter dem Leitmotiv *Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden* propagiert wurde. Das Europäische Regionalbüro der WHO in Kopenhagen startete daraufhin die Initiative *Investition in die Gesundheit von Frauen* (WHO 1994, 1995)¹.

¹ Wiener Erklärung zur Investition in die Gesundheit von Frauen:
http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20011028_3?language=german

1.1 Politische Rahmenbedingungen der Frauengesundheit

Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich

Das Prinzip des Gender Mainstreaming wird, ausgehend von den internationalen Frauenkonferenzen in Nairobi 1998 und Peking 1995, in vielen Ländern diskutiert und dessen Umsetzung angestrebt. Gender Mainstreaming verfolgt das Ziel, eine geschlechtersensible Sichtweise in alle gesellschaftlichen und politischen Konzepte einzubringen.

Box 1-1. Definition Gender Mainstreaming

Gender ist die englische Bezeichnung für das soziale, das *anerzogene* Geschlecht im Unterschied zum biologischen Geschlecht (engl. *sex*). *Mainstream* heißt übersetzt Hauptströmung, aber als Adjektiv auch *etabliert*. *To mainstream* meint demnach im übertragenen Sinn, etwas bislang Nebensächliches zur einer Hauptströmung zu machen und zu etablieren.

Die *Gender-Perspektive* besagt, dass Frauen und Männer in der Gesellschaft unterschiedliche Lebensbedingungen und Chancen vorfinden, auf Grund geschlechtsspezifischer Sozialisation unterschiedliche Interessen und Bedürfnisse entwickeln und von gesellschaftlichen Prozessen und deren Auswirkungen unterschiedlich betroffen sind. Diese Sichtweise soll in den politischen Mainstream aufgenommen und etabliert werden.

Gängigste *Definition* für Gender Mainstreaming ist jene des Europarates in Straßburg (Europarat, 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 einzubeziehen.*“

In Österreich wurde mit Ministerratsbeschluss vom 11. Juli 2000 eine interministerielle Arbeitsgruppe für die Umsetzung des Gender mainstreaming eingesetzt. Die Umsetzung und Anwendung von Gender Mainstreaming wurde in zwei Ministerratsverträgen 2002 und 2004 ergänzt und erweitert (www.imag-gendermainstreaming.at).

Erster Schritt des Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich: Erkennen und Vermeiden des Gender Bias

Ein erster Schritt in Richtung Gleichstellung im Gesundheitswesen besteht aus der Forderung, den so genannten *Gender Bias* (Fehleinschätzungen aufgrund der Geschlechterrollen) in der gesundheitlichen Versorgung und im Zugang zu Gesundheitseinrichtungen zu verhindern. Das Frauenbüro der kanadischen Regierung (*Status of Women Canada*) hat die Strategie der *Gender Based Analysis (GBA)*² entwickelt, welche die konkrete Vorgehensweise in der Umsetzung der Gender-Perspektive in den politischen Alltag vorgibt; die Methode der GBA wurde auch in Europa aufgenommen und es liegt ein Handbuch in deutscher Sprache vor, das detaillierte Kriterien für das Erkennen und Vermeiden des *Gender Bias* enthält (Eichler et al., 2000; Berliner Zentrum für Public Health, 2002³).

Die drei Hauptformen des Gender Bias sind:

1. *Androzentrismus*, das heißt die Adaption der männlichen Perspektive z.B. durch den Ausschluss oder die Unterrepräsentation von Frauen.
2. *Geschlechtsinsensibilität* liegt vor, wenn das biologische und das soziale Geschlecht nicht im jeweiligen relevanten Kontext wahrgenommen werden wie z.B. der *Familiarismus* (Haushalt als Bezugsgröße).
3. *Doppelte Bewertungsmaßstäbe* treten offenkundig oder versteckt auf. Beispiel dafür sind die Geschlechterdichotomie, d.h. die beiden Geschlechter werden als gänzlich voneinander getrennte Gruppen behandelt anstatt sie als zwei Gruppen mit übergreifenden Eigenschaften zu verstehen.

Ein weiterer Schritt zur Realisierung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen wurde im Jahr 2001 von der WHO gesetzt durch die Proklamierung der *Madriider Erklärung - Mainstreaming gender in health: the need to move forward*. Die Madriider Erklärung wurde auf der *First International Conference on Gender and Health* im September 2002 in Wien diskutiert. Eine Kernaussage dieser Erklärung ist: „*Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen wird als effektivste Strategie anerkannt, um Gleichberechtigung zu erzielen. Diese Gesamtstrategie fördert die Integration von Gender-Fragen in die Formulierung, Überwachung und Analyse von Politik, Programmen und Projekten mit dem Ziel, dass Frauen und Männer den bestmöglichen Gesundheitsstatus erlangen sollen.*“

² <http://www.swc-cfc.gc.ca>

³ <http://www.ifg-gs.tu-berlin.de/workshop>

Die Umsetzung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen ist - ganz allgemein betrachtet - von folgenden Defiziten in der Berücksichtigung der Frauenperspektive im Gesundheitswesen ausgegangen (Maschewsky-Schneider, 2002, S. 10):

- die Beschränkung der Selbstbestimmung der Frau durch Reproduktionstechnologien und der freien Entscheidung über Kontrazeption, Schwangerschaft und Geburt;
- die mangelnde Wahrnehmung für die massiven psychosozialen und körperlichen Folgen von körperlicher und sexueller Gewalt gegen Frauen und Kinder;
- die Nichtbeachtung frauenspezifischer Risikofaktoren z.B. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs;
- der Fehl-, Unter- oder Überversorgung von Frauen in der Medizin (z.B. Medikalisierung durch Psychopharmaka, Hormonersatztherapie);
- der mangelnden Geschlechtergerechtigkeit hinsichtlich der Vertretung von Frauen in Leitungsfunktionen im Gesundheitswesen und in der Wissenschaft.

Bei der Frage der Umsetzung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen darf der Hinweis nicht fehlen, dass Gender Mainstreaming häufig mit der falschen Vorstellung verbunden ist, dass immer dann, wenn die Situation von Frauen berücksichtigt wird, parallel dazu die Männer zu berücksichtigen sind. Schließlich liegen die Ursprünge des Gender Mainstreaming-Konzeptes in der Bewusstmachung der Vernachlässigung der Frauenperspektive in Politik, Administration, Versorgung, Medizin und in der Marginalisierung und Diskriminierung von Frauen und der Ausgrenzung aus gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen. Demnach soll die bisherige Frauenpolitik keinesfalls ersetzt, sondern aus den vielen Einzelthemen, die nur Frauen betreffen (sexualisierte Gewalt, reproduktive Gesundheit, Brustkrebs, ...) eine Gesamtstrategie in der Gesundheitspolitik entwickelt werden, in der nicht Unterschiedlichkeiten zwischen Frauen und Männer ausgeglichen werden sollen, sondern das Ziel angestrebt wird, frauen- und geschlechterspezifische Fragestellungen in alle Bereiche des Gesundheitssystems und der Forschung zu integrieren. Folgendes Modell, das auf den Vorschlägen des *European Council* basiert, gibt Strategien und Ebenen der Entwicklung einer politischen Gesamtstrategie des Gender Mainstreaming in der Gesundheitspolitik vor (EC-Europarat, 1998; Maschewsky-Schneider, 2002; S.11ff):

Box 1-2. Umsetzung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen

1. Ebene: Strukturelle Voraussetzungen für die Entwicklung des Gender Mainstreaming in der Gesundheitspolitik
1.1. Besteht der politische Wille zur Realisierung des Gender Mainstreaming? Wer sind die Akteure (Ministerien, Interessens- und Berufsverbände, Forschung)? Welche Entschlüsse und Verordnungen sind erforderlich?
1.2. Bestehen bereits Ansätze für eine frauenspezifische Gesundheitspolitik? In welchen Bereichen (Gesetze, Verordnungen, Gesundheitsförderung, Modellprojekte, -programme)? Wer sind die Akteure (Ministerien, Leistungsträger, Verbände, Lobbygruppen, Forschung)?
1.3. Welches Wissen zum Zusammenhang von Geschlecht und Gesundheit gibt es? (regionale und internationale Gesundheitsberichterstattung, Finanzierung und bedarfsgerechte Versorgung im Gesundheitswesen, Gesundheitsförderung und Prävention)
1.4. In welcher Weise und in welchem Ausmaß sind Frauen in Entscheidungsprozesse in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen integriert? (Politische Ebenen: Bund, Länder, Gemeinden; Versorgungssysteme, Verbände, Organisationen, Lobbygruppen, Forschung und Lehre)
1.5. Welche Finanzquellen stehen für die Implementierung der Gender Mainstreaming-Strategie zur Verfügung? (Initiierungsphase: Politik, Forschung; Implementierungsphase: Leistungsträger im Gesundheitswesen)
2. Ebene: Definition von Inhalten und Bereichen im Gesundheitswesen, auf die sich die Gender-Mainstreaming-Politik beziehen soll
Gesetze, Gesundheitsziele, Behandlungsleitlinien, Qualitätssicherung, Evaluation, Gesundheitsberichterstattung, Forschung (Medizin, Gesundheitswissenschaften)
3. Ebene: Welche Methoden und Techniken müssen für die Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Gesundheitspolitik entwickelt und eingesetzt werden?
3.1. Analytische Methoden: Statistiken, Erhebungen, Prognosen, Forschungen, Kosten-Nutzen-Analysen, Leitsätze/Richtlinien, Checklisten, Gender Impact Assessment (Gleichstellungsverträglichkeitsprüfung)
3.2. Pädagogische Methoden: Kurse/Schulungen, Supervision/Beratung, Leitfäden/Handbücher, Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit
3.3. Konsultative und partizipative Methoden: Lenkungsgruppen (Bund, Länder, Gemeinden, Sektoren, Forschung), Arbeitsgruppen, Organisationspläne, Hearings, Konferenzen/Seminare
4. Welche Akteure werden für die Umsetzung des Gender Mainstreaming gebraucht und welche Funktionen können sie erfüllen? - Rollendefinition
Politik, Verwaltung, Gleichstellungsmechanismen, Leistungsträger (Kassen, Pensionsanstalten, Wohlfahrtsverbände), Leistungserbringer (ambulanter und stationärer Bereich, Pflege, Gesundheitsförderung), NGOs, Interessensgruppen, PatientInnenvertretung, Medien, internationale Institutionen
Quelle: Maschewsky-Schneider (2002; S. 32ff.); geringfügig modifiziert

Internationale, europische und österreichische Frauengesundheitsprogramme

Zu Beginn der 1990er Jahre wurde in **den USA das erste und bislang umfassendste Programm zur Frauengesundheit** initiiert und in der staatlichen Gesundheitsverwaltung implementiert. Dieses Programm war und ist ein wesentlicher Impulsgeber für die Entwicklung in Europa. Das *Office on Women's Health* (OWH; Frauengesundheitsbüro⁴) im *Department of Health and Human Services* (DHHS; Gesundheits- und Sozialministerium) wurde 1991 mit dem Ziel eingerichtet, die Gesundheit amerikanischer Frauen zu verbessern, indem eine umfassende Frauengesundheits-Agenda implementiert, weiterentwickelt und koordiniert wird.

Der Entwicklung in den USA vergleichbar wurde in **Kanada** im Jahr 1993 eine **politische Strategie der Frauengesundheit** etabliert (*Women's Health Strategy*⁵) und durch ein Frauengesundheitsbüro in die Praxis umgesetzt (*Women's Health Bureau*).

In **Glasgow** wurde im Jahr 1990 eine Arbeitsgruppe für Frauengesundheit (*Women's Health Working Group*⁶) im Rahmen des europäischen Gesunde Städte-Projekts mit dem Ziel der Gesundheitsförderung von Frauen ins Leben gerufen. Diese Arbeitsgruppe für Frauengesundheit setzt sich aus mehreren Partnerorganisationen zusammen (VertreterInnen aus den Gesundheitsämtern, der Stadtregierung, den Universitäten und der ehrenamtlichen und öffentlichen Gesundheitsversorgung).

Ein umfassendes Frauengesundheitsprogramm wurde im Mai 2001 im deutschen Bundesland Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufen. Auf Antrag von SPD und den Grünen wurde im Landtag von Nordrhein-Westfalen eine **Enquête-Kommission zur Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW**⁷ gebildet. Diese Kommission hatte den Auftrag, konkrete politische Strategien und Maßnahmen zur Förderung einer frauengerechten gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen zu erarbeiten. Grundlage hierfür war eine detaillierte Bestandsaufnahme und Analyse bestehender Defizite.

Das **Wiener Frauengesundheitsprogramm** kann als ein Beispiel dafür angeführt werden, wie das Anliegen engagierter Frauengesundheitsinitiativen von der Politik aufgegriffen wurde. Anfang der 1990er Jahre hat die Stadt Wien im Rahmen des WHO-Projektes Gesunde Städte zwei internationale WHO Konferenzen zu Frauengesundheit veranstaltet, ein Wiener Frauengesundheitsbericht wurde 1997 nach dem Vorbild des ersten österreichischen Frauengesundheitsberichts 1995 erstellt. Um aus diesen Fakten zu lernen und Verbesserungen in Gang zu setzen, hat die Wiener Stadtregierung die Erarbeitung eines Frauengesundheitsprogramms beauftragt, an der eine multiprofessionelle ExpertInnenkommission von 45 ExpertInnen aus der frauengesundheitsrelevanten Forschung und Praxis sowie Politikerinnen aller Parteien unter Vorsitz der Frauenstadträtin sowie des Gesundheitsstadtrates beteiligt waren und das 1998 einstimmig von der Stadtregierung angenommen wurde. Die zwölf Handlungsschwerpunkte des Wiener Frauengesundheitsprogramms sind Frauen und Krebs; Schwangerenbetreuung und Hilfe bei nachgeburtlicher Depression; psychische Gesundheit; psychosoziale Versorgung; Suchtprävention; Gewalt gegen Frauen; Gesundheitsförderung für ältere Frauen; Frauen in Gesundheitsberufen; rechtliche Aspekte von Frauen im Gesundheitswesen; Gesundheit von Frauen in der Arbeitswelt; Migrantinnengesundheit und gesundheitliche Belastung von Müttern.

Die Arbeit des **Tiroler Frauengesundheitsbüros** steht in Zusammenhang mit dem im Oktober 1998 gemeinsam mit der Landes-Krankenanstalten GmbH eingerichteten Ludwig Boltzmann Institut für kardiologische Geschlechterforschung, dessen Forschungsschwerpunkte in der Erhebung von Geschlechterdifferenzen in der Kardiologie, der Implementierung genderspezifischer Präventionsangebote sowie bei Fragestellungen zu Gesundheit von Migrantinnen liegen. Im Mai 1999 wurde die Frauengesundheitsbeauftragte des Landes Tirol ernannt und mit der wissenschaftlichen Leitung des neu eingerichteten Frauengesundheitsbüros des Landes Tirol betraut. Das Angebot von Informationen zu Frauengesundheitsthemen steht im Vordergrund. Beruhend auf der internationalen Literatur sowie auf den Studien des Ludwig Boltzmann Institutes für kardiologische Geschlechterforschung zur lokalen Situation wurde Informationsmaterial für Patientinnen erstellt, Medienarbeit geleistet und Vorschläge im Sinne des Gender Mainstreaming Gebotes in verschiedenste Gremien eingebracht. Derzeit wird an den Innsbrucker Universitätskliniken ein Frauengesundheitszentrum eingerichtet (Stand Ende 2004).

Frauengesundheit wird sozial produziert, das heißt auch an den verschiedenen Arbeitsplätzen. Diesen Schluss zieht die WHO, die in ihren Programmen den Setting-Ansatz zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit von Frauen verfolgt. **Das FrauenGesundheitsProgramm Graz** steht in dieser Tradition der Gesundheitsförderung durch strukturelle Maßnahmen und in Anlehnung an das Modell von Glasgow, Schottland, das den Setting-Ansatz systematisch umsetzt. Im Rahmen des

⁴ www.4woman.gov/owh/

⁵ <http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/womenstrat.htm>

⁶ <http://www.glasgow.gov.uk>, <http://www.healthwork.org.uk>

⁷ <http://www.frauengesundheit-nrw.de/> bzw.

<http://www.landtag.nrw.de/> (Parlament/Enquetekommissionen)

Gender Health Audit 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 ein Fokus auf zwei Gruppen von Frauen gelegt: auf Frauen mit Behinderung und auf Migrantinnen (Groth und Rásky, 2003).

Frauen in Führungs- und Schlüsselpositionen - Karriere im Gesundheitssystem

Frauenanteil in nationalen Parlamenten und im EU-Parlament

Die Benachteiligungen von Frauen bei Berufsausübung und Einkommen sind nach wie vor eine Tatsache. Selbst bei den politischen VertreterInnen sind die Karrierechancen von Männern und Frauen ungleich verteilt: Von den insgesamt 183 Abgeordneten im Österreichischen Nationalrat in der aktuellen XXII. Gesetzgebungsperiode (seit November 2002) sind 62 Frauen, das entspricht einem Prozentanteil von 33,9 Prozent; Österreich liegt damit im europäischen Mittelfeld. Den höchsten Frauenanteil in nationalen Parlamenten in Europa hat Schweden, besonders gering ist der Frauenanteil in den Parlamenten der neuen Europäischen Länder (Malta, Ungarn, Litauen, Zypern, Rumänien, Slowenien). Im Durchschnitt beträgt der Frauenanteil in den nationalen Parlamenten der EU-15-Länder 25 Prozent, in den EU-Beitrittsländern 14,6 Prozent. Der Frauenanteil im Europäischen Parlament liegt insgesamt bei 31 Prozent und in Abhängigkeit von der Fraktion zwischen 5,3 und 43,5 Prozent.

Geschlechtsverteilung in den Gesundheitsberufen

Das Geschlechterverhältnis in den Gesundheitsberufen ist in Österreich sehr ungleich verteilt: Während von den niedergelassenen ÄrztInnen lediglich 29 Prozent Frauen sind, finden sich bei den Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und den Medizinisch-technischen Diensten jeweils 87,7 Prozent Frauen. Im Jahr 1992 gab es in Österreich 28.193 ÄrztInnen, 2002 waren es 36.531, das bedeutet ausgehend vom Wert des Jahres 1992 einen Zuwachs von dreißig Prozent. Der Frauenanteil bei ÄrztInnen in Österreich ist von 31,7 Prozent im Jahr 1992 um 6,6 Prozentpunkte auf 38,3 Prozent im Jahr 2002 gestiegen. Den mit Abstand höchsten Frauenanteil hatte 2002 Wien (44,9 Prozent), den niedrigsten Vorarlberg (28,3 Prozent). Besonders unbalancierte Geschlechterverteilungen zeigen sich innerhalb der einzelnen Fachdisziplinen: Fachdisziplinen mit hohem Prestige und damit verbundenem hohem Gehaltsniveau, wie z.B. die chirurgischen Fächer, weisen einen geringen Frauenanteil auf (z.B. Unfallchirurgie: 6,4 Prozent), während weniger prestigeträchtige Fächer oder solche mit hohem emotionalen und psychosozialen Einsatz hohe Frauenanteile aufweisen (Physikalische Medizin: 55,1 Prozent; Psychiatrie: 50,4 Prozent; Kinder- und Jugendheilkunde: 43,5 Prozent). Die Gynäkologie weist mit einem Frauenanteil von 24,8 Prozent eine unterdurchschnittliche Repräsentanz von Frauen auf.

Unterrepräsentation von Frauen an Universitäten

Entsprechend dem allgemeinen gesellschaftlichen Trend sind auch im Bereich der Forschung Frauen in Führungspositionen unterrepräsentiert. Dies wird besonders deutlich, wenn man den Frauenanteil bei österreichischen UniversitätsprofessorInnen betrachtet, der den geringer werdenden Frauenanteil mit steigender Hierarchiestufe evident werden lässt: Im Jahr 2001 beträgt der Frauenanteil bei UniversitätsprofessorInnen 6,9 Prozent, die Zunahme des Frauenanteils von 1999 auf 2002 beträgt 1,2 Prozent. Mit abnehmender Hierarchiestufe nimmt der Frauenanteil zu, bei UniversitätsassistentInnen beträgt er 34,3 Prozent. Innerhalb des gesamten wissenschaftlichen Personals an österreichischen Universitäten sind 28 Prozent Frauen, bei nichtwissenschaftlichem Personal 63,5 Prozent (BMBWK, 2002).

2. Gesundheitszustand und Gesundheitsdaten aus der Gender-Perspektive

2.1 Gesundheitsrelevante demographische Trends

Im Folgenden wird ein Überblick über ausgewählte demographische Indikatoren gegeben, die für eine geschlechtsspezifische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern bedeutend sind. Es sind dies vor allem die Zunahme des Anteils älterer Personen an der Gesamtbevölkerung, die Veränderungen in der Fertilität, die Veränderungen in den Familienstrukturen und der Einkommenssituation.

Bevölkerungsstruktur, Geschlecht und Alter

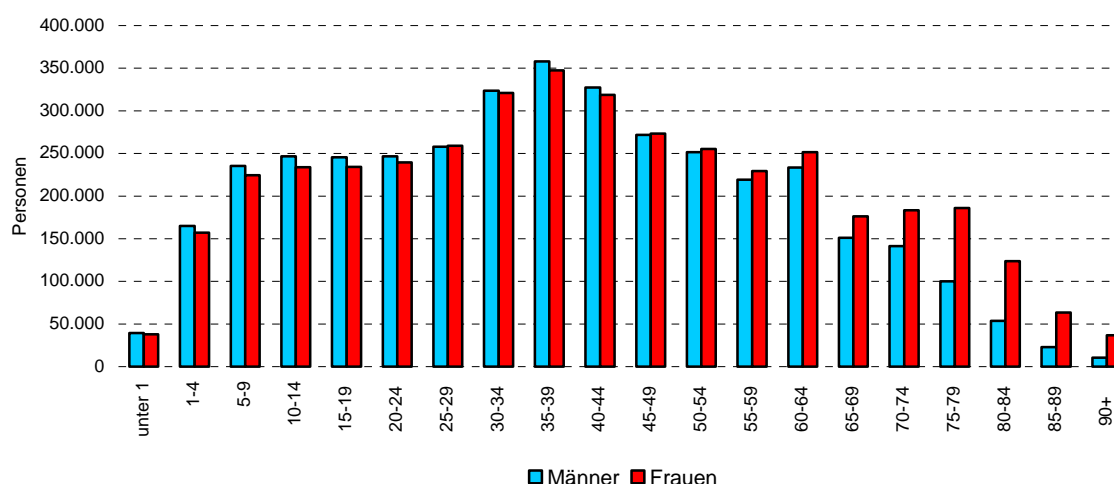
Im Jahr 2002 lebten in Österreich 8,1 Millionen Personen, 4,1 Millionen Frauen (51,6 Prozent) und 3,9 Millionen Männer (48,4 Prozent); also um rund 250.000 mehr Frauen als Männer. Dieser Unterschied ist in Wien mit einem Frauenanteil von 52,7 Prozent am größten und in Vorarlberg am geringsten (50,7 Prozent Frauen).

Der in Europa und den Industrieländern wohl massivste demographische Trend mit den nachhaltigsten Auswirkungen ist die Überalterung der Bevölkerung. Wesentliche Ursachen dafür sind der Rückgang der Fruchtbarkeit unter die Reproduktionsgrenze und der Rückgang der Sterblichkeit. Die Bevölkerung in der EU wird immer älter: Von 1960 bis heute stieg der Anteil der älteren Menschen (65 Jahre und darüber) an der Bevölkerung von elf Prozent auf mehr als 18 Prozent. Die Prognosen gehen davon aus, dass sich dieser Trend noch längerfristig fortsetzen wird. Vor allem der Anteil der *sehr alten* Menschen (über achtzig Jahre) wird in den kommenden 15 Jahren drastisch steigen, und zwar um fast fünfzig Prozent (Eurostat, 2003).

In Österreich beträgt der Anteil der Älteren (ab 65 Jahren) 18,6 Prozent, liegt also unter dem EU-Durchschnitt von 18,8 Prozent. Innerhalb der Bundesländer hat das Burgenland mit 21,6 Prozent den höchsten Anteil an Personen ab 65 Jahren, die Steiermark, Wien, Niederösterreich und Kärnten liegen ebenfalls über dem Österreich-Durchschnitt, Oberösterreich, Salzburg und Tirol liegen unter dem Durchschnitt und Vorarlberg hat mit 14,9 Prozent den geringsten Anteil an Personen ab 65 Jahren.

Die **Feminisierung des Alters** meint das zunehmende starke Überwiegen des Frauenanteils in den älteren und alten Bevölkerungsgruppen. Während bis zum Alter von rund 45 Jahren der Anteil der Männer überwiegt, ist ab 45 Jahren ein Überwiegen der weiblichen Bevölkerung zu erkennen, das mit zunehmendem Alter deutlicher wird.

Abbildung 2-1. Altersgruppen in Fünf-Jahres-Schritten nach Geschlecht (Absolutzahlen, 2002)



Quelle: Statistik Austria, 2004, Tab.1.1.

Geburtenentwicklung: weniger Kinder zu einem späteren biografischen Zeitpunkt

Auf Ebene der EU-Mitgliedsländer hat sich der Rückgang der Geburtenhäufigkeit im Jahr 2000 nicht weiter fortgesetzt, nachdem 1999 mit knapp unter vier Millionen die niedrigste Geburtenzahl seit den 1950er Jahren erzielt worden ist. Im Jahr 2000 wurden in der EU fast 60.000 mehr Babys geboren als 1999, was einen Anstieg in der Gesamtfertilitätsrate von 1,45 Kinder je Frau im Jahr 1999 auf 1,47 im Jahr 2001 bedeutet. Im Vergleich mit einer Rate von 2,59 im Jahr 1960 ist dieser Anstieg immer noch gering. Am deutlichsten war der Rückgang in jenen Ländern, die zu Beginn der 1980er Jahre noch die höchste Fertilität aufgewiesen hatten (Griechenland, Spanien, Irland und Portugal), nämlich 32 bis 46 Prozent. Die niedrigste Gesamtfertilität war im Jahr 2000 in Spanien und Italien festzustellen, die höchste in Irland Ziffer (1,98); in Frankreich stieg die Gesamtfertilität in den letzten beiden Jahren von 1,79 auf 1,90 (Eurostat, 2002).

Auch in Österreich ist es nach dem langjährigen starken Geburtenrückgang zu einer Verlangsamung dieses Trends gekommen. Dabei sind regionale Unterschiede zu erkennen: Wien ist das einzige Bundesland, in dem seit 1995 ein Anstieg der Fertilitätsrate zu verzeichnen war, damit liegt Wien im Jahr 2002 ungefähr auf der Ebene des Österreich-Durchschnitts von 1,40 Kinder pro Frau, nachdem es in den 1970er Jahren deutlich unterdurchschnittliche Gesamtfertilitätsraten aufgewiesen hat. Vorarlberg hat bundesweit nach wie vor die höchste Gesamtfertilitätsrate (1,53), das Bur-

genland, das 1975 noch im damaligen Österreich-Durchschnitt lag, weist die geringste Rate auf (1,21).

Das **Durchschnittsalter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes** ist EU-weit zwischen 1980 und 2000 von 25 Jahren auf 28,3 Jahre gestiegen und ist derzeit in England und Spanien am höchsten (29,1 bzw. 29 Jahren). Österreichische Frauen liegen mit einem Alter von 26,3 Jahren bei der Geburt des ersten Kindes zwei Jahre unter dem EU-Durchschnitt und gemeinsam mit den Portugiesinnen an der unteren Grenze des Alters bei der ersten Geburt.

Langfristige Veränderungen von Partnerschaft, Ehe, Familie

Was die verschiedenen **Familientypen** in Österreich betrifft, ist seit den 1970er Jahren eine kontinuierlicher Rückgang von Ehepaaren mit Kindern, sowie eine Zunahme von Lebensgemeinschaften (mit und ohne Kinder) und von AlleinerzieherInnen zu beobachten. Gab es in Österreich 1971 noch 224.400 AlleinerzieherInnen-Familien (12 Prozent von insgesamt 1,929.900 Familien), waren es im Jahr 2001 bereits 351.900 (16 Prozent von insgesamt 2,206.200 Familien). Dem kontinuierlichen Trend der **Abnahme der Eheschließungen und Zunahme der Ehescheidungen** stand von 2001 auf 2002 mit einer Zunahme im Ausmaß von 2.357 Eheschließungen und einer Abnahme von 985 Scheidungen ein gegenläufiger Trend gegenüber. Im Vergleich zu 1975 wurden im Jahr 2002 um rund 10.000 weniger Ehen geschlossen und um rund 9.000 Ehen mehr geschieden. Österreich liegt hinsichtlich der Anzahl und Entwicklung der Eheschließungen seit 1970 im EU-Vergleich im Mittelfeld. Die Scheidungsraten sind in allen europäischen Ländern seit 1970 kontinuierlich gestiegen.

Geschlechtsunterschiede in Einkommen und Alterspension

Eine Gegenüberstellung der Medianeinkommen von Männern und Frauen in Österreich zeigt, dass Arbeiterinnen im Durchschnitt rund 62 Prozent des Einkommens von Arbeitern erhalten und weibliche Angestellte 60 Prozent des Einkommens von männlichen Angestellten. Beträgt der Prozentsatz des weiblichen Einkommens bei ArbeiterInnen und Angestellten rund zwei Drittel des Einkommens der männlichen Kollegen, so ist der Geschlechtsunterschied in den durchschnittlichen monatlichen Alterspensionen noch größer und zudem abhängig vom Versicherungsträger: BäuerInnen erhalten nur fünfzig Prozent der Pension von Bauern (die nur 844 Euro monatlich beträgt, d.h. Frauen erhalten 421 Euro monatlich), Arbeiterinnen erhalten 54 Prozent der Pension der Pension von Arbeitern. Männliche Angestellte erhalten insgesamt die höchste Pension (mit 1.563 Euro fast doppelt so hoch wie die der Bauern), aber weibliche Angestellte erhalten davon nur 58 Prozent.

2.2 Geschlechtsunterschiede bei Lebenserwartung und Todesursachen

Die mittlere Lebenserwartung ist seit 1900 stetig gestiegen, gleichzeitig ist in den letzten Jahrzehnten eine Verlängerung der Lebenserwartung in den mittleren und höheren Lebensjahren zu verzeichnen. Die Anzahl der Sterbefälle in Österreich hatte im Jahr 2001 ihren historischen Tiefststand (74.767) und ist davor kontinuierlich gesunken. Im Jahr 2002 hatten Männer in Österreich eine durchschnittliche Lebenserwartung von rund 75,8 Jahren, Frauen von 81,7 Jahren, das bedeutet eine Differenz von 5,9 Jahren. Der Vorsprung der weiblichen Lebenserwartung verringerte sich in den beiden letzten Jahrzehnten somit deutlich von 7,0 Jahren im Jahr 1981 auf 5,9 Jahre 2002.

Die Anzahl der Sterbefälle hat sich in Österreich von 1970 bis 2002 von rund 98.800 auf 76.100 verringert, d.h. im Jahr 2002 sind um 22.700 Personen weniger verstorben als im Jahr 1970. Obwohl in absoluten Zahlen pro Jahr mehr Frauen als Männer sterben, ist die Sterblichkeit (altersstandardisierte Raten) der Frauen im Vergleich zu jener der Männer deutlich geringer. Die geschlechtsspezifische Betrachtung der altersstandardisierten Häufigkeit an Sterbefällen weist auf eine nahezu gleich bleibende Relation zwischen Männern und Frauen zwischen 1992 und 2002 hin.

		1992	2002	Tendenz (absolute Veränderung)	1992 =100%
Lebenserwartung	Männer	72,3	75,8	↑ +3,5	105
	Frauen	78,8	81,7	↑ +2,9	104
	Differenz F-M	6,5	5,9	-0,6 ↓	91
Sterblichkeit absolut	Gesamt	83.162	76.131	-7.031 ↓	92
	Männer	38.508	35.166	-3.342 ↓	91
	Frauen	44.654	40.965	-3.689 ↓	92
Sterblichkeit altersstandardisierte Raten					
Alle Diagnosen	Gesamt	611,8	480,6	-131,2 ↓	79
	Männer	815,2	630,7	-184,5 ↓	77
	Frauen	472,8	371,0	-101,8 ↓	78
KH des Herz-Kreislauf-Systems	Gesamt	286,7	201,3	-85,4 ↓	70
	Männer	369,9	252,9	-117,0 ↓	68
	Frauen	122,8	102,2	-20,6 ↓	83
Bösartige Neubildungen	Gesamt	152,5	129,5	-23,0 ↓	85
	Männer	202,4	171,0	-31,4 ↓	84
	Frauen	122,8	102,2	-20,6 ↓	83
KH der Atmungsorgane	Gesamt	26,1	23,1	-3,0 ↓	89
	Männer	42,8	35,2	-7,6 ↓	82
	Frauen	17,2	16,1	-1,1 ↓	94
KH der Verdauungsorgane	Gesamt	35,5	25,8	-9,7 ↓	73
	Männer	51,3	35,2	-16,1 ↓	69
	Frauen	17,2	16,1	-1,1 ↓	94
Verletzungen, Vergiftungen	Gesamt	51,6	40,8	-10,8 ↓	79
	Männer	78,0	63,3	-14,7 ↓	81
	Frauen	28,0	20,5	-7,5 ↓	73

KH = Krankheiten; Quelle: Statistik Austria, eigene Berechnungen

2.3 Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die epidemiologische Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegt darin, dass der Herz-Kreislauf-Tod die erste Stelle in den Mortalitätsstatistiken der meisten Länder weltweit einnimmt und damit die führende Todesursachengruppe für Frauen und Männer ist (WHO, 2004a). Die Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist folglich sowohl für die Frauengesundheit, Gesundheitspolitik, Gesundheitsplanung als auch für die zuletzt immer häufiger geführte Kostendiskussion evident. Die meisten Präventionsaktionen und derzeit ausführlichen Diskussionen zu Lifestyle-Changes (gesundes Leben, gesunde Ernährung) sind weitgehend auf die Reduktion von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren fokussiert (WHO, 2004b). Zahlreiche Risikoevaluierungen, Guidelines zur Risikovermeidung sowie nationale und internationale Daten zum Thema Herz-Kreislauf-Risiko der letzten Jahre unterstreichen die Relevanz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen für Frauen und Männer. Österreich liegt im internationalen Vergleich der Industrieländer etwa gleichauf mit den mitteleuropäischen Staaten, und zwar liegt Österreich in der Herz-Kreislauf-Mortalität im Mittelfeld hinter Deutschland, Schweden, Norwegen und Dänemark, aber vor den Mittelmeerländern. Die europäischen Länder mit der höchsten Sterberate an koronarer Herzkrankheit sind ehemalige Ostblockländer wie Ungarn, Rumänien und Bulgarien, aber auch Schottland und Irland.

Die kardiologische Forschung war jahrzehntelang fast ausschließlich auf Männer fokussiert, insbesondere bei Medikamentenstudien. Die übliche Erklärung dafür lautet: Frauen im reproduktionsfähigen Alter müssen vor den Risiken von Medikamentenstudien geschützt werden. Dies klingt primär überzeugend, beinhaltet aber auch, dass Frauen nicht vor dem Risiko geschützt werden, nicht an Frauen getestete Medikamente einzunehmen.

Erst in den 1990er Jahren wurden Frauen in kardiologische Studien miteinbezogen bzw. Frauendaten gesondert ausgewertet. In der Folge wurden tausende Artikel zu Sex und Gender Differences in der Kardiologie publiziert. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern, die in diesen Studien gezeigt werden, gehen fast ausnahmslos zu Ungunsten der Frauen:

- Zugangsprobleme zur klinischen Kardiologie, geringere Chancen auf Spitzenmedizin;
- längere Wege innerhalb der Kardiologie;
- höhere Mortalität bei Herzinfarkten und Herzoperationen;
- weniger aussagekräftige Herzdiagnostik;
- Unterschiede in der Symptompräsentation.

Als mögliche Ursache für Benachteiligungen von Frauen im Zugang zur kardiologischen Diagnostik und Therapie wurde von Bernadine Healy im New England Journal of Medicine das sogenannte *Yentl Syndrome* beschrieben: Analog zur Novelle von Isaac Singer, in der die Frau, Yentl, sich als

Mann verkleiden musste, um Talmud studieren zu können, muss jede Frau erst bewiesen haben so herzkrank zu sein wie ein Mann, um dieselbe Herzbehandlung zu erhalten (Healy, 1991).

Zusammenfassend muss gesagt werden, dass die Herzdiagnostik und –therapie bis vor kurzem von Männern für Männer entwickelt wurde und Frauen als bloße Variante betrachtet wurden. Dies war nicht nur im Zusammenhang mit den nicht für Frauen ausgetesteten Medikamenten gefährlich. Zwischenzeitlich hat sich hoffentlich das Wissen darüber, dass Frauen und Männer verschieden sind, verbreitet. Forschungsschwerpunkte und die daraus resultierenden Diskussionen zu Women's Health und genderspezifischer Medizin haben sich immer mehr in Richtung Grundlagenforschung verschoben. Dieser Trend wird auch in Zukunft anhalten. Eine auf diesen Forschungsergebnissen beruhende genderspezifische Betrachtungsweise aller medizinischen Aspekte erhöht die Chancen auf eine optimale Diagnostik und Therapie, nicht nur für Frauen, sondern auch für Männer.

2.4 Frauen und Krebs

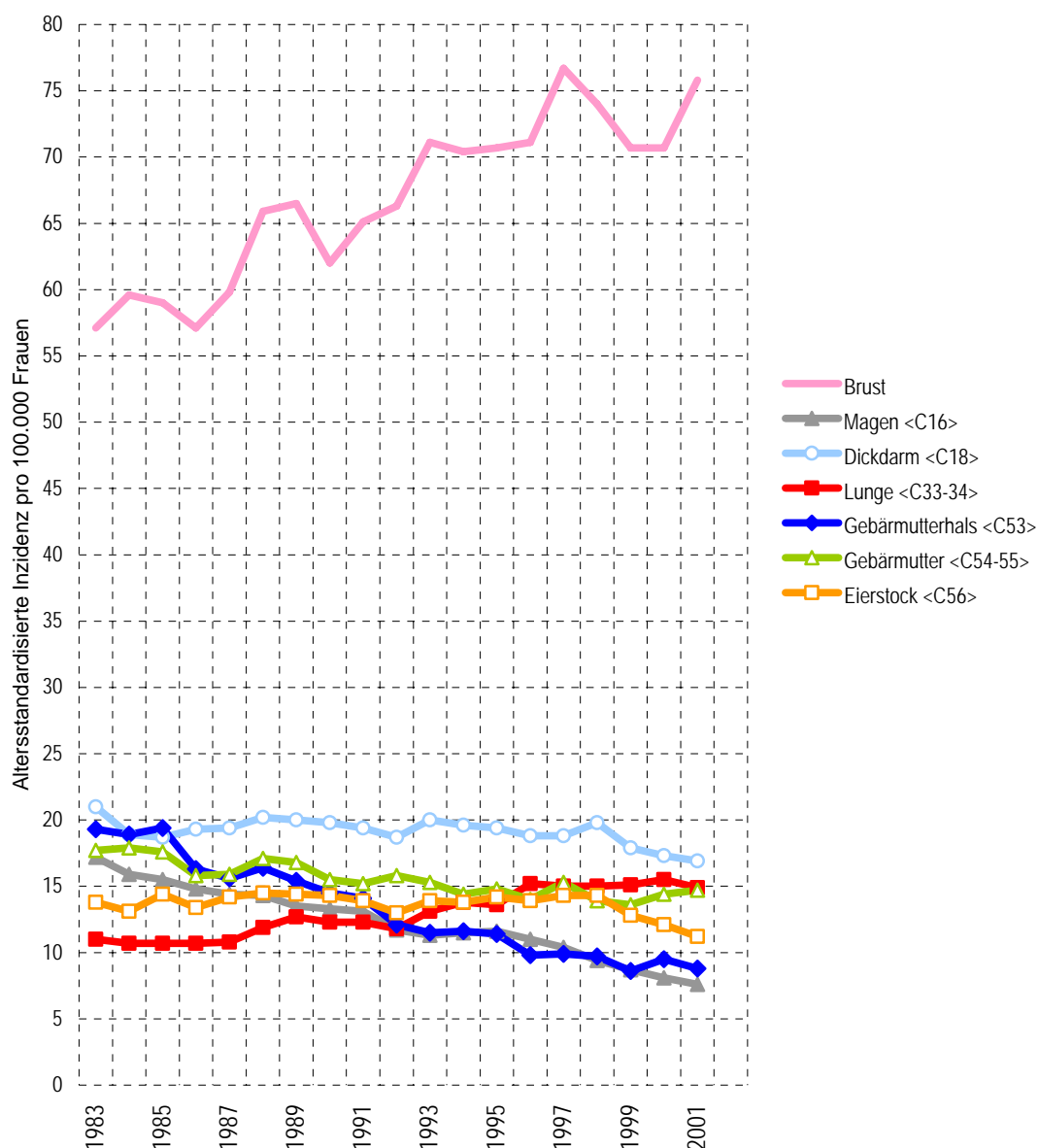
Im Jahr 2001 sind in Österreich 16.968 Frauen und 18.471 Männer neu an Krebs erkrankt; das sind alterstandardisiert 240,0 Frauen und 340,7 Männer pro 100.000 EinwohnerInnen. Das Risiko neu an Krebs zu erkranken ist ebenso wie das Risiko an Krebs zu sterben bei Frauen geringer als bei den Männern. 8.878 Frauen und 9.745 Männer sind im Jahr 2002 an Krebs verstorben. Dies entspricht alterstandardisierten Sterbeziffern von 102,1 pro 100.000 EinwohnerInnen bei den Frauen und 171,0 bei den Männern. Krebserkrankungen verursachten im Jahr 2001 rund 130.000 stationäre Aufenthalte von Frauen und 125.000 von Männern. Rund 48 Prozent aller Krebsneuerkrankungen und 51 Prozent aller stationären Aufenthalte aufgrund bösartiger Neubildungen im Jahr 2001 sowie 49 Prozent der Sterbefälle an Krebs im Jahr 2002 betrafen Frauen.

- *Häufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen* ist der *Brustkrebs*: 29 Prozent aller im Jahr 2001 neu an Krebs erkrankten Frauen hatten die Diagnose Brustkrebs. Brustkrebs war im Jahr 2002 für 18 Prozent aller Krebs-Sterbefälle von Frauen verantwortlich und damit dritthäufigste Ursache der weiblichen Krebsmortalität.
- *Häufigste Krebsneuerkrankung bei den Männern* ist der *Krebs der männlichen Genitalorgane*, im Vordergrund dabei steht der *Prostatakrebs*. 28 Prozent aller 2001 neu an Krebs erkrankten Männer hatten Prostatakrebs. Prostatakrebs war zudem für 12 Prozent aller Krebssterbefälle von Männern verantwortlich, d.h. dritthäufigste krebsbezogene Todesursache bei den Männern.
- *An zweiter Stelle* in der Häufigkeit der Neuerkrankungen steht bei Frauen und Männern der *Krebs der Verdauungsorgane* (26 bzw. 27 Prozent aller Krebsneuerkrankungen): er war im Jahr 2002 sowohl für Frauen als auch für Männer die Krebsart mit der höchsten Mortalität (30 Prozent aller Sterbefälle von Frauen aufgrund von Krebs und 33 Prozent jener von Männern). Am häufigsten unter dieser Krankheitsgruppe ist der Darmkrebs.
- *Krebs der weiblichen Genitalorgane* stand im Jahr 2001 bei Frauen *an dritter Stelle* der Krebsneuerkrankungen (15 Prozent) und ebenso an dritter Stelle der Krebs-Sterblichkeit im Jahr 2002 (12 Prozent). Häufigste Krebsneuerkrankung in dieser Gruppe ist der Gebärmutterkrebs.
- *Krebs der Atmungsorgane* lag sowohl hinsichtlich der Häufigkeit der Neuerkrankungen 2001 als auch jener der Todesfälle 2002 nach Brustkrebs, Krebs der Verdauungsorgane und der Genitalorgane bei den Frauen *an vierter Stelle*: sieben Prozent der Krebsneuerkrankungen bei Frauen im Jahr 2001 und zwölf Prozent der Sterbefälle aufgrund von Krebs bei Frauen im Jahr 2002 waren auf Krebserkrankungen der Atmungsorgane zurück zu führen. Bei Männern ist er die dritthäufigste Krebsinzidenz (15 Prozent aller Neuerkrankungen), steht aber hinsichtlich der Mortalität an zweiter Stelle (26 Prozent aller männlichen Krebstoten im Jahr 2002). Gerade bei den Neuerkrankungen an Lungenkrebs zeigt sich bei Frauen eine steigende Tendenz, was sich auf vermehrten Nikotinkonsum von Frauen zurückzuführen läßt.
- Weitere Krebsarten, die hinsichtlich der Häufigkeit an Neuerkrankungen und Sterbefällen ins Gewicht fallen, sind bei Frauen Krebs des lymphatischen Gewebes, bei Männern Krebs der Harnblase und des Lippen- und Mundraums.

Entwicklung der Krebsneuerkrankungen

Brustkrebs ist in Österreich nicht nur die häufigste Krebsneuerkrankung von Frauen, sondern hat in den beiden letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. Die altersstandardisierte Rate ist von 65,1 pro 100.000 Einwohner/innen im Jahr 1991 auf 75,8 im Jahr 2001 gestiegen, was auf die Zunahme der durchgeführten Mammographien zurückzuführen ist. Gestiegen ist bei Frauen – nicht zuletzt infolge vermehrten Rauchens – auch die altersstandardisierte Rate der Neuerkrankungen an Lungenkrebs und zwar seit 1991 um rund ein Viertel (von 12,3 auf 14,9), während sie bei Männern in diesem Zeitraum deutlich gesunken ist (von 56,7 auf 45,2). Dagegen ist für viele andere Krebslokalisationen bei Frauen (Dickdarm, Gebärmutter, Gebärmutterhals, Eierstock, Magen) ein tendenzieller Rückgang zu verzeichnen.

Abbildung 2-2. Entwicklung der Krebsneuerkrankungen bei Frauen (1983-2001)



Quelle: Statistik Austria, 2005; Tab. 3.2.3.; (siehe auch Statistik Austria, 2004⁸)

⁸ Statistik Austria (2004) Krebsinzidenz und Krebsmortalität 2004. www.statistik.at

Brustkrebs: Qualität von Screening-Programmen und Brustzentren

Brustkrebs ist international das häufigste onkologische Problem der frauenspezifischen Gesundheitsversorgung. Die Häufigkeit der Erkrankung und die Sterblichkeit an Brustkrebs sind sehr hoch: Brustkrebs ist die häufigste Todesursache bei Frauen im Alter zwischen 35 und 55 Jahren. Es besteht daher Handlungsbedarf seitens der Medizin, der politischen Entscheidungsträger und der Kostenträger.

Diskussion über Nutzen und Grenzen des Mammographie-Screenings

Mammographie-Screening-Programme wurden in den 1970er Jahren in Europa erstmals durchgeführt. Methodisch handelt es sich um eine Röntgenreihenuntersuchung mit dem Ziel, Karzinome möglichst früh zu entdecken und somit die Lebenszeit der Frau zu verlängern. Insbesondere Patientinnen mit Tumoren mit einem Durchmesser unter einem Zentimeter haben hohe Heilungschancen.

In Österreich werden jährlich rund 600.000 Mammographien durchgeführt, wie viele davon als opportunistisches Screening oder als diagnostische Maßnahme zu werten sind, lässt sich nicht abschätzen. Österreich ist das einzige EU-Land ohne qualitätsgesichertes Brustkrebs-Screening-Programm nach den EU-Leitlinien. Pilotprojekte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen stehen unmittelbar vor der Durchführung.

Es wurde bislang davon ausgegangen, dass Mammographie-Screeningprogramme die Sterblichkeit an Brustkrebs in der Altersgruppe zwischen 50 und 69 Jahren um zwanzig bis dreißig Prozent reduzieren (Nyström, 2000). Metaanalysen bisher publizierter prospektiver randomisierter Studien stellen den Nutzen des Mammographie-Screenings für eine Reduktion der Sterblichkeit in Frage (Gotzsche und Olsen, 2000; Gotzsche 2001). Kritisiert wurden methodische Aspekte des Studiendesigns, die Ungleichheit der technischen Ausrüstungen und die Ungenauigkeit der Brustkrebs-Sterblichkeit als Maß für den Erfolg des Screenings. Die Mammografie stelle den Anfangspunkt einer langen Versorgungskette mit zahlreichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen dar, wobei jede davon Einfluss auf die Sterblichkeit haben könne.

Leitlinien zur Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings

Die Europäische Union betont trotz der Infragestellung des Nutzens der Mammographie, dass das Mammographie-Screening, sofern es im Einklang mit den geltenden Qualitätsstandards durchgeführt wird, nachgewiesenermaßen zu einer Reduzierung der Brustkrebs-Mortalität bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren um bis zu 33 Prozent beiträgt. Die Empfehlungen der Europäischen Union sehen Screening-Programme für symptomlose Frauen ab fünfzig Jahren mit einer Untersuchung alle zwei Jahre vor (European Guidelines for Quality Assurance in Cancer Screening; EU/EUREF, 2001).

Box 2-1. Europäische Leitlinien zum qualitätsgesicherten Mammographie-Screening

- **Europäische Leitlinien zum Mammographie-Screening**
- Das Mammographie-Screening muss in eigenen Zentren stattfinden
- Einladung von symptomlosen Frauen der Altersgruppe 50 bis 69 Jahre
- Einhaltung zweijähriger Untersuchungsintervalle
- Angestrebte Teilnehmerinnenrate von 70 bis 75 Prozent
- Einsatz neuer Mammographiegeräte und kontinuierliche technische Qualitätssicherung
- Erstellung der Mammographie unter standardisierten, möglichst identen Bedingungen
- Doppelbefundung durch zwei geschulte RadiologInnen
- Spezielle Aus- und Fortbildung von RadiologInnen und RöntgenassistentInnen in europäischen Referenzzentren
- Begutachtung von mindestens 5.000 Aufnahmen pro Jahr
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Sicherstellung der Qualität in Folgediagnostik, Therapie und Nachsorge (RadiologIn, RöntgenassistentIn, PathologIn, GynäkologIn, psycho-onkologische/r KrankenpflegerIn, MedizinphysikerIn)
- Ergebnisdokumentation und Qualitätsmonitoring
- Aufbau eines flächendeckenden Brustkrebsregisters
- Vernetzung mit EUREF (European Reference Organization for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services) und dem EBCN (European Breast Cancer Network)

Quelle: ÖBIG, 2004; S.14

Umsetzung der EU-Leitlinien in Österreich

Da das von europäischen Expert/innen entwickelte Mammographie-Screening-Programm nicht unmittelbar auf das österreichische Gesundheitssystem übertragbar ist, bedarf es gewisser Anpassungen. Erste Modellprojekte (Bludenz, Ried im Innkreis) dienen der Erprobung und Umsetzung neuer Formen der interdisziplinären und institutionellen Zusammenarbeit bei der Brustkrebsfrüherkennung. Auftretende Qualitätsprobleme innerhalb der Screeningkette können somit frühzeitig erkannt und entsprechend modifiziert werden. Über weitere Modellregionen soll ein populationsbezogenes, flächendeckendes Mammographie-Screening schrittweise in Österreich implementiert werden. Bei der Durchführung der regionalen Aktivitäten ist die enge Zusammenarbeit zwischen den Projektverantwortlichen (Projektleitung, Kostenträger, u.a.) sowie dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) als potenzielle bundesweite Koordinationsstelle eine wesentliche Voraussetzung. Nach Analysen der regionalen Rahmenbedingungen gilt es, gemeinsam mit den regionalen Projektverantwortlichen die in den EU-Leitlinien beschriebenen Qualitätsstandards zu schaffen.

Qualitätssicherung in der Versorgung von Frauen mit Brustkrebs

Die Einführung von Mammographie-Screening-Programmen hat EU-weit auch die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Betreuung von Frauen mit Brustkrebs verdeutlicht.

Nur rund vierzig Prozent der Frauen, die an Brustkrebs erkranken, werden geheilt (Brucker et al., 2003). Dies ist einer der schwerwiegendsten Gründe, warum sich in der Versorgung von Frauen mit Brustkrebs seit einigen Jahren ein Paradigmenwechsel vollzieht. Zugleich mit der Hinterfragung der Qualität der Früherkennungsprogramme wird derzeit die Qualitätskontrolle der gesamten Behandlungskette thematisiert und die Einführung von Disease-Management-Programmen und zentralisierten und spezialisierten Brustzentren diskutiert und realisiert (EUSOMA, 1999).

Prioritäten der EU im Bereich Brustkrebs

Die Europäische Gemeinschaft hat seit 1987 drei Aktionsprogramme „Europa gegen Krebs“ initiiert (Europe Against Cancer, 1987-89, 1990-94, 1996-2000). Es wird festgestellt, dass bei einer optimalen Versorgungskette bei Brustkrebs auch schon heute fünfzig Prozent der Todesfälle vermieden werden könnten. Folgendes sei dazu dringend erforderlich (EU, 2003; S.15):

- Koordinierung der nationalen Politiken und Erfahrungsaustausch über erfolgreiche Strategien der Krebsbekämpfung
- Weiterentwicklung der EU-Leitlinien zum Mammographie-Screening
- Erarbeitung von Leitlinien für interdisziplinäre Brustzentren durch das EBCN (European Breast Cancer Network)
- Intensivierung von Forschung und Prävention von Brustkrebs
- Aufbau weiterer nationaler Krebsregister nach einheitlichen Kriterien des ENCR (European Network for Cancer Registries)

2.5 Weitere für Frauen relevante Gesundheitsindikatoren

- Psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems (Spitalsentlassungsstatistik)

Zur Inzidenz und Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen liegen ebenso wie zu den Krankheiten des Nervensystems für Österreich keine Angaben vor. Aus der amtlichen Statistik stehen Daten zur Krankenhausmorbidity (Anzahl der stationären Aufenthalte) sowie zur Mortalität aufgrund dieser Erkrankungen zur Verfügung. Laut Spitalsentlassungsstatistik sind Frauen seltener als Männer von in Zusammenhang mit Alkohol und Drogen stehenden Problemen betroffen, dafür aber häufiger von affektiven Störungen. Im Jahr entfielen auf Frauen lediglich 25 Prozent der insgesamt 22.842 Aufenthalte aufgrund von psychischen Störungen durch Alkohol und 27 Prozent der 4.874 Aufenthalte im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit. Hingegen wurden mehr als zwei Drittel der aufgrund affektiver Störungen (Depression) erforderlichen stationären Spitalsaufenthalte von Frauen in Anspruch genommen (69 Prozent der 31.301 Aufenthalte). Frauen weisen auch häufigere stationäre Aufenthalte in Zusammenhang mit den Demenzerkrankungen (70 Prozent der insgesamt 13.107 Aufenthalte) und der Alzheimer-Erkrankung (70 Prozent der insgesamt 2.712 Aufenthalte) als Männer auf.

- HIV/AIDS und sexuell übertragbare Infektionen (STIs)

In Österreich leben derzeit rund 1.000 Menschen, die als and AIDS erkrankt offiziell gemeldet sind, etwa zwanzig Prozent davon sind Frauen. Seit Beginn der AIDS-Meldung im Jahr 1983 wurden rund 2.400 Fälle registriert. Jährlich infizieren sich in Österreich rund 400 Menschen mit dem HI-Virus. Seit Mitte der 1990er Jahre ist aufgrund der antiretroviralen Therapien ein extremer Rückgang der Erkrankungen und Sterbefälle zu verzeichnen, die Neuinfektionsrate stagniert jedoch. Die Anzahl

an Neuinfektionen liegt in Osteuropa um ein Vielfaches über jener in West- und Zentraleuropa (West: 65,4; Zentral: 7,7; Ost: 222,1 pro 1 Mio EinwohnerInnen).

Bei den sexuell übertragbaren Erkrankungen beträgt der Frauenanteil im Fall von Syphilis im Jahr 2001 44 Prozent, bei Gonorrhoe 30 Prozent. Seit Ende der 1990er Jahre ist eine Zunahme beider Erkrankungen zu beobachten: die gemeldeten Fälle von Syphilis sind von 1998 bis 2003 von 379 auf 896 gestiegen; im Jahr 1999 wurden 184 Fälle von Gonorrhoe gemeldet, 2003 waren es 348.

- Muskel-Skelett-Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, Diabetes mellitus (Spitalsentlassungsstatistik)

Zu **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** (Arthrosen, Rückenschmerzen, Deformitäten der Wirbelsäule, des Rückens) liegen in Österreich keine epidemiologischen Studien vor; entsprechend der Spitalsentlassungsstatistik betreffen diese jedoch in stärkerem Ausmaß Frauen als Männer: 71 Prozent der 244.751 im Jahr aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems erforderlichen Spitalsaufenthalte entfallen auf Frauen.

Hinsichtlich der **Krankheiten der Atmungsorgane** (Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Pneumonie, Grippe, Asthma) mussten sich im Jahr 2001 mehr Männer als Frauen einer stationären Behandlung unterziehen (86.645 Männer, 69.427 Frauen).

Was den **Diabetes mellitus** betrifft, nahmen mehr Frauen als Männer im Jahr 2001 aufgrund dieser Erkrankung stationäre Aufenthalte in Anspruch (52 Prozent der insgesamt 44.200 Spitalsaufenthalte). Im Jahr 2002 sind mehr Frauen als Männer an Diabetes mellitus verstorben (1.154 vs. 874 Todesfälle im Jahr 2002), nach Alterskorrektur beträgt die Sterberate jedoch bei Männer 15,1 und bei Frauen 10,2 je 100.000 EinwohnerInnen.

- Selbstmorde und Selbstmordversuche

Seit den 1980er Jahren ist in Österreich eine kontinuierliche Abnahme der Zahl der Selbstmorden zu verzeichnen und zwar bei Männern stärker als bei Frauen: betrug der Frauenanteil an allen Selbstmorden 1990 noch dreißig Prozent (1.313 Männer und 585 Frauen haben 1990 Selbstmord begangen), lag der Frauenanteil im Jahr 2001 bei 37 Prozent (1.081 Männer und 408 Frauen). Im internationalen Vergleich liegt Österreich hinsichtlich der Selbstmordrate von Frauen am siebenten Rangplatz (hinter Japan, Ungarn, Russland, Finnland, Belgien, Schweiz), bei Männern am sechsten.

Es wird geschätzt, dass das Verhältnis von Suiziden zu **Suizidversuchen** 1 zur 10 ist: das heißt, dass es in Österreich – entsprechend den 1.551 Selbstmorden im Jahr 2002 - jährlich zu rund 15.000 Selbstmordversuche kommt. Das Geschlechtsverhältnis ist bei Selbstmordversuchen konträr zu dem bei Selbstmorden. Schätzungen zufolge entfallen auf einen Selbstmord bei Männern 5,5, bei Frauen jedoch 18 Selbstmordversuche.

- Verletzungen und Unfälle

Im Jahr 2002 sind in Österreich 816.700 Unfälle passiert, 469.600 (57 Prozent) betrafen Männer, 347.100 (43 Prozent) Frauen. Drei Viertel aller Unfälle sind Heim-, Freizeit- und Sportunfälle. Frauen sind stärker von Heim- und Freizeitunfällen betroffen als Männer (217.000 vs. 191.000 Unfälle im Jahr 2002), wobei sich insbesondere bei über sechzigjährigen Frauen die Unfälle häufen (93.7000 Unfälle im Jahr 2002). Diese Häufung ist im Zusammenhang mit dem demografischen Überhang an Frauen in dieser Altersgruppe zu sehen (Institut Sicher Leben, 2002).

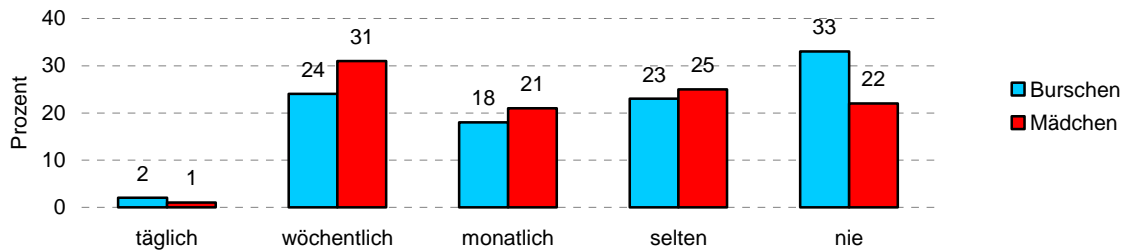
3. Gesundheit von Frauen und Mädchen in unterschiedlichen Lebensphasen

3.1 Mädchen und junge Frauen: Lebensstile und Körperbewusstsein

Alkoholkonsum bei Mädchen

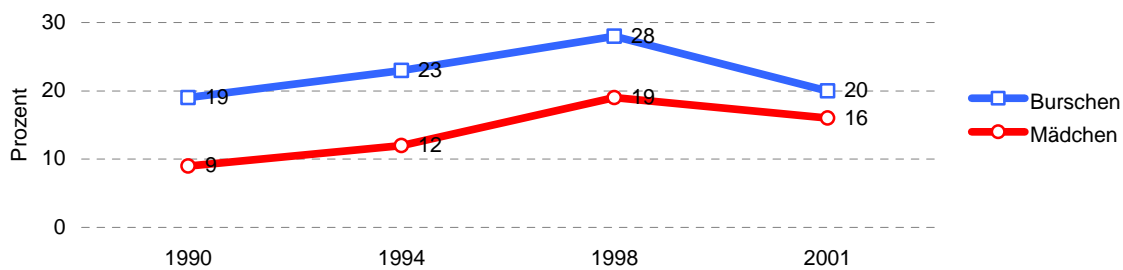
In den 1990er Jahren ist es in Österreich zu einem Anstieg des Alkoholkonsums bei 15-Jährigen gekommen, der seit 2001 jedoch rückläufig ist. Im Jahr 2001 berichten 16 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Burschen, schon vier Mal oder öfters so viel Alkohol getrunken zu haben, dass sie *richtig betrunken* gewesen sind (Abbildung 3-2). 15-Jährige Mädchen konsumieren Alkohol beinahe gleich häufig wie gleichaltrige Burschen. Häufigste Form des Alkoholkonsums ist bei 15-jährigen Jugendlichen der Konsum von alkoholhaltigen Mischgetränken: hier liegt der wöchentliche Konsum bei Mädchen (31 Prozent) über jenem der Burschen (24 Prozent; siehe Abbildung 3-1) (Dür und Mravlag, 2002; Ergebnisse der europäischen WHO-Studie *Health Behaviour in School-aged children (HBSC)*, die seit 1986 alle vier Jahre wiederholt wird).

Abbildung 3-1. Konsum alkoholischer Mischgetränke von 15-Jährigen (Geschlecht; 2002)



Quelle: Dür und Mravlag, 2002 (HBSC /17); S.11 des Anhangs (Frage 23d; gerundet)

Abbildung 3-2. 15-Jährige, die vier Mal oder öfter so viel Alkohol getrunken haben, dass sie richtig betrunken waren (Geschlecht; 2002)



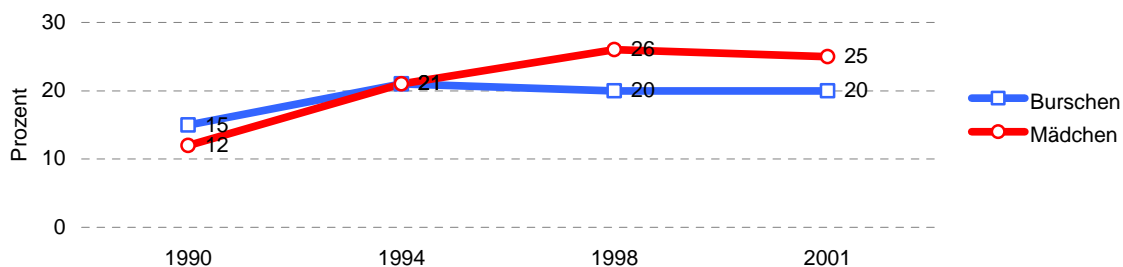
Quelle: Dür und Mravlag, 2002 (HBSC /17); S.21 ff.

Im europäischen Vergleich (EU-15-Länder) ist in Österreich der Anteil an Jugendlichen, die nach eigenen Angaben schon zwei Mal oder öfter betrunken gewesen sind, überdurchschnittlich hoch: bei Mädchen nimmt Österreich hinter Dänemark, Großbritannien und Schweden den vierten Rangplatz ein, bei Burschen liegt Österreich hinter Dänemark und Großbritannien am dritten Rangplatz (Curie et al., 2000).

Rauchen bei Mädchen

Während im europäischen Raum eher ein Trend des Rückgangs der RaucherInnen bei den Erwachsenen zu beobachten war, hat der Anteil der jugendlichen RaucherInnen zugenommen: In Österreich hat sich seit Mitte der 1980er Jahre der Anteil täglich rauchender 15-Jähriger bei den Mädchen verdreifacht, bei den Burschen verdoppelt. Im Jahr 2001 haben 25 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Burschen angegeben, täglich zu rauchen. Das Einstiegsalter liegt seit Ende der 1990er Jahren bei rund 14 Jahren (Dür und Mravlag, 2002; HBSC-SchülerInnenbefragung der WHO).

Abbildung 3-3. Anteil täglich rauchender 15-jähriger SchülerInnen (Geschlecht; 1990-2001)



Quelle: Dür und Mravlag, 2002 (HBSC /17); S.21 ff.

Ernährungsverhalten, Körperbewusstsein und Adipositas

In den vergangenen Jahrzehnten wurde über einen ständigen Anstieg der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern berichtet: zwischen zehn und dreißig Prozent der Kinder in den europäischen Ländern sind demnach übergewichtig, zwischen fünf und acht Prozent adipös (International Obesity TaskForce (IOTF), 2002, S.15). In Österreich gibt es keine umfassenden repräsentativen Daten zum Übergewicht bei Kindern. Eine vermehrte Beachtung der primären und sekundären Prävention bei übergewichtigen Mädchen und Burschen ist wichtig, da der Grundtenor aller

Empfehlung zur Prävention und Gesundheitsförderung ein möglichst frühes Ansetzen von Maßnahmen ist.

Entstehung und Entwicklung der Adipositas sind multifaktorielle Prozesse: Risikofaktoren für die Entwicklung einer Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind familiäre Belastungen (adipöse und übergewichtige Eltern), Migrationshintergrund und niedriger sozioökonomischer Status. Auch Bewegungsmangel, Ernährungsfehler und psychosoziale Belastungen spielen eine Rolle, zum Beispiel veränderte Familienverhältnisse. Die möglichst frühzeitigen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen sollten daher unter Einbindung ihrer Familien erfolgen (Wabitsch 2004).

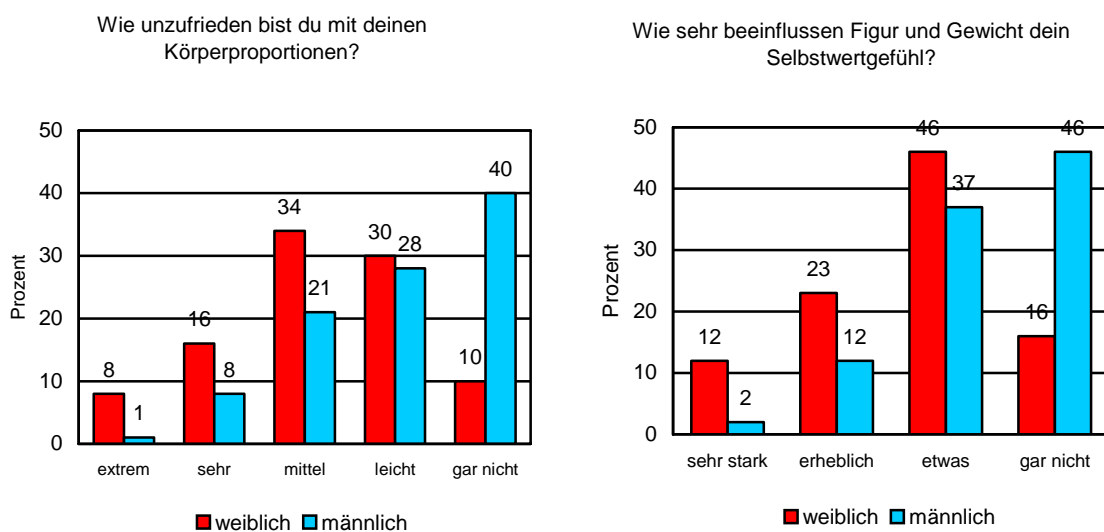
Essstörungen

Die unter dem Begriff *Essstörungen* zusammengefassten Erkrankungen Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) betreffen zum überwiegenden Teil Frauen, Adipositas (Esssucht) tritt jedoch auch bei Männern häufig auf. Es entsteht der Eindruck, dass Essstörungen in den letzten vier bis fünf Jahrzehnten häufiger geworden sind, wohl nicht zuletzt deswegen, weil vor allem das der *Magersucht* (Anorexia nervosa) zugrunde liegende anorektische Körperbild von der Modebranche zum Schönheitsideal stilisiert worden ist und massiv in das Selbstbild vieler Mädchen und Frauen eingreift. Als die Krankheit, unter der eine große Anzahl von Fotomodellen, Balletteusen und SpitzensportlerInnen leiden, hat die Magersucht eine gewisse Symbolkraft erlangt und wird – zwar mit ambivalenten Gefühlen und heftig kritisiert – nicht nur mit Schönheit, sondern auch mit Selbstdisziplin und Erfolg assoziiert. Noch Mitte der 1980er Jahre war das Versorgungsangebot für essgestörte Mädchen und Frauen unangemessen: viele an Anorexie erkrankte Mädchen wurden aus Mangel an spezifischen Betreuungsangeboten stationär in die Psychiatrie eingewiesen, bulimische Frauen hatten gar keine Anlaufstelle (Franke, 2001; S.356). Das hat sich im vergangenen Jahrzehnt verändert: zahlreiche Beratungs- und Informationsstellen, präventive und therapeutische Angebote sind entstanden.

Extremes Essverhalten als Vorstufe von Essstörungen

Die Idealisierung anorektischer Körperformen in den Medien hat bei vielen jungen Mädchen Vorbildwirkung und führt zu starkem Schlankeitsstreben und extremem Essverhalten: beinahe jedes zweite Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren hat schon einmal eine Diät gemacht. Dies war eines der Ergebnisse einer Studie in Wien, die das Ausmaß von Störungen im Essverhalten im Vorfeld von Essstörungen bei 1.609 SchülerInnen (1.024 Mädchen, 585 Burschen) im Alter von 14 bis 17 Jahren erfasst hat. Es zeigte sich, dass Mädchen ein Essverhalten aufwiesen, das mit einem höheren Risiko an einer Essstörung zu erkranken assoziiert ist als das von Burschen. 44 Prozent der 14- bis 17-jährigen Mädchen und zwanzig Prozent der Burschen empfinden sich als übergewichtig, 24 Prozent der Mädchen und neun Prozent der Burschen sind mit ihren Körperproportionen extrem oder sehr unzufrieden. Gewicht und Figur beeinflussen das Selbstwertgefühl erheblich (Wimmer-Puchinger, 2003).

Abbildung 3-4. Körperbewusstsein und Selbstwertgefühl bei Wiener SchülerInnen (2002)



Quelle: de Zwaan, Baldaszi und Wimmer-Puchinger, 2001; N=1.609 (1.024 Mädchen, 585 Burschen); Alter 14 bis Jahre

Nur rund 15 Prozent der Burschen, aber 52 Prozent der Mädchen haben bereits eine Diät gemacht, obwohl zum Zeitpunkt der Untersuchung bei nur sechs Prozent der Mädchen und acht Prozent der Burschen Übergewicht vorlag. Extremes Essverhalten wie Essanfälle oder die Verwendung von Ent-

wässerungs- 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 EDI (Eating Disorder Inventory). Die Ergebnisse dieses psychodiagnostischen Messinventars erlauben zwar keine genauen Angaben zur Häufigkeit von Essstörungen, vorsichtigen Schätzungen zufolge erfüllen jedoch etwa 71 Mädchen (6,9 Prozent) und 2 Burschen (0,3 Prozent) 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 und Schüler in Wien im Alter von 14 bis 17 Jahren, würde diese Schätzung einer Gesamtzahl von 2.078 Mädchen und 92 Burschen entsprechen (de Zwaan et al., 2001).

In Österreich gibt es keine epidemiologischen Studien zur Häufigkeit von Essstörungen, man kann daher nur auf Ergebnisse ausländischer Studien zurückgreifen. Sowohl die Anorexia nervosa als auch die Bulimia nervosa betreffen in einem Ausmaß von neunzig bis 95 Prozent Frauen. Beide Erkrankungen beginnen im Alter von durchschnittlich 17 Jahren, wobei es bei der Anorexie bereits mit 14 Jahren einem Erkrankungsgipfel zu beobachten gibt. Ob mit der Zunahme der öffentlichen Aufmerksamkeit für das Thema Essstörungen auch tatsächlich eine Zunahme der Häufigkeit der Erkrankungen einhergeht, lässt sich mit den vorhandenen epidemiologischen Studien nicht eindeutig belegen. Die Sterblichkeit ist bei der Anorexia nervosa höher als bei Bulimie und Adipositas. Des Weiteren wird angenommen, dass die Anorexie in höheren sozialen Schichten häufiger auftritt als in den niederen – ganz im Gegensatz zur Adipositas, wo das Verhältnis Oberschicht zu Unterschicht eins zu sechs beträgt.

3.2 Mädchen und junge Frauen: erste Liebe und Sexualität

Pubertät, erste Regeblutung und erster Geschlechtsverkehr

In der Zeit der Pubertät und der Adoleszenz finden neben massiven körperlichen Veränderungen einschneidende psychosoziale Veränderungsprozesse statt, wobei Kinder und Jugendliche eine große Anpassungsleistung zu vollbringen haben: die Ablösung von den Eltern, der Aufbau von tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen, die Entwicklung einer sexuellen Identität, die Gestaltung einer Ausbildungs- und Berufsperspektive. In den Lebenswelten der Jugendlichen ist ein deutlicher Trend zur zeitlichen Ausweitung der Jugendphase zu erkennen, so findet etwa der Auszug aus dem elterlichen Haushalt heute viel später als noch vor einigen Jahren – im Durchschnitt mit etwa 24 Jahren – statt. Einige Jugendforscher dehnen den Begriff *Jugend* auf die Altersgruppe der 12- bis 29-Jährigen aus (Österreichisches Institut für Jugendforschung, 1995; IBM-Jugendstudie, 2000). Als weitere Trends sind eine Vorverlegung sowohl der sexuellen Reifungsprozesse als auch der ersten sexuellen Erfahrungen und Veränderungen in den Beziehungsmustern zu erkennen: Der Beginn der Pubertät - bei Mädchen mit dem Einsetzen der Menstruation und bei Burschen mit dem ersten nächtlichen Samenerguss, der Pollution, angesetzt - hat sich seit der Jahrhundertwende nach vorne verschoben. Das durchschnittliche Einsetzen der Menstruation liegt bei 12,2 Jahren, das ist 3 Jahre früher als noch vor 100 Jahren; bei Burschen setzt die Geschlechtsreife im Durchschnitt mit 12,5 Jahren ein (Kindergesundheitsbericht, Stadt Wien 2000).

Das Erste Mal: Sexualität und Kontrazeption von Jugendlichen

Eine der wenigen Studien in Österreich zum Thema Sexualität und Kontrazeption wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF) im Jahr 2001 durchgeführt. Insgesamt wurden bei der Studie *Das Erste Mal. Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen* 1.044 österreichische Jugendliche (350 Burschen, 694 Mädchen) im Alter zwischen 14 und 18 Jahren zu den Themenbereichen Aufklärung, Sexualverhalten und Kontrazeption befragt (Weidinger et al., 2001).

Die wesentlichsten Ergebnisse der Studie *Das Erste Mal* im Überblick:

- Kondom und Pille sind allen Jugendlichen bekannt.
- Im Alter von 16 Jahren haben 48 Prozent der Mädchen und 53 Prozent der Burschen die Erfahrung ihres *ersten Mals* bereits gemacht.
- Beim *ersten Mal* verhüten ca. 75 Prozent der Jugendlichen mit Kondom, zwanzig Prozent mit der Pille.
- Bei weiteren sexuellen Kontakten nehmen die Häufigkeit der Verwendung eines Kondoms ab und die Häufigkeit der Verhütung mit der Pille zu.
- Informationen zum Thema Sexualität tauschen die Jugendlichen vor allem im Freundeskreis, in der gleichaltrigen Bezugsgruppe (*peer group*) aus, aber die Eltern sind dennoch sehr wichtig – vor allem die Mutter, der Vater steht in Rangreihe der Informationsquellen eher weiter unten.
- Medien sind sehr wichtig, wobei Mädchen eher Zeitschriften etc. bevorzugen, hingegen gaben vierzig Prozent der Burschen an, sich aus Pornos Informationen über Sexualität zu holen.

- 94 Prozent aller 14-Jährigen halten sich in sexuellen Dingen ganz oder ziemlich aufgeklärt, aber vier von fünf Jugendlichen wissen nicht, in welcher Phase ihres Monatszyklus eine Frau am leichtesten schwanger werden kann.

Teenagerschwangerschaften

Die Auseinandersetzung mit dem Thema der Teenagerschwangerschaften wird vor allem in den USA und England aufgrund sehr hoher Raten von schwangeren Minderjährigen geführt (USA: Geburtenrate bei 15-bis 19-Jährigen: 54,4; England: 28,4). In Österreich gab im Jahr 2002 zwölf Geburten von Müttern unter 15 Jahren, bei 15- bis 19-Jährigen waren 3.244 Geburten zu verzeichnen. Seit 1991 sind die Geburtenraten von Frauen unter zwanzig Jahren deutlich zurückgegangen, wohl nicht zuletzt in Zusammenhang mit dem allgemeinen gesellschaftlichen Trend der Verschiebung des Zeitpunktes der Geburt des ersten Kindes zu einem biographisch späteren Zeitpunkt. In Österreich ist die Geburtenrate von 15- bis 19-Jährigen zwischen 1991 und 2002 von 22,82 Geburten auf 13,85 Geburten pro 1.000 Gleichaltriger gesunken. Ein internationaler Vergleich der Geburtenraten bei 15- bis 19-Jährigen weist für Österreich mit Platz 17 nur eine *niedrige*, aber keine *sehr niedrige* Geburtenrate aus (Allan Guttmacher Institute; Singh und Darroch, 1995).

In Österreich gibt es keine aktuellen Studien zu Ursachen, Folgen und psychosozialen Aspekten von Teenagerschwangerschaften. In der deutschsprachigen Fachliteratur wird festgestellt, dass ein Großteil der Teenagerschwangerschaften ungewollte Schwangerschaften sind, die ihre Ursache in einer unsicheren bzw. unregelmäßigen Verhütungspraxis haben. Hier wird ein Dilemma sichtbar, in dem sich viele Jugendliche befinden: sie werden zwar häufig und aus unterschiedlichsten Quellen mit dem Thema Sexualität konfrontiert (Medien, Fernsehen, ...), aber vieles Relevante wird dabei nicht angesprochen bzw. ist auf die Lebenswelten der Jugendlichen nicht angepasst (Remberg, 2002).

3.3 Frauen im reproduktiven Alter: psychische Gesundheit und Lebensstile

Psychische Gesundheit von Frauen

Die Weltgesundheitsorganisation hat im Jahr 2001 den Weltgesundheitsbericht *Mental Health. New Understanding, New Hope* dem Thema der psychischen Gesundheit gewidmet (WHO, 2001). Mit diesem *neuen Verständnis* von psychischer Gesundheit ist einen Public Health-Ansatz gemeint, der davon ausgeht, dass psychische Gesundheit für das Wohlbefinden eines Menschen, aber auch einer Gesellschaft, genauso wichtig ist wie die körperliche Gesundheit. Die WHO weist im Weltgesundheitsbericht 2001 auch auf die große Häufigkeit psychischer Erkrankungen hin: international betrachtet erkranken 25 Prozent der Bevölkerung im Laufe des Lebens an einer schweren psychischen Störung (Lebenszeitprävalenz), rund zehn Prozent der Bevölkerung hat im Jahr 2001 an einer psychischen Erkrankung gelitten (Punktprävalenz).

Global Burden of Disease, verlorene Lebensjahre durch psychische Erkrankungen

Im Weltgesundheitsbericht 2001 macht die WHO auf den Beitrag der psychischen Erkrankungen zum *Global Burden of Disease* aufmerksam: solange man die Folgen psychischer Erkrankungen nur anhand der Mortalität misst, wird deren Beitrag zur Belastung der Bevölkerung unterschätzt. Die WHO und die Weltbank verwenden daher seit 1993 ein neues Maß zur Einschränkung der Lebensqualität, nämlich das sogenannte DALY (*Disability Adjusted Life Year*). Ein DALY ist im Bezug zur Lebenserwartung ein verlorenes Jahr gesunden Lebens; die Anzahl an DALYs drückt die Anzahl verlorener Lebensjahre aufgrund von frühzeitigem Tod oder Krankheit aus. Die DALYs für Depression nehmen kontinuierlich zu: es wird geschätzt, dass weltweit ein Verlust von beinahe sechs Lebensjahren bei von Depressionen betroffenen Personen zu erwarten ist (WHO, 2002, S.24ff.).

Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Eine Betrachtung von Ergebnissen der psychiatrischen Epidemiologie – diese verwendet standardisierte Fragebogen und diagnostiziert nach den Kriterien der internationalen Diagnoseschlüssel der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (DSM III, III-R, IV) oder der WHO (ICD-10) – zeigt charakteristische Geschlechtsunterschiede: Obwohl sich die Gesamt-Lebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen bei Männern und Frauen nicht gravierend unterscheidet, zeigen sich doch geschlechtstypische Muster. Frauen leiden häufiger als Männer an Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen und Essstörungen; Männer weisen hingegen häufiger psychische Störungen im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen auf (siehe Tabelle 3-8) (Ernst, 2001).

Tabelle 3-1. Geschlechtsunterschiede in der Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen

Studie	ECA-Studie			Comorbidity Survey			Münchner Jugendstudie			Lübecker TACOS-Studie		
	M	F	SR*	M	F	SR*	M	F	SR*	M	F	SR*
Stichprobengröße	20.000			8.000			2.000			4.000		
Alter der Population	ab 18 Jahre			15-54 Jahre			14-21 Jahre			18-64 Jahre		
AutorIn, Publikationsjahr	Robins, 1991			Kessler, 1994			Wittchen, 1998			Meyer, 2000		
Land	5 Regionen der USA			USA			München, BRD			Lübeck, BRD		
Gesamt	36,0	30,0		48,7	47,3		53,8	59,2		43,4	47,4	
Major Depression	2,6	7,0	2,7	12,7	21,3	1,7	9,1	14,5	1,6	10,2	24,8	2,4
Dysthymie	2,2	4,1	1,9	4,8	8,0	1,7	1,5	4,5	3,0	1,6	3,3	2,1
Angststörungen, darunter	-	-	-	19,3	30,5	1,6	8,3	20,3	2,4	9,3	20,8	2,2
Panikstörungen	1,0	2,1	2,1	-	-	-	0,8	2,4	3,0	1,3	3,2	2,5
Phobien, darunter	10,4	17,7	1,7	-	-	-	1,2	3,2	2,6	6,5	14,7	2,3
Sozialphobie	-	-	-	-	-	-	2,2	4,8	2,2	1,3	2,5	1,9
Agoraphobie	3,2	7,8	2,4	-	-	-	1,0	4,2	4,2	0,6	1,5	2,5
Zwangsstörung	2,3	3,4	1,5	-	-	-	0,5	0,9	1,8	0,1	0,9	9,0
Essstörungen	-	-	-	-	-	-	1,1	4,9	4,5	0,3	1,0	3,3
Körperbezogene Störungen	8,7	14,3	1,7	-	-	-	0,2	2,3	11,5	8,8	17,1	1,9
Alkoholbedingte Störungen	23,8	4,6	0,2	32,6	14,6	0,4	35,1	7,0	0,2	14,0	2,5	0,2
Drogenbedingte Störungen	-	-	-	-	-	-	6,6	3,4	0,5	1,4	0,9	0,6
Nikotinabhängigkeit	-	-	-	-	-	-	19,1	18,5	0,9	24,2	17,7	0,7
Asoziales Verhalten	4,5	0,8	0,2	5,8	1,2	0,2	-	-	-	-	-	-
Psychosen, darunter	1,2	1,7	1,4	2,0	2,0	1,0	-	-	-	-	-	-
Schizophrenien	1,2	1,7	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Manien	0,7	0,9	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*SR = Sex Ratio = Quotient aus den Prävalenzen von Männern und Frauen; Lebenszeitprävalenz = Rate der Personen, die mindestens einmal im Verlauf des Lebens Symptome hatten; Quelle: Ernst 2001; S.52ff. (mehrere Tabellen zusammen gefasst)

Psychische Gesundheitsförderung als aktuelle Mental Health-Strategie der WHO

Im Anschluss an den Weltgesundheitsbericht 2001 zur psychischen Gesundheit hat die WHO zahlreiche Aktivitäten im Bereich der psychischen Gesundheit gesetzt – sowohl auf internationaler als auch auf europäischer Ebene, wobei primär die Entwicklung von nationalen Strategien der psychischen Gesundheitsförderung unterstützt werden soll. In Form eines *WHO Mental Health Policy and Service guidance package* wird ein Informationspaket angeboten, das nicht nur umfassende Informationen zur internationalen Lage der psychischen Gesundheit, zu rechtlichen Aspekten, Kosten und Finanzierung von Gesundheitsplanung gibt, sondern auch konkrete Anleitungen für die Entwicklung von Strategien, Plänen und Programmen und deren Qualitätssicherung im Bereich der psychischen Gesundheit zur Verfügung stellt (http://www.who.int/mental_health/en). Die Anregung der WHO wurde z.B. von der Schweiz aufgenommen, die derzeit an einer *Nationalen Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit in der Schweiz* arbeitet (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004). Neben der Schweiz zählen Finnland, Schweden und Spanien zu den Ländern, die Strategien und Programme im Bereich der psychischen Gesundheit entwickeln.

Die *Förderung der psychischen Gesundheit* umfasst vielfältige Strategien, allen voran die Stärkung der individuellen Ressourcen und Fähigkeiten und die Verbesserung der sozioökonomischen Bedingungen. Laut WHO erfordert die Förderung der psychischen Gesundheit multisektorales Handeln der Zuständigen für Gesundheit, Arbeit, Bildung, Umwelt, Transport und Soziales. Nationale Strategien zur psychischen Gesundheit sollten sich nicht nur mit psychischen Krankheiten befassen, sondern die Themen ansprechen, welche die psychische Gesundheit aller Teile der Gesellschaft beeinflussen. Das schließt die soziale Integration von marginalisierten Gruppen, wie Flüchtlingen, Opfer von Katastrophen, geistig Behinderten, sehr alten oder schwachen Personen, missbrauchten Kindern und Frauen und Armen mit ein. Wichtige Zielgruppen und Settings in der Förderung der psychischen Gesundheit sind z.B. Kinder in Kindergärten, Schulen, ..., die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz und die psychische Gesundheit alter Menschen.

Tabelle 3-2. Internationale und europäische Empfehlungen zur psychischen Gesundheit

WHO-Empfehlungen 2001	EU-Empfehlungen 2000
Grundversorgung sichern	Indikatoren psychischer Gesundheit sowie zuverlässige und gültige Monitorsysteme entwickeln
Psychotrope Medikamente sicher stellen	Die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit in der Gesamtbevölkerung fördern
Gemeindeorientierte psychiatrische Dienste anbieten	Psychische Gesundheit als wichtigstes soziales Gut anerkennen, welches geschützt, gefördert, erhalten und wenn nötig wieder hergestellt werden soll
Bewusstsein in der Öffentlichkeit fördern	Die psychische Gesundheit dort schützen, fördern und erhalten, wo sie entsteht – in der Familie, den Gemeinden, Schulen, an den Arbeitsplätzen und in der Freizeit
Gemeinschaften, Familie und Versicherte einbeziehen	Politik und Bevölkerung kontinuierlich Informationen und Beratung über die Zusammenhänge der psychischen Gesundheit vermitteln, das heißt auch über zweckmäßige, wirksame und wirtschaftliche professionelle Hilfe sowie über die indirekten Kosten bei Unterversorgung und unangemessenen Angeboten informieren
Nationale Strategien, Rahmenbedingungen, Programme und Gesetzgebungen schaffen	Betroffenen- und Angehörigenorganisationen als Mitgestaltende des Gesundheitssystems stärken und über staatliche Rahmenbedingungen die Organisationsentwicklung fördern.
Nachwuchs unterstützen	Medien auf stigmatisierende und diskriminierende Informationsvermittlung sensibilisieren.
Mit anderen Sektoren vernetzen	Risikofaktoren und frühzeitigen Tod von psychisch Kranken reduzieren.
Berichterstattung über die psychische Gesundheit der Bevölkerungsgruppen	Angemessene Dienste für die Früherfassung, Behandlung und Rehabilitation gewährleisten.
Forschung fördern	Menschenrechte von psychisch Kranken respektieren und sicherstellen.

Quelle: WHO, World Health Report, 2001

Gesundheitsbezogener weiblicher Lebensstil: Adipositas, Sport, Alkohol, Rauchen, Medikamentenkonsum

Geschlechtsunterschiede in der Verbreitung von Adipositas

Jeweils 9,1 Prozent der Männer als auch der Frauen in Österreich haben Adipositas, d.h. einen *Body Mass Index*⁹ von dreißig oder darüber. Zwei Drittel der österreichischen Frauen (66,3 Prozent), aber nur etwas mehr als ein Drittel der Männer (35,7 Prozent) sind normalgewichtig, mehr als die Hälfte der Männer (54,2 Prozent), aber nur 21,3 Prozent der Frauen sind übergewichtig (Ergebnisse des Mikrozensus 9/1999; Statistik Austria, 2002). Der Anteil der *adipösen Frauen* ist im Zeitraum vom 1991 bis 1999 für Österreich insgesamt nahezu gleich geblieben (von 9,0 auf 9,1 Prozent gestiegen). Während er im Burgenland, in Kärnten, in der Steiermark, in Tirol und Vorarlberg gestiegen ist, war er in Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Wien rückläufig. Die stärkste Zunahme war in der Steiermark, die stärkste Abnahme in Niederösterreich zu beobachten. Der Anteil der *adipösen Männer* in Österreich, der 1991 mit 8,3 Prozent noch unter jenem der Frauen lag (neun Prozent), ist im Jahr 1999 auf 9,1 Prozent gestiegen und somit gleich hoch wie bei den Frauen (Statistik Austria, 2002).

Ausmaß der Adipositas im europäischen Vergleich

In den letzten Jahren wurden zahlreiche internationale und europäische Berichte über den alarmierenden Anstieg der Adipositas vorgelegt. Demnach sind in Europa 135 Millionen EU-Bürger und weitere 70 Millionen Menschen in den EU-Beitrittsländern von Adipositas betroffen. Laut diesen Befunden ist in manchen europäischen Ländern mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung übergewichtig und bis zu drei Prozent der Bevölkerung adipös. Österreich liegt im Vergleich des Ausmaßes der Übergewichtigkeit und der Adipositas zwischen den EU-15-Ländern sowohl bei Männern als auch bei Frauen im Mittelfeld (Männer: 7. Rangplatz, Frauen: 8. Rangplatz) (*International Obesity Task Force (IASO), European Association for the Study of Obesity (EASO), 2002*).

⁹ Berechnung des Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht in kg / (Körpergröße in Meter)²

Frauen, Gender Mainstreaming und Sport

Frauen und Sport – diese Thematik interessiert zum einen aus dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung, wurde zum anderen aber auch in den letzten Jahren in Österreich und international im Rahmen des Gender Mainstreaming thematisiert. Körperliche Bewegung ist neben der Ernährung ein grundlegender Faktor in der Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Ob es Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Häufigkeit der körperlichen Betätigung gibt und in welchem Ausmaß, ist nicht eindeutig geklärt, es liegen unterschiedliche Befunde dazu vor. Es hat den Anschein, dass Frauen weniger Sport betreiben als Männer; dies wird aber immer mehr dahingehend gedeutet, dass die sportliche Betätigung von Frauen in einer männerdominierten *Welt des Sports* weniger gefördert wird als jene der Männer. Das Gender Mainstreaming hat auch den Bereich des Sports erfasst und es wurden nationale und internationale Aktivitäten gesetzt. Ansatzpunkte für gesundheitspolitische Überlegungen zu Frauen und Sport sind in den drei Settings Schulsport, Freizeitsport und Wettkampfsport zu sehen. Der Vereins- und Freizeitsport hat für junge Mädchen und Frauen einen geringeren Stellenwert als für Jungen und Männer. In den Vereins- und Verbandsstrukturen sind vorwiegend Männer engagiert, während der informelle Sport häufig von Frauen bevorzugt wird. Im Hochleistungssport herrscht nach wie vor extreme Ungleichbehandlung von Männern und Frauen 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 im letzten Jahrzehnt Aktivitäten zu Bekämpfung der Diskriminierung von Frauen im Sport statt. Ein internationales Netzwerk von Repräsentantinnen aus 41 Ländern, die *European Women and Sport Group*, wurde 1993 konstituiert. Eine gemeinsame Erklärung dieses Netzwerks, die Erklärung von Brighton wurde 1994 von fast 200 Sport- und Regierungsorganisationen verabschiedet. Insbesondere die Teilnahme des Internationalen Olympischen Komitees zeigte nachhaltige Auswirkung: dieses änderte seine Charta, um den Grundsatz der Gleichstellung von Frauen und Männern aufzunehmen und veranstaltete zwei Weltkonferenzen *Frauen und Sport* (1996, 2000). Frauen waren ja nicht nur bei den Olympischen Spielen der Antike ausgeschlossen, sondern auch bei deren Wiedereinführung 1896, damals durften sie die Siegerkrönen. Erst 1928 wurde der Beschluss gefasst, Frauen in die Olympischen Spiele aufzunehmen.

Die nunmehrige österreichische Innenministerin Liese Prokop wurde im April 2004 mit dem Vorsitz im Europäischen Netzwerk *European Women and Sports* betraut und führt diesen bis 2006. Das Thema des österreichischen Vorsitzes lautet *Sport als Trendsetter für die neue Zivilgesellschaft*. Dazu wird es vor allem einen Schwerpunkt in der Ausbildung von Frauen für Entscheidungspositionen im Sport geben.

Frauenalkoholismus und Männeralkoholismus

Aufgrund von Schätzungen des Ludwig Boltzmann Institutes für Suchtforschung (Uhl et al., 1996) liegt bei 1,2 Millionen Menschen in Österreich problematischer Alkoholkonsum vor, rund ein Viertel davon sind Frauen; 330.000 von den 1,2 Millionen Personen mit problematischem Alkoholkonsum sind alkoholabhängig (65.000 Frauen, 265.000 Männer). Es wird geschätzt, dass insgesamt nur rund ein Viertel der ÖsterreicherInnen abstinent ist, d.h. keinen Alkohol trinkt (etwas mehr als zehn Prozent der Männer und rund ein Drittel der Frauen).

Der Alkoholkonsum verteilt sich weltweit in den Industrieländern zu rund 70 bis 75 Prozent auf Männer und zu 25 bis dreißig Prozent auf Frauen, der Pro-Kopf-Verbrauch an Reinalkohol von Frauen beträgt rund ein Drittel von dem von Männern. Regelmäßiger Konsum von Alkohol ist bei Männern wie Frauen altersabhängig – er nimmt mit dem Alter zu. Ausbildung und berufliche Situation haben deutlichen Einfluss auf den Alkoholkonsum: Frauen mit einer akademischen Ausbildung und in gehobenen Positionen trinken mehr und häufiger Alkohol als Frauen aus niederen Bildungs- und Berufsschichten (Franke et al., 2001).

Während Alkoholismus bei Männern als Determinante der Männlichkeit noch eher gesellschaftlich akzeptiert wird, ist Alkoholismus bei Frauen stark tabuisiert. Seit einigen Jahren wird über einen spezifischen *Frauenalkoholismus* im Unterschied zu *Männeralkoholismus* diskutiert und als mögliche Ursachen für den Alkoholmissbrauch bei Frauen vor allem die Dreifachbelastung von Frauen durch Beruf, Haushalt und Kinder, der Verlust traditioneller weiblicher Rollen, aber auch die Langzeitfolgen von Gewalt angeführt (Vogt 1994).

Alkohol in der Schwangerschaft: das fetale Alkoholsyndrom (FAS)

Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft kann angeborene Missbildungen des Kindes zur Folge haben, nämlich die Alkohol-Embryopathie (auch Fetales Alkoholsyndrom (FAS)), die ein Syndrom von zum Teil schweren, irreversiblen Schäden beim Kind umschreibt. Diese können durch Alkoholkonsum 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. Dies ist wichtig für die Prävention, da die Gefährlichkeit von vielen Müttern unterschätzt wird.

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: zwischen 0,5 und 2,0 Fällen pro 1.000 Neugeborenen (BZgA, 2002). Geht man von der Schätzung von zwei FAS-Fällen pro 1.000 Neugeborenen aus, betrifft das in Österreich rund 150 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. Viele Fälle bleiben bei der Geburt unentdeckt (Löser 1998; zitiert nach BZgA 2002).

Nikotinkonsum

Der Nikotinkonsum hat in Österreich, vergleichbar mit vielen anderen Ländern, epidemische Ausmaße mit steigender Tendenz. Die epidemiologische Verbreitung des Nikotinkonsums ist in Österreich gut dokumentiert: es liegen umfassende Daten aus einem Sonderprogramm des Mikrozensus zum Thema *Rauchgewohnheiten* vor. Zum Zeitpunkt der Befragung 1997 haben in Österreich rund 1,9 Millionen Menschen täglich geraucht, das ist beinahe ein Viertel der Gesamtbevölkerung. Nach Geschlecht betrachtet rauchen 1,1 Millionen Männer (rund 36 Prozent aller Männer ab 16 Jahren), und 790.000 Frauen (23 Prozent aller Frauen ab 16 Jahren). Faktoren, die das Rauchverhalten bedingen, sind vielfältig: neben dem Geschlecht spielen das Alter, die Berufstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit, der Familienstand, das Bildungsniveau oder der Wohnort eine Rolle (Statistik Austria, 2002 / Mikrozensus 1997).

Bei 16- bis Zwanzigjährigen rauchen bereits rund 38 Prozent der Männer und ein Viertel der Frauen. Ab dem zwanzigsten Lebensjahr steigt die Raucherquote bei Männern und Frauen kontinuierlich an, 46 Prozent aller dreißig- bis 34-jährigen Männer und 37 Prozent aller 35- bis 39-jährigen Frauen rauchen. Ab einem Alter von vierzig Jahren werden die Raucherquoten wieder geringer zu werden. Von den Sechzigjährigen rauchen „nur“ noch rund zwanzig Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen.

Schwangerschaft und Rauchen

Rauchen stellt ein massives, aber vermeidbares Gesundheitsrisiko während der Schwangerschaft dar. Schon seit langem ist der Zusammenhang zwischen Nikotinkonsum in der Schwangerschaft und möglichen Schäden der Gesundheit des Kindes bekannt. Aktives Rauchen und auch Passivrauchen der Mutter während der Schwangerschaft erhöhen das Risiko einer Fehlgeburt; das Risiko einer Totgeburt ist dreifach erhöht, das einer Frühgeburt zweifach erhöht; Untergewicht des Neugeborenen ist häufiger, was wiederum ein Risikofaktor für die normale psychische und physische Entwicklung eines Kindes darstellt; Unterentwicklung der Lungentätigkeit des Neugeborenen. Studien aus den letzten Jahren haben den Nachweis tabakspezifischer Karzinogene im Urin von Neugeborenen rauchender Mütter erbracht.

Auch nach der Geburt erhöht das Rauchen der Mutter das Risiko für gesundheitliche Schäden beim Kind: es besteht erhöhtes Risiko für plötzlichen Kindstod, Atemwegserkrankungen, Asthma, Mittelohrinfektionen und Allergieanfälligkeit (Kröger, 2000, S.19).

Zur Häufigkeit des Nikotinkonsums in der Schwangerschaft liegen in Österreich keine aktuellen repräsentativen Studien vor. Schätzwerte geben einen Prozentsatz von 20 Prozent der Schwangeren an, die während der Schwangerschaft rauchen.

Frauen und Medikamentenkonsum – Geschlechtsspezifische Verordnung von Antidepressiva

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat im Weltgesundheitsbericht 2001 zur psychischen Gesundheit das weltweite Ansteigen der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen konstatiert und in weiterer Folge betont, dass abgesehen vom individuellen Leid der Betroffenen psychische Erkrankungen eine enorme ökonomische Belastung der Gesundheitssysteme dar: 2,5 Prozent des Brutto-sozialprodukts fließen in Behandlungskosten psychischer Erkrankungen (WHO, 2001).

Dass besonders Frauen und ältere Personen zur Zielgruppe der Antidepressivaverordnungen gehören, ist eine bekannte und gut dokumentierte Tatsache. In Österreich wurde dies durch eine detaillierte Analyse der Verordnungen von Antidepressiva auf Basis der Daten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für die Jahre 1997 bis 2001 dokumentiert (Bencic, 2003). Die Analyse zeigte u.a. auch einen überraschenden Zuwachs von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI; Prozac, in Österreich als Fluctine® im Handel) deren Anteil an den insgesamt verordneten Antidepressiva von rund 50 Prozent im Jahr 1997 auf 65 Prozent im Jahr 2001 gestiegen ist.

Im Jahr 1999 wurden von niedergelassene ÄrztInnen in Österreich insgesamt rund 6,2 Millionen Psychopharmaka-Verordnungen getätigt: rund 45 Prozent davon waren Antidepressiva, gefolgt von Tranquillizern (dreißig Prozent) und Neuroleptika (15 Prozent). Die jährlichen Zuwachsraten bei Antidepressiva liegen seit 1995 bei 13 bis 14 Prozent. Antidepressiva-Verordnungen nehmen 58 Prozent der Psychopharmaka-Kosten ein (1999: 112,76 Mio Euro), das sind für das Jahr 1999 rund 65,40 Mio Euro (Riedel und Hofmarcher, 2003). Siebzig Prozent der Antidepressiva werden Frauen verschrieben, d.h. im Jahr 1999 hat die Antidepressiva-Therapie von Frauen 45,78 Mio Euro, die von Männern 19,62 Mio Euro an Kosten verursacht (siehe auch Katschnig, 2001 / Psychiatriebericht 2001).

Es liegen somit zahlreiche übereinstimmende Befunde vor, dass Frauen deutlich mehr Medikamente verschrieben bekommen als Männer, je nach Alter bis zu siebzig Prozent mehr. Besonders deutlich ist der Geschlechtsunterschied bei Antidepressiva. Vorhandene Daten zu Arzneimitteln beziehen sich vor allem auf die Verschreibungspraxis, über das Konsumverhalten liegen nur wenige Untersuchungen vor. Als wesentliche Risikofaktoren für die Entwicklung von Medikamentenabhängigkeit bei Frauen werden laut Ergebnissen von Studien aus der Bundesrepublik Deutschland neben der ärztlichen Verschreibungspraxis höheres Lebensalter, mangelnde Ausbildung und Arbeitslosigkeit oder Arbeit mit niederem Status angenommen (Franke et al., 2001).

3.4 Frauen im reproduktiven Alter: sexuelle und reproduktive Gesundheit

3.4.1 Menstruation, prämenstruelles Syndrom und Endometriose

Menstruation ist ein weiblicher Lebensbereich, der seit jeher von Mythen und Tabus geprägt ist. Darüber zu sprechen wird meist als unangenehm oder peinlich empfunden. Die wenigen positiven Assoziationen werden über die Bedeutung der Menstruation als Symbol der Geschlechtsreife und Fruchtbarkeit geweckt. In der Geschichte der Medizin wurde Menstruation immer am Rande des Pathologischen abgehandelt, sie wurde – vor allem von Männern - mit Bosheit, Giftigkeit, Pyromanie, mit nervöser Schwäche assoziiert und als hysterisches Äquivalent, als ein Zustand fraglicher geistiger Integrität und in jedem Fall als ein Zustand des Leidens an der Grenze zur Krankheit gesehen (Shuttle und Redgrove, 1980; zitiert nach Springer-Kremser, 2002; S.288).

In allen Kulturen sind Verbote und Verhaltenseinschränkungen menstruierender Frauen im Sinne eines **universellen Tabus der Menstruation** beobachtet worden. In vielen außereuropäischen Kulturen wird jedoch die Menarche, die erste Menstruation, als Zeichen der Initiation der Frau und deren Eintritt in die Lebensphase der Pubertät als besonderes Ereignis gefeiert; das gilt für unsere Kultur nicht. Durch den ambivalenten gesellschaftlichen Umgang mit Menstruation werden viele Mädchen kaum auf das Eintreten der ersten Regelblutung vorbereitet, etwa die Hälfte der Mädchen erlebt die Menarche als negatives Ereignis, das von Schmerzen, Peinlichkeit, Scham und Ekel geprägt ist; positive Seiten sind für junge Mädchen die Zugehörigkeit zur Gruppe der anderen menstruierenden Mädchen oder das Gefühl des Aufregenden und Besonderen (von Sydow 1993; S.71ff).

Über die Existenz und das Ausmaß eines **prämenstruellen Syndroms (PMS)** gibt es kontroverse Diskussionen: kritische Frauenstimmen bezeichnen die Pathologisierung und Medikalisierung der angeblichen Verschlechterungen des weiblichen Befindens vor der Menstruation als Ergebnis einer paternalistisch-medizinischen Betrachtungsweise und betonen, dass Frauen nicht nur über ein Leistungsdefizit in dieser Zeit berichten, sondern genauso über gesteigerte Kreativität, Sensibilität und Sinnlichkeit (Pröll, 2002). Rund drei Viertel aller Frauen im gebärfähigen Alter nehmen in den Tagen vor Beginn der Menstruation körperliche und/oder psychische Veränderung wahr. Die Angaben zur Häufigkeit des Auftretens des PMS schwanken je nach Definition zwischen zwanzig und fünfzig Prozent; schwerer ausgeprägte Formen werden als *Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS; DSM-IV)* bezeichnet und treten bei rund zwei bis fünf Prozent aller Frauen auf (Rohde, 2004).

Die Bedeutung der Endometriose für die Frauengesundheit

Menstruationsbeschwerden werden meist als *normal* bewertet und es wird übersehen, dass ein großer Teil der Frauen dadurch Einschränkungen in Lebensqualität und Gesundheit in Kauf nehmen muss. Ursache von Menstruationsbeschwerden ist in vielen Fällen die zweithäufigste gutartige Frauenkrankheit: die Endometriose. Die Bedeutung der Endometriose liegt in den massiven Auswirkungen auf die betroffenen Frauen, die Wohlbefinden, Körperbild, Frausein, Sexualität, Partnerschaft, Familie, private und berufliche Entwicklung umfassen können. Noch immer bestehen mangelndes Wissen, Fehlwahrnehmungen und Ignoranz hinsichtlich der Bedeutung der Endometriose für die Frauengesundheit und es gilt hier die Potenziale einer Verbesserung dieses Frauenproblems zu nutzen.

- Endometriose kommt fast ausschließlich in der reproduktiven Lebensphase vor, das heißt bei jungen Frauen mit einem Altersgipfel um das dreißigste Lebensjahr (zwei Drittel aller Patientin-

- nen sind unter 35 Jahre alt, zehn Prozent jünger als zwanzig Jahre). Endometriose ist die zweithäufigste gutartige gynäkologische Erkrankung von Frauen im gebärfähigen Alter.
- Die Bedeutung der Endometriose für die Frauengesundheit liegt vor allem in ihrer weiten Verbreitung und ihren Folgen für Lebensqualität und Lebensplanung von Frauen. Das Ausmaß an Schmerzen, das Frauen, die an Endometriose leiden, erdulden müssen ist enorm: Geht man von Unterleibsbeschwerden über fünf Tage bei jeder Regel aus, ergibt das pro Jahr sechzig Tage und bei einer Länge der reproduktiven Phase von 35 Jahren 2.100 Tage bzw. fünf Jahre im Leben einer Frau, an denen durchgehend Schmerzen erlitten werden!
 - Epidemiologische Studien zur Häufigkeit der Endometriose liegen in Österreich nicht vor, es wird geschätzt, dass zwischen 7 und 15 bzw. 18 Prozent aller Frauen im geschlechtsreifen Alter Endometriose haben, das sind in Österreich zwischen 120.000 und 310.000 Frauen. Bei fünfzig Prozent aller von Endometriose betroffenen Frauen ist die Krankheit mit Schmerzen verbunden.
 - Endometriose ist die Ursache für dreißig bis fünfzig Prozent der Fälle an Unfruchtbarkeit von Frauen.
 - Im Mittel vergehen sieben Jahre vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Diagnosestellung, bei Sterilitätspatientinnen sind es fünf Jahre, bei Schmerzpatientinnen neun Jahre.
 - Endometriose ist für dreißig bis achtzig Prozent aller Fälle von chronischen Unterbauchschmerzen bei Frauen verantwortlich.
 - Es besteht eine siebenfache familiäre Häufung der Endometriose.
 - Rund 15 Prozent der behandelten Frauen erleben Krankheitsrückfälle.

Für die **betroffenen Frauen** ist besonders problematisch, dass Endometriose häufig in ihrer Bedeutung verkannt und bagatellisiert wird. Symptome werden fehlinterpretiert und es kommt oft zu Diagnoseverzögerungen oder nicht adäquaten Behandlungen. Ursachen dafür sind, dass zum einen das Thema Menstruation generell stigmatisiert ist, im Besonderen aber Menstruationsbeschwerden oft in die Psychoecke abgedrängt werden, was bei Frauen dazu führen kann, dass sie ihre Beschwerden verschweigen. Frauen, die an Menstruationsbeschwerden leiden, fühlen sich häufig nicht ernst genommen, verkannt und alleine gelassen mit dem Gefühl, ihnen sei ein scheinbar nicht änderbares Leiden auferlegt. Die betroffenen Frauen sind nicht nur tageweise vom Leben ausgeschlossen und beruflich durch jahrelange Schmerzen und Krankenstände behindert, sondern auch in der Partnerschaft belastet und im Sexualleben beeinträchtigt. Chronische Schmerzen bestimmen die Lebensführung wesentlich mit und schränken diese ein. Noch weitaus schwerwiegender ist, dass jene Frauen, für die Endometriose Kinderlosigkeit verursacht, mit Versagensängsten belastet sind.

Auf Seiten der **behandelnden TherapeutInnen und ÄrztInnen** besteht noch immer zu wenig fundiertes Wissen über die Endometriose, die sich als komplexes, verwirrendes Krankheitsbild mit nicht eindeutig geklärter Genese präsentiert. Daher ranken sich auch seitens der Behandelnden zahlreiche Mythen um Menstruation und Endometriose. Dies führt in weiterer Folge – nicht zuletzt aufgrund des chronischen Verlaufs der Endometriose – zu diagnostischen Unsicherheiten und nach frustrierenden Behandlungsversuchen zu Ratlosigkeit im Umgang mit den Patientinnen. Es sind derzeit noch wenige strukturierte Diagnose- und Behandlungsanleitungen vorhanden, was in erster Linie an der Mehrschichtigkeit des Problems liegt, die von der Problematik der möglichen Symptomlosigkeit über die Behandlung der chronischen Schmerzen und der Blutungsstörungen bis zu drohender Sterilität reicht und zudem wesentliche psychosoziale Komponenten beinhalten.

3.4.2 Familienplanung und Kontrazeption

In Österreich ist ein breites Spektrum an Methoden der Kontrazeption vorhanden: derzeit sind rund fünfzig orale Kontrazeptiva zugelassen, gemeinsam mit den „neuen“ Verabreichungsformen für Hormone (Implantat, Pflaster, Spritze, Vaginalring, Hormonspirale) und den sonstigen Formen von Kontrazeptiva werden ca. sechzig bis siebzig verschiedene Präparate und Mittel zur Verhütung angeboten.

Das Wissen über Häufigkeit und Rahmenbedingung der Verwendung von Kontrazeptiva ist in Österreich nur durch sehr wenige Studien belegt, aktuelle Daten gibt es lediglich aus der Markt- und Meinungsforschung. Eine der wenigen Datenquellen zum Verhütungsverhalten in Österreich ist der *Familien- und Fertilitätssurvey (FFS) 1996*, der im Zeitraum von 1988 bis 1995 in zwanzig europäischen Ländern durchgeführt wurde (ÖIF, 1996).

Laut FFS 1996 haben zum Zeitpunkt der Befragung rund sechzig Prozent der Männer und Frauen in Österreich eine Form der Verhütung angewendet. Häufigste Methode war die Pille, die von rund einem Drittel der Frauen und einem Viertel der Männer zwischen zwanzig und 54 Jahren verwendet wurde. An zweiter Stelle der Verwendungshäufigkeit steht das Kondom, das von rund zwanzig Prozent der Männer und 8,8 Prozent der Frauen als aktuelles Verhütungsmittel angegeben wurde. Ein Prozent der Männer und drei Prozent der Frauen haben sich laut FFS 1996 einer Sterilisation unterzogen. Die Verwendungshäufigkeit von Pille und Kondom ist bei jungen Frauen und Männer höher

als bei älteren, hingegen nimmt die Verwendung einer Spirale – wie generell die Anwendungshäufigkeit von Langzeit-Verhütungsmitteln - mit dem Alter zu (wird von rund zehn Prozent der 45- bis 49-Jährigen verwendet).

3.4.3 Notfallkontrazeption - die Pille danach

Die *Pille danach* (*Notfallkontrazeption*) ist ein Hormonpräparat, das so bald als möglich, spätestens aber 72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenommen werden sollte. In Österreich sind derzeit zwei Präparate zugelassen (reine Gestagenpillen, Postinor®, Vikela®; Kosten: 13 bis 14,50 Euro). Die Einnahme erfolgt zweistufig (innerhalb von 72 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr; zweite Einnahme zwölf Stunden nach der ersten Einnahme). 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, umso mehr nimmt die Sicherheit ab.

Wenn bereits eine Schwangerschaft eingetreten ist, d.h. sich eine befruchtete Eizelle in der Gebärmutter-schleimhaut eingenistet hat, wird diese durch die *Pille danach* nicht beendet. 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 (Mifegyne®), bei dem durch Ablösung der Gebärmutter-schleimhaut mit der eingenisteten befruchteten Eizelle eine bereits bestehende Schwangerschaft beendet wird (Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF), 2002). Begründungen für den Bedarf einer *Pille danach* sind – mehrere Studien zusammenfassend betrachtet – zu rund einem Drittel Anwendungsprobleme mit Kondomen, zu einem weiteren Drittel keine Anwendung irgend eines Verhütungsmittels und auf das restliche Drittel fallen v.a. Anwendungsprobleme bei der Pille (*vergessen*) und sonstige Anwendungsprobleme (BZgA, 2004).

Rezeptfreie Vergabe der Pille danach

In Österreich ist die *Pille danach* rezeptpflichtig, in vielen anderen Ländern wird das Medikament ohne Rezept in Apotheken abgegeben – mit dem Argument, dass sie dadurch rascher und leichter zugänglich ist, da sie ja innerhalb von 72 Stunden nach dem *Notfall* eingenommen werden muss. Im Bereich der Prävention von unerwünschten Schwangerschaften wird die *Pille danach* als gute Methode bewertet, unerwünschte Schwangerschaften – besonders bei Jugendlichen – zu verhindern (z.B. BzG, 2004; Pro Familia: <http://www.profamilia.de>). In Europa liegen aus Frankreich die längsten Erfahrungen mit der *Pille danach* vor, seit Mai 1999 ist das Präparat dort zugelassen, seit Juni 1999 besitzt es den *OTC-Status* (*over the counter* = rezeptfrei).

Im praktischen Zugang zur *Pille danach* gibt es in Österreich manche Barrieren. Da *Notfälle* und der Bedarf einer *Pille danach* häufig in der Nacht und am Wochenende – also außerhalb der Öffnungszeiten von Apotheken - auftreten, sind Spitäler eine wichtige Anlaufstelle. Die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung hat 2002 eine telefonische Befragung von 102 Spitälern in Österreich durchgeführt (73 öffentliche, 18 kirchliche, 11 private), mit dem Ergebnis, dass beinahe ein Fünftel aller Spitäler (19 Prozent), keine *Pille danach* abgeben – aber weiter verweisen. Fast drei Viertel der Spitäler verlangen medizinische Voruntersuchungen (medizinische Anamnese, gynäkologische Untersuchung, Schwangerschaftstest, ...). 61 der 83 Spitäler, welche die *Pille danach* abgeben, verlangten Ambulanzgebühr (ÖGF, 2002).

3.4.4 Schwangerschaftsabbruch

Schwangerschaftsabbruch ist ein internationales Thema der Frauengesundheit. Weltweit haben mehr als ein Viertel der 210 Millionen Frauen, die jährlich schwanger werden, entweder einen Schwangerschaftsabbruch oder eine ungewollte Geburt. In den industrialisierten Ländern - wo die durchschnittliche Familiengröße gering ist -, sind von den jährlich rund 28 Millionen Schwangerschaften geschätzt etwa die Hälfte ungeplant, ein Drittel endet mit einem Schwangerschaftsabbruch. In Entwicklungsländern - wo die durchschnittliche Familiengröße hoch ist -, sind von den jährlich 182 Millionen Schwangerschaften etwa ein Drittel ungeplant und rund ein Fünftel endet mit einem Schwangerschaftsabbruch (Allan Guttmacher Institut, 1999).

Wesentlichste Motive des Schwangerschaftsabbruchs sind global gesehen:

- Die Frauen haben schon so viele Kinder, wie sie möchten.
- Der Zeitpunkt der (nächsten) Geburt soll zeitlich erst später sein.
- Die Frauen sind zu jung oder zu arm, um ein Kind zu erziehen.
- Es liegen Partnerschaftsprobleme vor.
- Die Frauen wollen kein Kind, so lange sie noch in Ausbildung sind oder arbeiten.

Jährlich werden international rund 46 Millionen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. 78 Prozent dieser Frauen leben in Entwicklungsländern, 22 Prozent in den industrialisierten Staaten.

Belgien, die Niederlande, Deutschland und Schweden haben Abbruchraten von weniger als 10 pro 1.000 Frauen im reproduktiven Alter, alle anderen Länder in Westeuropa und den USA und Kanada haben Raten von zehn bis 23 pro 1.000 Frauen. Rumänien, Kuba und Vietnam haben die höchsten

berichteten Abbruchraten der Welt (78 bis 83 pro 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter), auch in Chile und Peru gibt es Raten von über fünfzig Abbrüchen pro 1.000 Frauen. Die durchschnittliche Lebenszeit-Prävalenz beträgt weltweit gesehen etwa eine Abtreibung pro Frau (Allan Guttmacher Institut, 1999).

Da in Österreich keine Registrierpflicht von Schwangerschaftsabbrüchen besteht, liegen Zahlen über deren Häufigkeit nur in Form der Spitalsentlassungsstatistiken aus öffentlichen Spitälern vor, nicht aber aus dem Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen und der selbständigen Ambulatorien. Österreich zählt damit gemeinsam mit Luxemburg und Portugal zu den einzigen europäischen Ländern, von denen keine regelmäßigen Angaben über die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen vorliegen. In den anderen europäischen Ländern werden von in einem Register erfassten ÄrztInnen, Ambulatorien und Krankenhäusern, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, die jeweiligen Zahlen an eine zentrale Stelle gemeldet. Ebenso liegen über die Vollständigkeit der dabei ermittelten Abbruchzahlen Dokumentationen vor; so gibt es demnach in Deutschland eine unvollständige Erfassung im Sinne zu niedriger Häufigkeiten der Schwangerschaftsabbrüche (Tazi-Preve und Kityr, 1999). In folgender Aufstellung sind gesetzliche Regelungen und Häufigkeiten der Schwangerschaftsabbrüche von ausgewählten europäischen Ländern ausgewiesen:

Ausgehend von den Berichten aus anderen europäischen Ländern ziehen Tazi-Preve und Kityr (1999) den Schluss, dass unter der Annahme einer Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich im Rahmen jener anderer europäischer Länder (zwischen 10 und 29 pro 1.000 Lebendgeburten) 19.000 bis 25.000 Abbrüche pro Jahr eine plausible Schätzung darstellen. Die offizielle Spitalsentlassungsstatistik (Statistik Austria) für die Diagnose *Legale Interruptio* bzw. *Ärztlich eingeleiteter Abort* (ICD-10) zeigt ein kontinuierliches Absinken von 3.505 Fällen im Jahr 1990 auf 2.362 Fälle im Jahr 1998 und 2.306 Abbrüchen für das Jahr 2001 – sie gibt aber wie schon erwähnt nur einen geringen Teil der tatsächlichen Abbrüche in Österreich wieder.

3.4.5 Ungewollte Kinderlosigkeit und assistierte Reproduktion

Ungewollte Kinderlosigkeit kann unterschiedliche körperliche, psychische oder soziale Ursachen haben. Die Definition der Unfruchtbarkeit (Sterilität, Infertilität) orientiert sich zunehmend an medizinischen Kriterien. Mit der Definition der WHO (*Scientific Group on the Epidemiology of Infertility*, 1967) wurde die Sterilität als Krankheit anerkannt, die nach Ausbleiben einer Schwangerschaft trotz Kinderwunsch über einen Zeitraum von zwei Jahren zu diagnostizieren ist (ICD-10-Code N. für Sterilität der Frau und N.46 für männliche Sterilität). Primäre Sterilität liegt vor, wenn eine Frau noch nie schwanger war, sekundärer Sterilität, wenn trotz früherer Schwangerschaften keine Schwangerschaft eintritt. Infertilität bei Frauen bedeutet, dass eine Neigung zu Fehlgeburten besteht, die verhindert, dass ein lebensfähiges Kind ausgetragen werden kann; Infertilität bei Männern bedeutet Zeugungsunfähigkeit, Subfertilität eingeschränkte Zeugungsfähigkeit.

In-vitro-Fertilisation (IVF) – assistierte Reproduktion

Der Begriff der *künstlichen Befruchtung*, der umgangssprachlich für die In-vitro-Fertilisation (IVF) verwendet wird, bezeichnet das Verfahren nicht ganz richtig: die Befruchtung selbst erfolgt auf natürlichem Weg, denn Ei- und Samenzelle verschmelzen miteinander, genauso wie bei einer Zeugung bei Geschlechtsverkehr. Es wird daher der Begriff der *assistierten Reproduktion* (durch ärztlichen Eingriff gebahnte und unterstützte Befruchtung) vorgezogen. Jedoch erfolgt bei einer IVF die Befruchtung nicht im Körper der Frau, sondern im Labor (extrakorporale Befruchtung - Befruchtung außerhalb des Körpers). Eine IVF-Behandlung erstreckt sich über mehrere Wochen und erfordert verschiedene aufeinander folgende Schritte.

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).

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 (d.h. der Selbstbehalt beträgt 420 bis 510 Euro pro Versuch). Pro Paar und angestrebter Schwangerschaft besteht Anspruch auf die Kostenerstattung von höchstens vier Versuchen in den Fällen von eileiterbedingter Sterilität bei der Frau oder in Fällen von Sterilität beim Mann, sofern zum Zeitpunkt des Beginns eines Versuches die Frau das vierzigste Lebensjahr und der Mann das fünfzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Weitere Voraussetzungen sind das Vorliegen einer Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung im Krankheitsfall. Bei Personen, die nicht österreichische Staatsbürger/innen 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 (ÖBIG, 2002; S.3ff.).

Im Jahr 2002 gab es in Österreich 22 IVF-Vertrags-Krankenanstalten (10 öffentliche, 12 private Anstalten), 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 Vertragskrankenanstalt und der Nachweis einer Schwangerschaftsrate von 18 Prozent pro Follikelpunktion.

Inanspruchnahme der In-vitro-Fertilisation in Österreich

In den Jahren 2000 bis 2002 wurden mit Unterstützung des IVF-Fonds insgesamt 13.332 IVF-Versuche durchgeführt (2000: 3.926; 2001: 4.726; 2002: 4.680). An diesen Versuchen waren 9.650 Paare beteiligt (2000: 2.938; 2001: 3.283; 2002: 3.384).

Die durchschnittliche Rate von IVF-Versuchen je Frau betrug 2000: 1,34, 2001: 1,44 und 2002: 1,38. Im Jahr 2000 wurden IVF-Fonds-Versuche in 21 Vertragskrankenanstalten, 2001 in 24 und 2002 in 22 Vertragskrankenanstalten durchgeführt. Die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion lag im Jahr 2000 bei 24 Prozent, 2001 bei 23 Prozent und 2002 bei 27,3 Prozent (ÖBIG, IVF-Fonds-Jahresberichte 2001 und 2002).

3.4.6 Pränataldiagnostik

Das wachsende Angebot an diagnostischen Angeboten in der Schwangerschaft führt zu einem zu einer genaueren Früherkennung gesundheitlicher Risiken für Mutter und Kind, zum anderen bringt es für die Eltern ein großes Maß an Unsicherheit und Ungewissheit mit sich und schließlich - im Falle eines pathologischen Befundes – die Auseinandersetzung und Bewältigung der Tatsache, ein Kind mit Behinderung zu erwarten.

Obwohl das erste invasive pränataldiagnostische Verfahren, die Amniozentese bzw. die Fruchtwasserpunktion bereits seit den 1970er Jahren eingesetzt wird, findet eine öffentliche und breite Diskussion von Risiken und Nutzen der Pränataldiagnostik und ihrer ethischen Implikationen erst seit wenigen Jahren statt. Die Ambivalenz der Untersuchungsmöglichkeiten ist deutlicher geworden: Dem positiven Aspekt, dass die Selbstbestimmung der Frau und eine sorgenfreie Schwangerschaft dadurch gefördert werde, steht zunehmend eine Sichtweise der Schwangerschaft als risikobehafteter Vorgang, der ständiger ärztlicher Kontrolle bedürfe, gegenüber. Durch das vielfältige Angebot an Untersuchungsmethoden, verstärkt durch ÄrztInnen und Familie, wächst der Druck auf Frauen, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen, die Geburt eines behinderten Kindes wird in diesem Kontext sowohl vom sozialen Umfeld als auch von der Schwangeren selbst als Versagen oder als Folge von Verantwortungslosigkeit bewertet (Pro Familia, 2000).

Häufigkeit und Indikationen zur Pränataldiagnostik

Über die Häufigkeit pränataldiagnostischer Untersuchungen liegen in Österreich bislang keine veröffentlichten Daten vor. Entsprechende Ergebnisse aus Deutschland verweisen eine Rate von rund 550 Chorionzottenbiopsien pro 100.000 Lebendgeburten und rund 8.000 Amniozentesen pro 100.000 Lebendgeburten. Dem steht eine Rate von rund 80 Fehlgeburten pro Jahr nach PND gegenüber.

Häufigste Indikation für die invasive Pränataldiagnostik ist laut einer in Deutschland durchgeführten Studie erhöhtes mütterliches Alter, dieses wird als Indikation bei 71,4 Prozent von 1.431 durchgeführten pränataldiagnostischen Tests angegeben (Nippert, 2001). Auffällige Vorbefunde sind weitere häufige Indikationen (11,6 Prozent der PND aufgrund von auffälligem Serumbefund). Psychische Indikationen tragen mit immerhin 8,3 Prozent zu den Indikationen einer PND bei. Eine relativ geringe Rolle als Indikation zur PND spielt die erbliche Vorbelastung (1,3 Prozent) bzw. ein vorheriges Kind mit Chromosomenstörung (3,6 Prozent).

Psychosoziale Beratung im Rahmen von Pränataldiagnostik und humangenetischer Beratung

Psychosoziale Beratung im Rahmen der humangenetischen Beratung, im Besonderen der Pränataldiagnostik, ist in Österreich gesetzlich verankert, nämlich im Gentechnikgesetz, das sich explizit auf die Notwendigkeit psychosozialer Beratung bezieht (§ 69 des Gentechnikgesetzes; GTG, 1994). Demnach hat vor und nach der Durchführung einer Genanalyse zur Feststellung einer Veranlagung für eine Erbkrankheit eine ausführliche Beratung der zu untersuchenden Person bzw. der Schwangeren im Rahmen einer pränatalen Untersuchung stattzufinden, wobei neben der Erörterung der medizinischen Fakten die sozialen und psychischen Konsequenzen erfasst werden müssen. Auf die Zweckmäßigkeit einer Beratung durch einen Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter wird im Gentechnikgesetz ausdrücklich hingewiesen.

Ein wichtiger Schritt in der Etablierung einer fundierten Beratung bestand in der Erarbeitung von Richtlinien zur psychosozialen Beratung im Rahmen der pränataldiagnostischen Untersuchungen und die Konzeptualisierung eines Fortbildungs-Curriculums Pränataldiagnostik für BeraterInnen im Rahmen der gesetzlich anerkannten Familienberatungsstellen (Fiegl, 2001; im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen). Erste Fortbildungen wurden unter der Trägerschaft der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe bereits durchgeführt.

Die Bedeutung der psychosozialen Beratung im Rahmen der genetischen Beratung wurde in den aktuellen *Leitlinien für die genetische Beratung* erneut betont (BMGF, 2002; Gentechnikbuch: 2. Kapitel; <http://www.bmgf.gv.at>). Diese Leitlinien sind das Ergebnis der Beratungen einer multidisziplinär besetzten Arbeitsgruppe, die vom wissenschaftlichen Ausschuss der Gentechnikkommission für Genanalyse und Gentherapie am Menschen eingesetzt wurde. Die Leitlinien legen fest, dass die genetische Beratung nicht direktiv durchgeführt werden darf und das Ziel haben soll, dem Betroffenen eine autonome Entscheidung zu ermöglichen. In den Leitlinien wird in Bezugnahme auf das Gentechnikgesetz wiederholt betont, dass auf die Zweckmäßigkeit einer psychotherapeutischen bzw. einer Beratung durch einen Sozialarbeiter schriftlich hinzuweisen ist. Für diese psychotherapeutische Beratung sind gesetzlich zugelassene PsychotherapeutInnen mit einer zusätzlichen nachgewiesenen Qualifikation auf dem Gebiet der Humangenetik heranzuziehen.

3.4.7 Biomedizin und Bioethik

Die rasanten Entwicklungen der Gen- und Biotechnologie im vergangenen Jahrzehnt haben in der Fortpflanzungsmedizin fundamentale Fragen der Grenzen von Forschung und Medizin aufgeworfen, deren Klärung noch weitgehend zu leisten ist. Da die rechtlichen Regelungen und die Praxis der neuen Gentechnik-basierten diagnostischen und therapeutischen Methoden in der Medizin in den europäischen Ländern sehr unterschiedlich sind, wurde ein Ansatz zur rechtlichen und ethischen Richtungsbestimmung durch die **Biomedizinkonvention des Europarates** vorgelegt. Diese *Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin – Konvention über Menschenrechte und Biomedizin* dient primär dem Ziel, „die Würde und die Identität aller menschlichen Lebewesen“ zu schützen und „jedermann ohne Diskriminierung die Wahrung seiner Integrität sowie seiner sonstigen Grundrechte und Grundfreiheiten im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin“ zu gewährleisten (Artikel 1). Das Übereinkommen will im Bereich der Biomedizin einen menschenrechtlichen Mindeststandard sichern. Die Möglichkeit der Staaten, einen über das Übereinkommen hinausgehenden Schutz zu gewähren, wird nicht beschränkt (Artikel 27).

Die Republik Österreich hat in Oviedo am 4. April 1997 grundsätzlich dieser Konvention zugestimmt, aber noch nicht unterzeichnet und ratifiziert. Österreich hat folgende Vorbehalte geäußert: (1) die zu wenig einschränkende Regelung der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung an einwilligungsunfähigen Personen (z. B. Kindern, geistig Behinderten oder psychisch Kranken); (2) die den Mitgliedsstaaten offen stehende Möglichkeit unter bestimmten Voraussetzungen die Entnahme von regenerierbarem Gewebe an Handlungsunfähigen zuzulassen (3) die Regelung betreffend Embryonenforschung. Weitere Kritikpunkte an der Biomedizinkonvention sind, dass wichtige ethische Fragen der Medizin – wie Abtreibung, Reproduktionsmedizin, Hirntod, Euthanasie, Patentierung menschlicher Gene und Gewebe, ... – in diesem Regelwerk überhaupt nicht behandelt werden.

3.4.8 Präimplantationsdiagnostik

Präimplantationsdiagnostik (PID) bezeichnet die genetische Untersuchung von Embryonen vor Übertragung in den Uterus der Frau bei künstlicher Befruchtung (In-vitro-Fertilisation, IVF). Die PID hat das Ziel, mittels gentechnischer Methoden bestimmte Chromosomen-Anomalien oder Genmutationen zu diagnostizieren.

Einer der Hauptdiskussionspunkte aus Sicht der Frauen ist, dass die PID, vergleichbar den Erfahrungen, die zur Pränataldiagnostik vorliegen, den Druck auf die Frauen erhöhe, nur gesunde Kinder zur Welt bringen zu dürfen. Des Weiteren wird in die Diskussion das Argument eingebracht, dass eine Ausweitung der PID eine zunehmende Stigmatisierung und Diskriminierung behinderter Menschen begünstige. Eine Befürchtung im Zusammenhang mit der Ausweitung der PID ist auch, dass dies einen *Dammbruch* für die breite Anwendung anderer biomedizinischer Verfahren, wie der verbrauchenden Embryonenforschung, dem Klonen oder den Keimbahnmanipulationen bewirken könne.

3.5 Frauen im reproduktiven Alter: Gesundheit und Geburt

Schwangerschaft und Geburt

Hinsichtlich Schwangerschaft und Geburt kam es in den vergangenen zwei bis drei Jahrzehnten zu tief greifenden Veränderungen: noch nie zuvor in der Geschichte war die Geburtenzahlen so niedrig wie derzeit in Europa, dem steht ein zunehmender medizinischer und technischer Aufwand bei der Schwangeren- und Geburtsbetreuung gegenüber.

In Österreich fanden im Jahr 2002 98,4 Prozent der Geburten in Krankenhäusern statt, nur 753 Frauen von 77.112 Frauen, die 2002 ihr Kind geboren haben, brachten dieses zu Hause zur Welt, weitere 148 Frauen haben bei ihrer Hebamme geboren. Nur wenige Frauen (1,7 Prozent) entschieden sich für eine ambulante Geburt im Krankenhaus, d.h. mit einem Spitalsaufenthalt von weniger als 24 Stunden nach der Geburt.

Die zunehmende Technisierung der Geburt war Anlass und Ausgangspunkt für eine groß angelegtes Forschungsprojekt an der Universität Osnabrück zur *Technisierung der normalen Geburt – Interventionen im Kreissaal* (Schwarz und Schücking, 2004), bei dem mehr als eine Million Geburten analysiert wurden (N=1.066.802 der Jahrgänge 1984-1999), die im Rahmen der niedersächsischen Perinatalerhebung erfasst worden sind. Eines der Hauptergebnisse der Studie war, dass Risikoschwangerschaften immer mehr zur Regel werden: im Jahr 1999 wurden bei 74 Prozent aller schwangeren Frauen Schwangerschaftsrisiken im Mutterpass angegeben. Eine weitere Beobachtung dieser Studie war, dass immer mehr Schwangere sich zusätzlich zu den empfohlenen Untersuchungen medizinisch rückversichern und z.B. mehr als die im Mutterpass vorgesehenen Untersuchungen in Anspruch nehmen (v.a. Ultraschall-Untersuchungen).

Die Frage bleibt offen und zu diskutieren, ob die zunehmende Medikalisierung und Technisierung von Schwangerschaft und Geburt tatsächlich die Sicherheit von Mutter und Kind erhöhen und letztendlich einen Beitrag zu mehr Selbstbestimmung der Frauen leisten können.

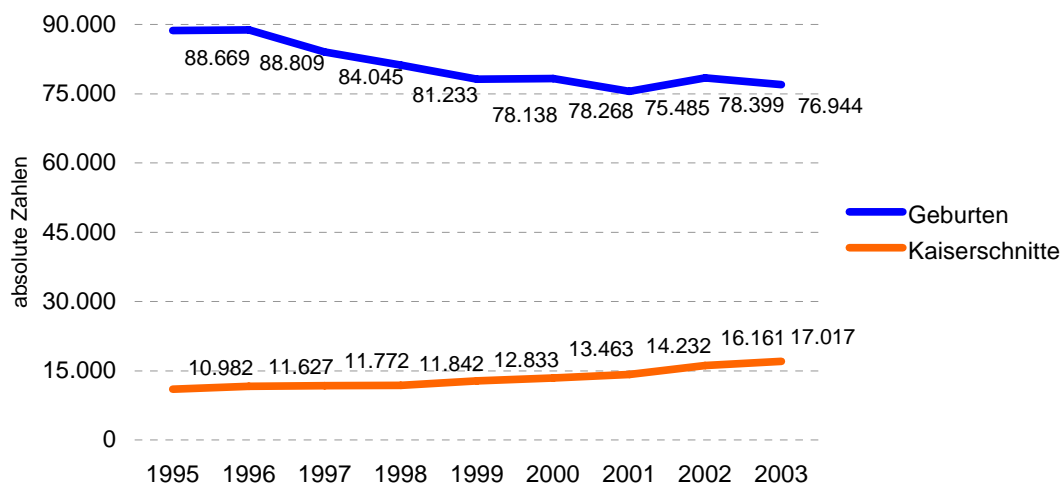
Der zunehmenden Technisierung von Schwangerschaft und Geburt stehen aber auch zahlreiche und vielfältige Bemühungen gegenüber, diesem Trend entgegen zu wirken. Als ein Beispiel seien die Kriterien für eine mütterfreundliches Krankenhaus bzw. Geburtshaus angeführt (Ten Steps towards a Mother Friendly Hospital; Coalition for Improving Maternity Services, 1996).

Kaiserschnitt auf Wunsch (elektive Sectio)

Die Diskussion über den *Kaiserschnitt auf Wunsch (elektive Sectio)* wird seit Anfang der neunziger Jahre - sei es öffentlich oder bei GeburtshelferInnen, GynäkologInnen, geburtshilflichem Pflegepersonal und Hebammen - kontroversiell geführt; nicht zuletzt ausgelöst durch die national und international steigenden Sectio-Raten.

Seit den siebziger Jahren ist ein **Anstieg der Sectio-Raten** zu verzeichnen und hat seither in einzelnen Ländern ein Ausmaß von bis zu 30 Prozent erreicht, wie z.B. in Lateinamerika und Asien (Belizán et al., 1999). Österreich liegt mit einer Kaiserschnitttrate von 22,1 Prozent im Jahr 2003 etwa auf dem Niveau von England, Schottland oder Kanada. Von den 76.944 Lebendgeburten des Jahres 2003 in Österreich wurden 22,1 Prozent mit Kaiserschnitt durchgeführt. 1995 betrug die Rate noch 12,4 Prozent, das bedeutet eine Zunahme von 9,7 Prozent in acht Jahren. Am höchsten war die Kaiserschnitttrate 2003 im Burgenland (25,7 Prozent), am niedrigsten in Salzburg (17,5 Prozent).

Abbildung 3-5. Anstieg der Sectio-Häufigkeit in Österreich (1995-2003)



Quelle: Statistik Austria, 2004

Aus der Perspektive der Frau, die möglicherweise im Verlauf ihrer Schwangerschaft mit der Entscheidung für eine Sectio konfrontiert wird - sei es aus medizinischen oder persönlichen Gründen - ist die Frage zu stellen, ob die spezifischen Bedürfnisse der Frauen hinsichtlich Information, Fakten, Betreuung, Pflege und medizinischer Aspekte zum Thema Kaiserschnitt ausreichend sind.

Die Kontroverse pro und contra elektive Sectio

In Österreich wird ausgehend von der Universitätsklinik für Geburtshilfe und Gynäkologie in Wien ein *Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe* zur Diskussion gestellt (Husslein 2000 a, b; Husslein und Langer 2000; Husslein 1999 a, b, c; Joura und Husslein 2001; Joura 2001). Die Sectio wird als der *Entbindungsmodus der Zukunft* gesehen. Husslein und Langer (2000) vertreten die Meinung, "dass es heute für eine Schwangere möglich sein muss, zwischen den Risiken, die sie zu tragen bereit ist, zu wählen und dementsprechend den Wunsch nach einer Sectio zu äußern." Neben der Wahlfreiheit für die Frau werden die stetige Senkung der Mortalität durch Sectio auf das Niveau der vaginalen Geburt, die Schonung des Beckenbodens und die Bewahrung der Kontinenz des Urogenitalorgans als stärkste Argumente für die elektive Sectio angeführt.

Kritiker der elektiven Sectio führen als Argument an, dass eine niedere Kaiserschnitttrate bislang als geburtshilflicher Qualitätsparameter galt (z.B. Krause, 2002). Ein nachhaltiges Argument gegen die elektive Sectio ist aus der Sicht der Kritiker das Risiko für nachfolgende Geburten: nach Sectio ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die nachfolgende Geburt wieder eine Sectio erfordert und es sind maximal drei Kaiserschnitt-Geburten möglich. Die Folgen einer Sectio sind die einer Bauchoperation, d.h. auch, dass es bei einer weiteren Geburt Probleme mit der Narbe geben kann (Uterus-Ruptur). Auf der psychosozialen Ebene liegen Beobachtungen von Hebammen vor, dass nach Kaiserschnitt-Geburten die Wochenbettdepression stärker ausgeprägt sein und länger dauern kann. Kritiker führen weiters an, dass die elektive Sectio jene Entbindungsform sei, die für die/den GeburtshelferIn den geringsten Aufwand mit sich bringe und die der Frau als Beckenboden-schonende (*saving the love channel*), planbare und sichere Alternative zur *natürlichen* Geburt angeboten wird.

Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ist im 20. Jahrhundert durch die Anhebung des allgemeinen Lebensstandards und die Verbesserung der medizinischen Versorgung kontinuierlich stark zurückgegangen, dennoch ist nach wie vor ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialen und Umweltfaktoren wie Nationalität, Schulbildung, Alter und Region und dem Ausmaß der Säuglingssterblichkeit zu erkennen.

Die Säuglingssterblichkeit ist bei Kindern von MigrantInnen höher, weist jedoch auch abnehmende Tendenz auf. Betrug in Deutschland die Säuglingssterblichkeit 1992 bei Deutschen 5,9 je 1.000 Lebendgeborene vs. 8,0 bei AusländerInnen, war 1999 das Verhältnis 4,4 vs. 5,4 (Beauftragte für Ausländerfragen, 2002; S.356). In Österreich betrug im Jahr 2000 die Säuglingssterblichkeit 6,9 je 1.000 Lebendgeborene bei ÖsterreicherInnen vs. 9,8 bei Nicht-ÖsterreicherInnen (11,6 bei türkischer, 9,5 bei ex-jugoslawischer Nationalität).

Neben der Nationalität beeinflussen auch die Schulbildung und das Alter der Mutter die Säuglingssterblichkeit zu beobachten, und zwar ist hängt bei geringer Schulbildung und mit einem Alter der Mutter unter zwanzig und über 35 Jahren erhöhte Säuglingssterblichkeit zu beobachten.

Geburt und psychische Erkrankungen

Die Zeit nach der Geburt eines Kindes ist für viele Frauen nicht ausschließlich von Glück geprägt: neben leichten depressiven Verstimmungen und Angstsymptomen können schwere, lang anhaltende Depressionen und in seltenen Fällen auch Psychosen auftreten. Die Postpartalen Depressionen werden aus der Sicht der Psychiatrie nicht als eigenständiges Krankheitsbild aufgefasst und in den gebräuchlichen internationalen Diagnosekriterien (ICD-10, DSM-IV) sind sie als solches auch nicht enthalten. Schwerere Formen der postpartalen Depression, das heißt postpartale Psychosen, sind sehr selten und betreffen rund 0,1 bis 0,2 Prozent der Frauen, d.h. ein bis zwei Frauen pro 1.000 Frauen nach der Geburt (Schmitt, 2001).

Im Gegensatz zur der Zeit nach der Geburt kommt es während der Schwangerschaft seltener als bei nicht schwangeren Frauen zu psychischen Ersterkrankungen. Ein protektiver Effekt der Schwangerschaft aufgrund der hormonellen Veränderungen (Anstieg von Östrogenen, Progesteron) wird in der Fachliteratur diskutiert (Riecher-Rössler, 1997). Faktum ist jedoch, dass die nicht-psychotischen Formen der PPD eine massive psychische und psychosoziale Belastung von Frauen vor und nach der Geburt darstellen, der lange Zeit zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Es herrscht in Fachkreisen Einigkeit darüber, dass die PPD meist nicht früh genug oder nicht dem Schweregrad angemessen wahrgenommen wird.

Risikofaktoren für das Entstehen von Postpartalen Depressionen

Die Häufigkeit von postpartalen Depressionen ist gegenüber der Depressionshäufigkeit bei nicht gebärenden Frauen einer vergleichbaren Altersgruppe nicht wesentlich erhöht. Es konnten auch keine Zusammenhänge zwischen der Schwere der postpartalen Depression und hormonellen Faktoren gefunden werden (O'Hara, 1991; Kühner, 2001; S. 181). Risikofaktor für die Entwicklung postpartaler Depressionen sind zum einen depressive Zustände während der Schwangerschaft, zum anderen frühere depressive Episoden. Konsistente Ergebnisse finden sich in der Fachliteratur zur Bedeutung von psychosozialen Faktoren: vor allem chronische Belastungen wie Partnerschaftsprobleme, finanzielle Schwierigkeiten, mangelnde soziale Unterstützung durch das Umfeld. Ein besonders hohes Risiko einer PPD haben alleinerziehende Mütter. Es liegen Befunde vor, dass auch Männer postpartale depressive Zustände entwickeln können (Ballard 1994, zitiert nach Kühner, 2001).

Postpartale Depression in Österreich

In Österreich liegt bislang eine epidemiologische Studie von Herz et al. (1997) vor, die an 1.134 Wöchnerinnen in Wien und Graz durchgeführt worden war. Die Prävalenz der PPD lag drei Monate nach der Geburt bei 15,7 Prozent, sechs Monate nach der Geburt bei 13,6 Prozent. Wenn man die Frauen über beide Zeitpunkte betrachtet, so haben 21,2 Prozent der ursprünglich 1.134 Frauen zumindest zu einem Testzeitpunkt in den ersten sechs Monaten nach der Geburt ihre Stimmung als depressiv bewertet.

Stillen

Das Stillen bringt für Mutter und Kind zahlreiche gesundheitliche Vorteile mit sich. Die Einstellung zum Stillen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten grundlegend verändert: In den 1950er und 1960er Jahren sank die Häufigkeit des Stillens aufgrund der steigenden Verwendung von industriell hergestellter Fertignahrung für Säuglinge. Seit Anfang der 1970er Jahre ist jedoch eine Zunahme der Stillhäufigkeit zu beobachten. Die Förderung des Stillens ist ein internationales Ziel von WHO und UNICEF.

Der Vergleich der Ergebnisse einer empirischen Studie zum Thema Stillen in Österreich, wobei 1.168 Müttern in ganz Österreich befragt wurden (ÖBIG, 1998) zu jenen einer früheren Studie (Haschke, 1985) zeigte: Sowohl die Anfangsstillrate als auch der Prozentsatz der Frauen, die voll bzw. teilweise stillten, waren 1998 höher als 1985. Im Jahr 1998 haben 46,2 Prozent der befragten Frauen ihr Kind sechs Monate voll gestillt, im Jahr 1985 nur 7,3 Prozent. Das heißt, dass in Österreich die Forderung der WHO, dass alle Kinder zumindest ein halbes Jahr lang ausschließlich gestillt werden sollen, zwar nicht erfüllt ist, aber die Stillrate stark gestiegen ist.

Der Stillzeitraum ist umso länger, je älter die Mutter bei der Geburt ist, je höher die Bildung der Mutter ist und je mehr Kinder die Frau schon geboren hat. Des Weiteren stillen Frauen länger, die ambulant im Spital entbunden haben als Frauen, die stationär im Spital waren; ebenso stillen Frauen mit 24-Stunden-Rooming-in länger als Frauen, die von ihrem Kind getrennt wurden. Frauen, die ihre Kinder innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt anlegen konnten, stillen über einen längeren Zeitraum als Frauen, die ihr Kind erst später zum ersten Mal angelegt haben.

Als Hauptgründe für die Entscheidung zum Stillen wurden die positive Erfahrung beim Stillen eines frühen Kindes, der Schutz vor Infektionen und Allergien, der praktische und der finanzielle Vorteil

des Stillens genannt. Größtes Problem beim Stillen stellt für viele Frauen das Wundwerden der Brustwarzen dar (ÖBIG, 1998; S. II ff.).

Tabelle 3-3. Nationale und internationale Empfehlungen zum Stillen

Angaben in Monaten	Vollstillen	Maximale Stilldauer	Erste Beikost
WHO	6	24	7
American Academy of Pediatrics	6	12	7
Pädiater Österreich	4-6	6-24	5-7
Österreichisches Hebammengremium	6	nach Bedarf	7
Kinderkrankenschwestern	6	nach Bedarf	7
La Leche Liga	6	nach Bedarf	7
Laktationsberaterinnen	6	nach Bedarf	7
Ernährungswissenschaft	4-6	6	5
Diätassistentinnen	4	12	5

Quelle: ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen), 1998, S. 31

3.6 Wechseljahre, sexuelle Gesundheit und Altern

Menopause ist keine Krankheit, sondern ein Teil des normalen Alterungsprozesses, der per se keiner therapeutischen Intervention bedarf. - Diese Sichtweise der Menopause wurde von der WHO bereits 1981 betont: Der Gesundheitszustand der Frauen in dieser Zeit stelle sich nicht als endokrinologischer Mangelzustand dar, der durch Hormonsubstitution korrigiert werden könne oder solle (WHO Technical Report; WHO, 1981).

Zur Definition und Vorkommen von Wechseljahr-Symptomen kommt eine aktuelle Expertise aufgrund von Analysen empirischer Studien zu folgendem Schluss: *„Das Auftreten und die Stärke von Wechseljahr-Erscheinungen bei Frauen variieren in einer Weise zwischen und innerhalb von Kulturen, dass ein universelles Muster nicht zu erkennen ist. Die Definition eines Menopause-Syndroms erscheint in ihrem Sinn fragwürdig. Die Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren können Frauen anfälliger machen. Etwa ein Drittel erfährt die Wechseljahre als einschränkend oder belastend, eine Aussage, die sich nicht objektivieren lässt, da sie immer an die individuelle Bewertung der Trägerin, die sie berichtet und an den sozialen Kontext, in dem sie auftritt, gebunden ist. Psychovegetative Symptome scheinen von anderen Faktoren beeinflusst zu sein als vasomotorische, auch wenn diese Unterscheidungen für die Realität der einzelnen Frau wenig Bedeutung haben mag.“* (Stolzenberg und Sachse, 2003; S. 21; im Auftrag der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“)

Kontroverse um die Hormonersatztherapie

Seit die bislang größte Studie zu Nutzen und Risiken der Hormonersatztherapie, die *Women's Health Initiative (WHI)*-Studie im Mai 2002 vorzeitig abgebrochen wurde, wurde das Thema Hormonersatztherapie öffentlich sehr kontrovers diskutiert. Der Grund des Abbruchs der WHI-Studie: In der in dieser Studie mit einer Östrogen-Gestagen-Kombination behandelten Gruppe von Frauen waren die Fälle von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Brustkrebs höher als in der unbehandelten Gruppe.

Hormonersatztherapie wird seit den 1960er Jahren verabreicht. Nach zahlreichen Studienergebnissen, die positive Effekte, wie z.B. die Reduktion des Risikos für koronare Herzerkrankungen und Osteoporose nachweisen konnten, erreichte die Verschreibung Ende der 1990er Jahre ihren Höhepunkt: in Deutschland wurden 1999 über eine Milliarde Tagesdosen verordnet (Schwabe und Paffrath, 2003; zitiert nach Kundi, 2004). Anfang der 1970er Jahre hat die amerikanische und mit einiger zeitlicher Verzögerung Anfang der 1990er Jahre die europäische Frauengesundheitsbewegung gegen die Pathologisierung und Medikalisierung von Frauen in der Menopause durch die Hormonersatztherapie angekämpft. Die Gegenposition wurde u.a. von der Deutschen Monopausegesellschaft eingenommen, die die Notwendigkeit des Hormonersatzes als vorherrschende Schulmeinung etablierte (z.B. Boston Women's Health Book Collective, 1971; Feministisches Frauen Gesundheitszentrum (FFGZ), 1990; Groth, 1992 und 1994; siehe Stolzenberg und Sachse, 2003, S. 12). In der Bremer Erklärung *wechseljahre multidisziplinär*¹⁰ wurde der Versuch unternommen, vor allem die Sichtweise und Betroffenheit der Frauen in den Vordergrund zu stellen (Jahn, 2004). Als Reaktion auf die kontroverielle öffentliche Diskussion der Hormonersatztherapie haben zahlreiche Fachgesellschaften Empfehlungen und Stellungnahmen über deren Anwendung veröffentlicht (Kundi, 2004; S.17). Im November 2003 wurde vom BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und der OEGGG – Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ein Konsensuspapier zur Hormonersatztherapie veröffentlicht (gynaktiv 1/2004; S.70-72).

Konsensusempfehlungen zur Hormonersatztherapie

¹⁰ www.wechseljahre.uni-bremen.de/ BremerErklaerung_230203.pdf

des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) und der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

Am 27. November 2003 wurde vom BMGF und der OEGGG ein Konsensuspapier bezüglich Hormonersatztherapie (HRT) erarbeitet (gynaktiv 1/2004, S.70-72). Im Folgenden ein Auszug daraus:

Box 3-1. Konsensusempfehlungen zur Hormonersatztherapie (BMGF, OEGGG)

PRÄAMBEL: Es wird betont, dass die Empfehlungen auf Nutzen-Risiko-Analysen aus den beiden Studien WHI (Women's Health Initiative) und HERS (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study) beruhen, die bisher einzigen Studien nach Evidence-based Medicine, Level I (randomized placebocontrolled trials, RCTs), in denen mit genügender Fallzahl so genannte klinische Endpunkte unter einer HRT bestimmt werden.

INDIKATIONSSTELLUNG:

Indikation: das mittels alternativer Strategien nicht behandelbare, mittelschwere bzw. schwere klimakterische Syndrom (Wallungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, psychische Labilität, Trockenheit von Haut und Schleimhäuten, urogenitale Beschwerden, Beeinträchtigung der Vita sexualis, etc.). Keine Indikation zur HRT sind die Prävention und Behandlung der Osteoporose, die Prävention des Dickdarm-Karzinoms, die kardiovaskuläre Prävention.

Risikofaktoren / Kontraindikationen: *Absolute Risikofaktoren:* hormon-abhängiges Malignom (Brust, Endometrium, Melanom), thromboembolische Prozesse, schwere Herz-, Nieren- oder Lebererkrankungen, nicht abgeklärte abnorme Genitalblutungen; *Relative Risikofaktoren:* hoher Alkoholkonsum, ausgeprägte Adipositas, Hochdruck, Diabetes mellitus, Gallenwegserkrankungen; zu beachten sind weiters: dichtes Mammaparenchym, hohe Knochendichte.

Individuelle Risikoevaluation: Obligat sind: ● Erstellung einer Anamnese (Familienanamnese zu Malignomen, Diabetes mellitus, Gerinnungsstörungen etc.; Eigenanamnese zu Alter, Herz-Kreislauf-Risiko, Thrombosegefährdung, BMI, Lebererkrankung, Hormonbehandlung, Lebensstil hinsichtlich Alkohol, Nikotin, Ernährung, Sport etc., geburtshilfliche Anamnese, gynäkologische Anamnese hinsichtlich Amenorrhöedauer, abnorme genitale Blutungen, Operationen. ● Gynäkologische Untersuchung ● Mammographie ● Bei Risikokonstellation: Laboruntersuchung (NBZ, Lipidprofil, LFP, Gerinnung, Hormonstatus inkl. Schilddrüse)

Fakultative Untersuchungen: Osteodensitometrie, Gen-Polymorphismen

Kontrolluntersuchungen: Obligat sind: ● Ärztliches Gespräch ● Gynäkologische Untersuchung ● Mammographie; Fakultative Untersuchungen: Vagnialsonographie, Östradiol, SHBG, Osteodensitometrie. **Die Befindlichkeit der Patientin ist jährlich zu erfragen und die Indikationen zur HRT sind zu überprüfen.**

STELLENWERT DER PHYTOHORMONE: Es wurde festgestellt, dass keine Daten aus prospektiv randomisierten Studien verfügbar sind. Wenn eine Besserung der Beschwerden erreicht werden kann, kommen sie als Komplementärtherapie in Frage. Sie stellen jedoch keine *echte* Alternative bei (mittel-)schwerem klimakterischem Syndrom dar. Weiters ist bei entsprechender Dosierung (möglicherweise) ein stimulatorischer Effekt auf das Brustgewebe gegeben, da Anitöstrogene (z.B. Tamoxifen) aus Bindungsstellen verdrängt werden.

ZUSAMMENFASSUNG: Zusammenfassend wird festgestellt, dass eine HRT die einzige wirksame Möglichkeit zur Therapie des mittels alternativer Strategien nicht behandelbaren, (mittel-)schweren klimakterischen Syndroms ist, dass allerdings diese Art der Medikation nur bei gegebener Indikation erfolgen soll. Bei Information der Patientin ist auch auf die Risiken der HRT einzugehen (Erhöhung der Inzidenz von klinischen Mammakarzinomen).

BERATUNG, PRÄPARATEWAHL, DOSIERUNG:

Beratung: Es wurde einstimmig festgestellt, dass es an der Patientin selbst liegt, nach Beratung durch ihre/n ÄrztIn zu entscheiden. Die Beratung sollte sich auch auf Lebensstil-Faktoren beziehen.

Präparatewahl: die Gefahr unerwünschter Nebenwirkungen besteht bei allen systemisch wirkenden Hormonpräparaten, bei Kombination von Östrogenen mit Gestagenen ist das Risiko für Mammakarzinom (möglicherweise) höher als bei Östrogenmedikation allein.

Dosierung: Die HRT-Dosis hat dem „low dose“-Prinzip zu entsprechen (niedrigste Dosis, die noch Wirkung zeigt), weiters ist die HRT so kurz wie möglich durchzuführen, wobei eine jährliche Evaluierung bezüglich Benefit/Risiko vorzunehmen ist. Da es für eine indizierte HRT keine zeitliche Begrenzung gibt, wird darauf hingewiesen, dass bei bis zur vierjährigen HRT-Dauer eine Risikoerhöhung eher unwahrscheinlich ist.

Wünsche, Vorstellungen und Erwartungen der Patientin sind zu kennen; der angestrebte Nutzen jeder HRT ist in Verhältnis zu den potenziellen Risiken zu setzen. Die Patientin hat nach entsprechender Beratung zu entscheiden!

Sexuelle Gesundheit und Altern

Der Sexualität und der sexuellen Gesundheit der Frau nach der Menopause wird erst seit kurzem vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt, die Thematik war lange Zeit von Tabus und Vorurteilen geprägt. Inzwischen liegt eine Reihe von empirischen Befunden vor, die auf eine große individuelle Bandbreite des Verlaufs der sexuellen Aktivität und des sexuellen Interesses im höheren Alter hinweisen, die als Reaktion auf die vielfältigen körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungsprozesse mit zunehmendem Alter zu verstehen sind. Die Sexualität älterer Frauen wird in Fachkreisen meist getrennt von jener der des älteren Mannes gesehen, ebenso wie Studien mit medizinisch-physiologischen Aspekten der Sexualität nur selten psychosoziale Fragen einbeziehen und umgekehrt (Bitzer, 2003). Von medizinischer Seite sind die erektile Dysfunktion des Mannes und

die durch die Menopause bedingten Veränderungen der Frau die in der Fachliteratur am häufigsten beschriebenen sexuellen Phänomene (von Sydow, 2004).

Studien und eine umfassende Metaanalyse zum Thema Sexualität bei Frauen ab einem Alter von 50 Jahren wurden von Sydow vorgelegt (1992a, 1992b, 1993, 1994, 2000). In einem Großteil der analysierten Studien war die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs die am meisten untersuchte Dimension der Sexualität. Fazit: Fast alle Paare im Alter von 65 bis siebzig Jahren haben Geschlechtsverkehr, ab siebzig Jahren etwa noch ein Drittel der Paare. Was das sexuelle Interesse betrifft, kann man aus den vorhandenen empirischen Daten den Schluss ziehen, dass etwa zwei Drittel der Frauen bis zum siebzigsten Lebensjahr, und ein Drittel der Frauen bis zum achtzigsten Lebensjahr sexuell interessiert bleiben.

3.7 Gesundes Alter(n): Gesundheitszustand und -risiken älterer Frauen

Für die Gesundheit im Alter spielen sowohl personale Faktoren (Lebensbedingungen wie z.B. Bildung, Einkommen, Wohnsituation, Ressourcen und Belastungen, Risikofaktoren wie etwa gesundheitsriskantes Verhalten, Erkrankungen in früheren Lebensjahren, körperliche und geistige Aktivität, Einstellungen, etc.) als auch die gesellschaftlichen, ökologischen und infrastrukturellen Bedingungen eine Rolle. Unter anderem kommt den Möglichkeiten der medizinischen und rehabilitativen Versorgung besondere Bedeutung zu. Die gerontologische Forschung verweist vor allem auf den Aspekt der sozialen Ungleichheit im Lebensverlauf. Durch die Herkunft und die Sozialisation bedingte Ungleichheiten durchdringen alle Lebensphasen und werden im Alter verstärkt, wodurch es zur **Kumulation von Benachteiligungen** bei bestimmten Gruppen von Betagten kommt (Höpflinger et al., 1994).

Ein wesentlicher Aspekt des Alters bzw. Alterns ist seine geschlechtsspezifische Dimension: Die gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere der Strukturwandel des Alters, zeigen ihre negativen Begleiterscheinungen und Konsequenzen eher bei Frauen, die positiven eher bei den Männern. Entsprechend spricht Backes (1994) in diesem Zusammenhang von einem **quantitativ und qualitativ unterschiedlichen Alter(n) der Geschlechter**. Frauen sind mit mehr grundlegenden Veränderungen bzw. Verlusten lebensbestimmender Aufgaben und Beziehungen konfrontiert, die altersrelevanten Einschnitte konzentrieren sich bei ihnen auf einen längeren Zeitrahmen 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, stehen bei den Frauen darüber hinaus weitere Veränderungen und Verluste an. Neben dem Auszug der Kinder, dem Ende der eigenen Erwerbsarbeit bzw. des Partners sind ältere Frauen auch häufig mit der Übernahme neuer familiärer Aufgabenbereiche (Pflege kranker und/oder alter Familienmitglieder, meist hoch betagter Eltern, Schwiegereltern und später des Partners, Betreuung der Enkelkinder etc.) konfrontiert. Im höheren Alter steht bei den Frauen die Bewältigung des Partnerverlustes, des Allein-Weiterlebens, Fragen der Hilfe durch die eigenen Kinder und professionelle Kräfte bzw. des Umzugs in ein Alten- und Pflegeheim im Vordergrund (Backes 1994). 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 im hohen Alter meist zu. Die Befunde zu Familienstand, Haushaltstyp, Wohnbedingungen, Bildungsstand, Einkommen und Vermögen, Gesundheit, Pflegebedarf zeigen, dass das Altern bei Frauen mit größeren Risiken sowohl in materieller, sozialer und gesundheitlicher Hinsicht verbunden ist als jenes der Männer (Kruse, 2002).

Multimorbidität im höheren Alter betrifft besonders Frauen

Charakteristisch für die Gesundheit im Alter, insbesondere für jene der Frauen, ist die Multimorbidität, d.h. das gleichzeitige Auftreten mehrerer (vor allem chronischer) Krankheiten. In der Berliner Altersstudie wurde bei 96 Prozent der siebzيجjährigen und älteren Menschen mindestens eine und bei dreißig Prozent fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Krankheiten diagnostiziert. Die Multimorbidität nimmt mit zunehmendem Alter zu. Die höhere Lebenserwartung der Frauen ist einer der Gründe für ihre häufigere Multimorbidität.

Herz-Kreislaufkrankungen bei Frauen im Alter

Die Herz-Kreislaufkrankungen bei Frauen wurden in der Wissenschaft und in der medizinischen Versorgung lange nicht beachtet, obwohl sie bei älteren Frauen für mehr als die Hälfte der Sterbefälle verantwortlich sind. Im Jahr 2002 waren in Österreich bei den im Alter von 65 und mehr Jahren verstorbenen Frauen 58,8 Prozent der Fälle auf eine Krankheit dieser Krankheitsgruppe zurück zu führen. Mit der Zunahme der Lebenserwartung der Frauen steigt zudem die absolute Zahl der auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückzuführenden Todesfälle, was den Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung insbesondere im höheren Lebensalter deutlich erhöht. Die Herzinfarkt mortalität der Frauen nimmt mit dem Alter zu, sie ist zwar in allen Altersgruppen niedriger als jene der Männer, mit zunehmendem Alter verringert sich jedoch der Abstand zwischen den Geschlechtern. Auf die frauentypische Beschwerdesymptomatik wurde bereits verwiesen.

Krebserkrankungen

Eine wichtige Rolle im Krankheitsspektrum älterer Frauen (und Männer) spielen Krebserkrankungen. Insgesamt sind nach den Angaben des Österreichischen Krebsregisters der Statistik Austria im Jahr 2000 in Österreich 11.855 Frauen und 13.326 Männer ab 60 Jahren neu an Krebs erkrankt. Das ist bezogen auf die Bevölkerung ab sechzig Jahren 1,2 Prozent der Frauen und 2,0 Prozent der Männer. Der überwiegende Teil der Krebsneuerkrankungen betrifft Personen ab sechzig Jahren: 70,1 Prozent aller Krebsneuerkrankungen von Frauen und 73,0 Prozent aller Krebsneuerkrankungen von Männern entfielen auf die Altersgruppe der Sechzigjährigen und Älteren. Mehr als ein Drittel (37,2 Prozent) der Krebsneuerkrankungen von Frauen und etwa ein Viertel (26,0 Prozent) jener der Männer betrafen Personen ab 75 Jahren.

Osteoporose

Von den subjektiven Beschwerden her stehen bei den älteren Frauen nicht die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern die Krankheiten des Bewegungsapparates wie Arthrosen, Osteoporose oder Dorsopathien, die zumeist mit chronischen Schmerzzuständen verbunden sind, im Vordergrund (Mayer und Balmes, 1996). So berichteten im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 (bezogen auf einen Zeitraum von zwei Wochen) 54 Prozent der 75-jährigen und älteren Frauen über Schmerzen im Bereich der Arme, Hände, Beine, Knie, Hüften und Gelenke, 47 Prozent hatten Schmerzen im Rücken- und Lendenbereich.

Für 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 (Schwenkglenks und Szucs, 2004, S.27). Von Osteoporose betroffen sind vorwiegend Frauen. Im Rahmen des *National Health and Nutrition Examination Survey III* (NHANES III) wurden für die weiße Bevölkerung in den USA auf der Basis der WHO-Definition Prävalenzen ermittelt; legt man diese Schätzungen auf Österreich um, wären von den 50-jährigen und älteren Frauen rund 782.600 Frauen von einer Osteopenie und rund 301.000 von einer Osteoporose betroffen.

Harninkontinenz

Harninkontinenz, d.h. unfreiwilliger Harnverlust kann zwar in jedem Alter auftreten, ist jedoch bei älteren Frauen weit verbreitet. Die Angaben zur Prävalenz der Harninkontinenz variieren, die Abweichungen sind zum Teil auf unterschiedliche Diagnosekriterien und Studiendesigns zurückzuführen. In US-amerikanischen Studien wurde für die Bevölkerung ab sechzig Jahren bei Frauen eine Prävalenz der Harninkontinenz von 35 Prozent und bei Männern von 17 Prozent festgestellt (Thom, 1998). Frauen ab sechzig Jahren sind demnach doppelt so häufig wie Männer von Harninkontinenz betroffen. Die Ursache für die stärkere Betroffenheit der Frauen liegt u.a. in der Vulnerabilität des weiblichen Schließmuskelsystems (Melchior, 2003). Besonders hoch ist der Anteil Betroffener in Pflegeheimen (fünfzig bis sechzig Prozent) (Füsgen, 1992).

Für Österreich liegen, abgesehen von regionalen Erhebungen, keine Angaben zur Prävalenz der Harninkontinenz vor. Im Rahmen einer im Großraum Wien durchgeführten Studie (unter TeilnehmerInnen an der Gesundenuntersuchung) gaben von den Personen ab siebzig Jahren, bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen, 36,0 Prozent der Frauen und 11,5 Prozent der Männer unwillkürlichen Harnverlust an (Madersbacher et al., 2000).

Inkontinenz führt zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen. 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 älterer Menschen belastend und kann zu negativen Reaktionen führen. Inkontinenz ist ein häufiger Grund für Einweisungen ins Pflegeheim und hat daher auch erhebliche volkswirtschaftliche Konsequenzen. Andererseits können aber auch Einweisungen ins Pflegeheim, vor allem wenn sie

unfreiwillig erfolgen, Inkontinenz auslösen bzw. eine bereits bestehende Inkontinenz verstärken. Selbst im höheren Alter kann einer Inkontinenz entgegengewirkt und so die Lebensqualität der Betroffenen gebessert werden.

Unfallhäufigkeit und Stürze im Alter

Unfälle im Alter haben erhebliche volksgesundheitliche und individuelle Folgen. Frauen ab sechzig Jahren haben doppelt so viele Unfälle wie Männer: Im Jahr 2002 wurden in Österreich 104.400 Unfälle von Frauen und 52.100 von Männern registriert. Rund neunzig Prozent der Unfälle älterer Frauen und drei Viertel der Unfälle älterer Männer sind Heim- und Freizeitunfälle. Im Jahr 2002 wurden in der Bevölkerung ab sechzig Jahren 93.700 Heim- und Freizeitunfälle von Frauen und 39.200 von Männern verzeichnet. Im Jahr 2000 führten Heim- und Freizeitunfälle in der Bevölkerung ab sechzig Jahren bei Frauen zu 40.338 stationären Aufenthalten mit insgesamt 494.592 Spitaltagen, bei Männern zu 18.095 Spitalsaufenthalten bzw. 180.975 Spitaltagen. Der größte Teil der Heim- und Freizeitunfälle älterer Menschen ereignet sich in der Wohnung (Frauen 49,6 Prozent, Männer 38,3 Prozent). Hauptgefahr für SeniorInnen sind Stürze, d.h. ungewolltes zu Boden gehen ohne äußere Ursache. Im Jahr 2002 waren 82,6 Prozent der Heim- und Freizeitunfälle von Seniorinnen und 72,2 Prozent jener von Senioren Stürze (Institut Sicher Leben, 2002).

Psychosoziale Gesundheit und Lebensqualität älterer Frauen

Für die Lebensqualität älterer Menschen ist vor allem die Fähigkeit, die eigene Autonomie und Unabhängigkeit zu wahren, von besonderer Bedeutung. In Österreich beträgt die Lebenserwartung bei guter Gesundheit und ohne Behinderungen (*healthy life expectancy*) für sechzigjährige Frauen 18,5 Jahre, für sechzigjährige Männer 15,7 Jahre (WHO, 2002a). Frauen im Alter von sechzig Jahren können im Vergleich zu den sechzigjährigen Männern im Durchschnitt mit einer um 2,8 Jahre längeren behinderungsfreien Lebenszeit rechnen. Allerdings sind Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung länger und auch häufiger als Männer von gesundheitlichen Einschränkungen, Multimorbidität, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit betroffen.

Insgesamt sind ältere Frauen (und Männer) mit ihrem Leben relativ zufrieden. Die gerontologische Forschung verweist in diesem Zusammenhang auf das *Paradox der Lebenszufriedenheit im hohen Alter* (Staudinger, 2000). Damit ist gemeint, dass trotz zunehmender Verlusterfahrungen die Lebenszufriedenheit im Alter recht stabil bleibt. Dies bestätigt sich auch aufgrund der Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 zur Lebenszufriedenheit der älteren Menschen in Wien. Interessanterweise nimmt die Lebenszufriedenheit bei sechzig- bis 74-jährigen Frauen (und Männern) sogar zu. Einbußen an Lebenszufriedenheit sind bei beiden Geschlechtern erst im höheren Alter von 75 und mehr Jahren zu verzeichnen. Aber auch von den 75-Jährigen und älteren ist etwas mehr als ein Drittel der Frauen und nahezu die Hälfte der Männer mit ihrer Leben hoch zufrieden. Im Hinblick auf die relative Stabilität der Lebenszufriedenheit im Alter wird vermutet, dass eine Vielzahl innerpsychischer Mechanismen dazu beiträgt, die Integrität des subjektiven Wohlbefindens alternder Menschen zu schützen (Brandstädter et al., 1993). 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 Potential des Alters.

Insgesamt sind aber ältere Frauen mit ihrem Leben weniger zufrieden als ältere Männer, wie sich anhand der Ergebnisse für Wien zeigt. Auch in der Berliner Alterststudie äußerten Frauen eine geringere Lebenszufriedenheit als Männer. Am stärksten wirken sich nach den Ergebnissen der Berliner Altersstudie die subjektiven Bewertungen von Einkommen und Vermögen, der Gesundheit, des sozialen Netzwerkes sowie der Freizeitaktivitäten auf die Lebenszufriedenheit aus (Mayer und Baltes, 1996). Ergebnisse dieser Art verweisen eindrucksvoll auf die Belastungen, die Altersarmut, die besonders Frauen betrifft, mit sich bringt.

Psychosoziale Beeinträchtigungen im Alter: Depression und Demenz

Während in der globalen Prävalenz psychischer Störungen im Alter kein Unterschied zwischen Frauen und Männern besteht, finden sich bei einzelnen psychischen Störungen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Chronische Angstzustände und affektive Störungen sind 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: Zum einen sind Frauen im Alter häufiger als Männer mit kritischen Lebensereignissen, wie z.B. dem Tod des Partners konfrontiert, zum anderen 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 mit Alkohol auf. Demenzerkrankungen sind bei Frauen häufiger als bei Männern. Der hohe Anteil an Alzheimer-Patientinnen ist zum Teil auf Alterstruktureffekte (mehr Frauen, die alt und sehr alt werden) zurückzuführen.

Demenzerkrankungen bei Frauen im höheren Lebensalter

Die Demenz ist eine der häufigsten und folgenschwersten psychischen 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 mit Vergröberung des Sozialverhaltens) und fehlende Hinweise auf einen vorübergehenden Verwirrheitszustand.

Die Verbreitung der Demenzerkrankungen bei Frauen in Österreich kann zurzeit nur ausgehend von Ergebnissen internationaler Studien geschätzt werden. Die Verbreitung der Demenz nimmt mit dem Alter zu. Frauen haben, insbesondere im höheren Alter, ein im Vergleich zu den Männern deutlich erhöhtes Risiko an einer Demenz zu erkranken als Männer. Eine neue Meta-Analyse zeigt einen Anstieg der Demenzerkrankungen bei den Frauen von einem Prozent bei den 65- bis Siebzigjährigen auf 30,8 Prozent bei den Neunzigjährigen und älteren, bei den Männern dagegen sind von den 65- bis Siebzigjährigen 1,6 Prozent betroffen, von den Neunzigjährigen und Älteren jedoch lediglich 22,1 Prozent. Die Zunahme der Demenzerkrankungen im höheren Alter ist vorwiegend auf die Alzheimer Demenz zurückzuführen. Da Demenzerkrankungen im höheren Alter vermehrt auftreten, ist aufgrund des zu erwartenden Anstiegs der Zahl betagter Menschen in Zukunft mit einer erheblichen Zunahme demenzieller Erkrankungen zu rechnen. Für Österreich ist mit einem Anstieg der etwa 90.500 Demenzkranken im Jahr 2000 auf 233.800 Demenzkranke bis zum Jahr 2050 zu erwarten (Wancata, 2002, S.53). Das heißt, die Zahl der Demenzkranken wird in den nächsten fünfzig Jahren auf das Zweieinhalbfache ansteigen, wobei der überwiegende Anteil der Erkrankten auf die Alzheimer Demenz zurückzuführen sein wird. Die Prävalenz aller Demenzerkrankungen wird bei über Sechzigjährigen von 5,41 Prozent im Jahr 2000 auf 8,28 Prozent im Jahr 2050 zunehmen. Eine geschlechtsspezifische Aufgliederung wurde in den Vorausschätzungen nicht vorgenommen.

Psychosoziale Langzeitpatientinnen in der stationären Altenhilfe

Die Situation in den stationären Einrichtungen der Altenpflege hat sich in Österreich im letzten Jahrzehnt erheblich verändert. Nicht zuletzt aufgrund des Ausbaus der ambulanten Dienste übersiedeln Menschen meist erst im hohen Alter ins Pflegeheim, gleichzeitig nimmt auch der Betreuungsbedarf zu. Psychosoziale Probleme der BewohnerInnen (Depressionen, Demenzerkrankungen, Inkontinenz, Medikamenten- und Alkoholmissbrauch, soziale Isolation, Aggressionen, etc.) stellen das Personal vor große Herausforderungen.

Im Jahr 2000 standen in Österreich in 770 Alten- und Pflegeheimen rund 68.000 Plätze für die Betreuung und Pflege alter Menschen zur Verfügung. Die Versorgungsdichte ist in den einzelnen Bundesländern verschieden, sie ist am höchsten in Salzburg und Wien, am niedrigsten im Burgenland (ÖBIG, 2004, S.VII). 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. Im Rahmen des Frauengesundheitsberichts wurden einzelne Problembereiche herausgegriffen, und zwar die Themen Gewalt gegenüber Älteren, Medikamentenversorgung und -missbrauch sowie Alkoholkonsum und -abhängigkeit. Bei allen drei Themen handelt es sich um stark tabuisierte Bereiche, für die keine systematischen Erfahrungswerte für Österreich zur Verfügung stehen. Es ist daher erforderlich, auf Ergebnisse aus Untersuchungen aus dem Ausland zurückzugreifen. Aber auch hier sind Untersuchungen zu den angeführten Themen in den Heimen eher selten.

4. Gewalt gegen Frauen

Gewalt gegen Frauen ist ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, das als Ausdruck der bestehenden Geschlechterverhältnisse zu verstehen ist und das in vielen Ausprägungen körperlicher, sexualisierter oder seelischer Gewalt auftritt. Mitte der 1970er Jahren hat mit Beginn der Frauenhausbewegung ein öffentlicher Sensibilisierungsprozess für die Gewalt gegen Frauen eingesetzt, der auf internationaler Ebene mit besonderem Nachdruck von der Vereinten Nationen gefördert wurde (UN, 1993 a und b). In der Beijing-Deklaration der vierten internationalen UN-Frauenkonferenz in Peking, China, die wohl eines der bekanntesten Dokumente der internationalen Frauenbewegung ist, wird die Problematik der Gewalt gegen Frauen auf den Punkt gebracht: *„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.“* (Beijing-Deklaration und Aktionsplattform, Vierte UN-Frauenkonferenz, Peking, China, 4. bis 15. September 1995; UN, 1996; Abschnitt D.118). In der Beijing-Deklaration ist auch eine der gängigsten Gewalt-Definitionen enthalten:

Box 4-1. Definition von Gewalt gegen Frauen in der Beijing-Deklaration (1995)

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.

Beijing-Deklaration und Aktionsplattform; Vierte Welt-Frauenkonferenz, Peking, China, 4. bis 15. September 1995 (United Nations, 1996; Abschnitt D.113)

Quelle: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/violence.htm>

5. Zugang von Frauen zum Gesundheitssystem: soziale, sprachliche und kulturelle Barrieren

Im nachfolgenden Kapitel wird auf verschiedene Formen von Barrieren für Frauen im Zugang zum Gesundheitssystem eingegangen. Solche Barrieren können Armut und soziale Benachteiligung sein, wie sie etwa Alleinerzieherinnen erfahren: die Hälfte der Alleinerzieherinnen ist von Armut bedroht – dies hat langfristig Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Auch sprachliche und kulturelle Barrieren können den Zugang zur Gesundheitsversorgung verstellen, wie sie Migrantinnen im Gesundheitssystem täglich erfahren. Auch bei Asylwerberinnen ist der Zugang zu einer reglementierten Gesundheitsversorgung schwierig.

5.1 Frauen, soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit

Teilt man die Bevölkerung reicher Industrienationen, wie zum Beispiel Österreich, nach den sozioökonomischen Merkmalen Einkommen, Beruf und Bildung in fünf gleich große soziale Schichten, so sieht man, dass Männer und Frauen aus der untersten Schicht ein durchschnittlich doppelt so hohes Risiko haben, ernsthaft zu erkranken oder zu sterben als jene aus der obersten. Dies gilt für alle Lebensstufen und beinahe alle Krankheiten (Rosenbrock und Geene, 2000). Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen hoher und niedriger sozialer Schicht betragen bei Männern rund drei Jahre, bei Frauen vier Jahre. Auch die größere Häufigkeit von Herzinfarkt, psychischen Erkrankungen und einem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand in den unteren Schichten ist belegt (Mielck, 2002).

In Österreich sind 880.000 Personen von **Armut gefährdet**, das sind zwölf Prozent der Gesamtbevölkerung. 310.000 Personen bzw. vier Prozent aller ÖsterreicherInnen leben in **akuter Armut** (ECHP - Europäisches Haushaltspanel des EUROSTAT - Europäisches Statistisches Zentralamt, 2001; BMSG, 2002). Der **Anteil der armutsgefährdeten Frauen** ist mit **15 Prozent** größer als der der Männer von neun Prozent. Auf Basis des Europäischen Haushaltspanels (ECHP) lassen sich weitere **demographische Merkmale** bestimmen, die das Armutsrisiko beeinflussen. Die Armutsrate ist bei AlleinerzieherInnen ohne Erwerbseinkommen am höchsten: fünfzig Prozent sind betroffen. Bei Personen über sechzig Jahren beträgt die Armutsrate 17 Prozent, bei MigrantInnen 22 Prozent, bei Einpersonenhaushalten von PensionistInnen 28 Prozent. Ebenso sind sozioökonomische und arbeitsmarktsbezogene Merkmale für das Armutsrisiko bestimmend: Für PflichtschulabsolventInnen liegt die Armutsrate bei 16 Prozent vs. sechs Prozent bei HochschulabsolventInnen. Bei Arbeitslosen beträgt das Armutsrisiko 17 Prozent, bei Langzeitarbeitslosen gar 31 Prozent, Personen mit eingeschränkter Erwerbsbeteiligung durch Behinderung haben ein Armutsrisiko von 22 Prozent (BMSG 2002; S.189).

5.2 Gesundheit allein erziehender Mütter

Familien mit einer allein erziehenden Mutter oder einem allein erziehenden Vater – so genannte Teilfamilien – sind in Österreich mit rund 253.000 Müttern, 45.000 Vätern und 130.000 Kindern unter 15 Jahren eine große gesellschaftliche Gruppe, von der bekannt ist, dass sie ein extrem hohes Armutsrisiko haben – etwa fünfzig Prozent der AlleinerzieherInnen sind armutsgefährdet - wodurch in weiterer Folge eine Gefährdung der Gesundheit gegeben ist.

Soziale Lage und Gesundheit von Alleinerzieherinnen

Wie sehr die sozioökonomische Lage die Lebenszufriedenheit von Alleinerzieherinnen beeinträchtigt, verdeutlichte eine Befragung von Alleinerzieherinnen in Wien, die das Ziel hatte, deren Lebenswelt darzustellen. Es war eine vermehrte Beeinträchtigung der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von Berufstätigkeit und sozialer Situation zu beobachten: nicht berufstätige Alleinerzieherinnen haben mehr Probleme mit der Vereinbarkeit von Beruf und Kindererziehung und sind auch mit ihrer finanziellen Lage unzufriedener als Berufstätige (Amesberger et al., 2001).

Die Wiener Alleinerzieherinnen-Studie konnte durch Tiefeninterviews mit den betroffenen Frauen den Zusammenhang zwischen der Höhe des verfügbaren Einkommens und dem gesundheitlichen Wohlbefinden bestätigen: Notstands- und Sozialhilfeempfängerinnen nannten deutlich mehr psychische und körperliche Beschwerden als die berufstätigen Alleinerzieherinnen. Allein erziehende Müttern von Kindern unter drei Jahren haben einen insgesamt schlechteren Gesundheitszustand.

Trotz der vielen negativen Einflüsse der sozialen Lage auf die Gesundheit konnten viele der in dieser Studie befragten Alleinerzieherinnen ihrer Lebenssituation auch positive Aspekte abgewinnen: sie seien durch die alleinige Verantwortung für ein Kind selbständiger und unabhängiger geworden und die Erfahrung, alleine mit einer schwierigen Situation zurecht zu kommen, habe sie selbstsicherer gemacht. Einige der befragten Frauen sagten auch, sie hätten gelernt, sich selbst wichtiger zu nehmen. Sie seien verantwortungsbewusster, konsequenter, zielstrebig, durchsetzungsfähiger, kontaktfreudiger, gelassener, ausgeglichener oder weniger ängstlich als vor der Trennung vom Partner (Amesberger, 2001; S.137ff).

Psychosoziale Gesundheit allein erziehender Mütter

In Österreich liegen keine umfassenden repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Alleinerzieherinnen vor. In der Bundesrepublik Deutschland wurden im Jahr 2003 Ergebnisse veröffentlicht, die darauf hinweisen, dass die Lebenszeit-Prävalenz von chronischen Krankheiten bei Alleinerzieherinnen - also die Häufigkeit der jemals im Lauf des Lebens erlebten Krankheiten - signifikant höher ist als in der Vergleichsgruppe verheirateter Mütter. Ein Drittel der Alleinerzieherinnen leidet unter Migräne, jeweils ein Viertel unter gynäkologischen Erkrankungen, Allergien und psychischen Erkrankungen. Laut dieser Studie sind allein erziehende Mütter auch signifikant häufiger als verheiratete Mütter von psychischen Erkrankungen, Nieren- und Lebererkrankungen und chronischer Bronchitis betroffen (Helfferich et al., 2003).

Angesichts der beobachteten signifikant häufigeren Erkrankungen von allein erziehenden Frauen ist es nicht verwunderlich, dass sie ihren Gesundheitszustand auch subjektiv schlechter einschätzen als verheiratete Mütter: nur 56 Prozent der Alleinerzieherinnen vs. 62 Prozent der verheirateten Mütter beurteilen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Diese Einschätzung ist jedoch von der Zufriedenheit mit dem Einkommen abhängig: Mit ihrem Einkommen sehr zufriedene allein erziehende Mütter bewerten ihre Gesundheit ähnlich positiv wie sehr zufriedene verheiratete Mütter (Helfferich et al., 2003; S.18ff).

5.3 Migrantinnen im Gesundheitssystem: soziale, sprachliche und kulturelle Barrieren

Zu den bestehenden sozialen Benachteiligungen von Frauen in beruflichen und gesellschaftlichen Bereichen kommen bei Migrantinnen die vielfältigen Belastungen durch die Migration hinzu, sodass man von einer zumindest Dreifachbelastung von Migrantinnen sprechen kann: aufgrund der rechtlichen und sozialen Diskriminierung als Minoritätsangehörige, aufgrund der beruflichen Benachteiligung infolge mangelnder Berufsausbildung, die häufig zu einer Abhängigkeit von unattraktiven und unsicheren Arbeitsplätzen führt und schließlich durch die geschlechtsspezifische ungleiche Arbeitsteilung in Familie und Beruf. Diese Mehrfachbelastungen und der Migrationshintergrund führen häufig zu einer Potenzierung der Gesundheits-Risiken bei Migrantinnen. Daher ist besondere Aufmerksamkeit erforderlich und es besteht ein höherer Bedarf an spezifischer gesundheitlicher Versorgung.

Spezifische Gesundheitsrisiken ergeben sich bei Migrantinnen vor allem aufgrund **sprachlicher oder kultureller Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung**. Diese können zu unter- oder überdurchschnittlicher Inanspruchnahme, Fehlbehandlung oder häufigem Arztwechsel führen. Es liegen auch Beobachtungen vor, dass MigrantInnen eher kurative als präventive Angebote in Anspruch nehmen; ebenso sei die Nutzung von Notfallambulanzen höher und die Impfabdeckung bei Kindern von Migrantinnen schlechter. Sprachbarrieren manifestieren sich meist in einem anderen und/oder fehlenden Wortschatz der MigrantInnen zu Gesundheit, Körper, Befindlichkeit, Sexualität. Meist treffen in der Betreuung von MigrantInnen unterschiedliche kulturelle Konzepte von Gesundheit und Krankheit aufeinander und der naturwissenschaftlich orientierten, hoch technisierten Medizin steht eine ganzheitliche Vermittlung von Beschwerden gegenüber. Zu den Sprachbarrieren kommen bei MigrantInnen oft **Informationsdefizite** hinzu: umfassende muttersprachliche

Informationsmaterialien sind noch immer nicht Standard, insbesondere Informationsmaterialien, die auf einen möglicherweise geringeren Bildungsstand oder Analphabetismus und kulturelle Eigenheiten Rücksicht nehmen; Dolmetschdienste sind nach wie vor in zu geringem Ausmaß vorhanden. Ein zielgruppenspezifischer Abbau von Informationsdefiziten ist erforderlich, z.B. Informationen älterer MigrantInnen über Einrichtungen der Altenhilfe.

Migration per se stellt noch kein Gesundheitsrisiko dar, sondern erst wenn sozioökonomische oder psychosoziale Belastungen in Form von **sozialer Benachteiligung** dazukommen: MigrantInnen weisen eine deutlich höhere Arbeitslosenquote und in weiterer Folge eine massive Armutsgefährdung auf, wodurch langfristig auch die Erhaltung der Gesundheit bedroht ist - z.B. durch eine Behandlungsverzögerung aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. Bei **AsylantInnen** geht der Streit um Zuständigkeiten auch zu Lasten der Gesundheit der Betroffenen und Traumatisierung durch Flucht oder Folterung wird dadurch womöglich nicht angemessen behandelt.

Demographische Beschreibung der ausländischen Staatsangehörigen in Österreich

In Österreich lebten 2001 rund 707.900 Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, das sind 8,8 Prozent der Gesamtbevölkerung. Am häufigsten sind Personen aus den Ländern des früheren Jugoslawien (310.900 Personen aus Serbien, Montenegro, Bosnien, Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Slowenien), diese machen 43,9 Prozent aller AusländerInnen aus. Zweitgrößte Gruppe an AusländerInnen in Österreich sind Personen aus der Türkei (134.000 Personen bzw. 18,6 Prozent aller AusländerInnen). Die Gruppe von AusländerInnen aus allen anderen Nationen umfasst etwa 265.600 Personen (37,5 Prozent aller AusländerInnen), davon sind rund zwei Drittel EuropäerInnen, am häufigsten Personen aus Deutschland (rund 72.200 Personen), Polen (21.800 Personen), Rumänien (17.500), Ungarn (12.700). Weitere hinsichtlich der Anzahl nennenswerte Nationalitäten sind rund 13.000 Personen aus Afrika, 6.100 Personen aus den USA und jeweils rund 5.000 Personen aus China, Indien und dem Iran.

Der Frauenanteil ist in allen Gruppen mit ausländischer Staatsangehörigen geringer als in der österreichischen Gesamtbevölkerung, wo mit 51,9 Prozent Frauen vs. 49,1 Prozent Männer eine Überzahl an Frauen zu beobachten ist. Innerhalb der Personengruppe aus Ex-Jugoslawien beträgt der Frauenanteil 47,4 Prozent, in der Gruppe der türkischen Staatsangehörigen 45,0 Prozent. Der große Unterschied zwischen den Bundesländern hinsichtlich des AusländerInnenanteils ist bekannt: Wien hat mit einem Anteil von 15,7 Prozent die meisten Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft zu verzeichnen, gefolgt von Vorarlberg (12,9 Prozent), Salzburg (11,7 Prozent) und Tirol (9,8 Prozent). Den niedrigsten AusländerInnenanteil weist das Burgenland auf (4,3 Prozent).

Altern und Migration

Obwohl der Anteil der MigrantInnen an der älteren Bevölkerung derzeit noch geringer ist als jener der Bevölkerung mit österreichischer Staatsbürgerschaft, wird für die kommenden zwanzig Jahre ein Anwachsen auf das Dreifache erwartet (Institut für Demographie, 1998). Daraus lässt sich in weiterer Folge ein dramatischer Anstieg des Bedarfs an professioneller Altersversorgung für MigrantInnen ableiten, da die Selbsthilfe- und Pflegepotentiale der zwar ausreichend vorhandenen und aktiven informellen Netzwerke von MigrantInnen für die mit der Angehörigenpflege einhergehenden Belastungen als nur begrenzt tragfähig zu beurteilen sind. Alle nicht eingebürgerten MigrantInnen in Österreich aus Nicht-EU-Ländern dürfen zwar nach mindestens acht Jahren legalen Aufenthalts aus Gründen sozialer Notlage nicht mehr ausgewiesen werden, haben aber zu Leistungen der Sozialhilfe nur im Rahmen des Ermessens Zugang. Vordringliche **Maßnahmen für die zukünftige Versorgung älterer MigrantInnen** sind in der Öffnung der sozialen Dienste, in der Schaffung von Zugangserleichterungen und bedarfsgerechter Angebote mit Anpassung an den kulturellen Hintergrund der Betroffenen zu sehen und in jedem Fall ist zielgruppenspezifische muttersprachliche Information erforderlich (Dietzel-Papakyriakou und Obermann, 1996a, 1996b; Reinprecht, 1999).

Die psychosoziale Versorgung von Migrantinnen

Für die kommenden Jahre wird ein steigender Bedarf an psychosozialer Versorgung von Migrantinnen erwartet, da vor allem Arbeitsmigrantinnen länger bleiben als ursprünglich geplant und zunächst nicht wahrgenommene Probleme erst später auftreten. Bei Frauen der zweiten und dritten Generation können Identitätsprobleme vermehrt psychosoziale Spannungen verursachen. Problematische oder gescheiterte Integrations- und Anpassungsversuche bzw. die Erfahrung gesellschaftlicher Ablehnung stellen eine große Belastung bei den Betroffenen dar. Bei Flüchtlingen können aufgrund erfahrener Verfolgung, Folter, Vergewaltigung Traumatisierungen auftreten, dies trifft um ein Vielfaches verstärkt auf illegale Migrantinnen zu. Es fehlen aber entsprechende Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von Migrantinnen, um den Bedarf zu bestimmen. Vorliegende Studien zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei Migrantinnen höhere Raten unterschiedlicher psychischer und somatischer Reaktionen gefunden wurden, wie z.B. Magen-Darm-Erkrankungen,

Kopfschmerzen, Kreislaufbeschwerden, Traurigkeit, Heimweh, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Nervosität und Angst. Es kann jedoch festgestellt werden, dass ein uniformer Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und Migration nicht besteht (David et al., 2002).

Die psychosoziale Versorgung ist in Österreich generell als nicht flächendeckend zu bezeichnen; für etwa ein Viertel aller österreichischen Bezirke stehen maximal fünf PsychotherapeutInnen pro 100.000 EinwohnerInnen zur Verfügung (ÖBIG, 1997). Ältere Menschen und MigrantInnen zählen zu den besonders unterversorgten Gruppen. Psychotherapeutische Versorgung wird vor allem von auf die Betreuung von MigrantInnen spezialisierte Vereine und Gesundheitseinrichtungen angeboten, diese sind quantitativ aber bei weitem nicht ausreichend.

Bereitschaft zu einer interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens im Sinne einer Integration psychisch kranker MigrantInnen bedeutet, dass nicht eine einseitige Anpassung der MigrantInnen erwartet wird, sondern dass ein wechselseitiger Prozess der Vertrauensbildung in Gang gebracht wird, der MigrantInnen dieselben hohen Qualitätsstandards zuzmisst wie der einheimischen Bevölkerung.

Box 5-1. Die zwölf Sonneberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Versorgung von MigrantInnen

1. Erleichterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte ÜbersetzerInnen und KulturmediatorInnen face-to-face oder als TelefondolmetscherInnen
4. Kooperation der Gesundheitsdienste mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen MigrantInnengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
5. Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen
6. Verbesserung der Informationen über das stationäre und ambulante Versorgungsangebot durch muttersprachliche Medien und MultiplikatorInnen
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie für alle im psychosozialen Bereich tätigen Berufsgruppen unter Einschluss von Sprachfortbildungen
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus MigrantInnenfamilien
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung
10. Sicherstellung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von MigrantInnen im Straf-, Zivil- (Asyl-) und Sozialrecht
11. Aufnahme der transkultruellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula der Gesundheitsberufe
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von MigrantInnen und deren Behandlung

Quelle: Machleidt, 2002; Referat für Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN

Wechseljahre und Migration

Bedingt durch unterschiedliche Lebensbedingungen und Voraussetzungen hinsichtlich der Sprachkompetenz, der Bildungssituation und des Alphabetisierungsgrad ist davon auszugehen, dass MigrantInnen eine andere Darstellung klimakterischer Symptome haben und ein anderes Basiswissen vorhanden ist. Das Gesundheitssystem sollte mit bedarfsgerechten Versorgungskonzepten, Informationsangeboten und Aufklärungsmethoden darauf ausgerichtet sein, dieses Anderssein in der Praxis auch zu verstehen. Grundlegende Information und Aufklärung, die sich am Wissensstand der Patientin orientiert und darauf aufbaut, ist erforderlich. Mehrere aktuelle Studien zeigen interkulturelle Unterschiede im Erleben und in der Befindlichkeit von Frauen in den Wechseljahren und es gibt Hinweise darauf, dass diese Unterschiede auch im Migrations- und Akkulturationsprozess bestehen bleiben (Borde und David, 2004).

5.4 Gesundheitsversorgung von Asylwerberinnen

Asylwerberinnen, Frauen also, die aus den verschiedensten Gründen ihre Heimat verlassen, um in einem anderen Land Schutz zu suchen, sind in Österreich eine verhältnismäßig kleine Gruppe. Im letzten Jahr waren es 8.600, das ist rund ein Viertel der Gesamtzahl aller neu nach Österreich kommenden Flüchtlinge. Laut Statistik des UNHCR¹¹ sind weltweit 51 Prozent aller Flüchtlinge Frauen. Ebenso wie Männer werden sie als Angehörige von Oppositionsbewegungen inhaftiert, gefoltert, verfolgt. Gleiches gilt für Frauen in ihrer Rolle als Ehefrauen politisch Verfolgter, als Angehörige religiöser oder ethnischer Minderheiten, als Opfer von Bürgerkriegen. Vergewaltigung ist eine Form gezielter Demütigung, die besonders Frauen angetan wird. Weitere spezifische Fluchtgründe von Frauen sind Zwangsverheiratung und Beschneidung.

¹¹ United Nations High Commissioner for Refugees – UNO Flüchtlingshochkommissär, auch bekannt als UNO Flüchtlingshilfswerk

Seit Mai 2004 ist die Gesundheitsversorgung von AsylwerberInnen durch die sogenannte **Grundversorgungsvereinbarung** in Kraft. Durch diese Vereinbarung legen Bund und Länder ihre Aufgabenteilung in der Versorgung von AsylwerberInnen fest. Geregelt ist, welche Leistungen AsylwerberInnen zustehen, z.B. Unterkunft, Krankenversicherung, Verpflegung, Schulbedarf. Geregelt ist in der Vereinbarung auch, welche Kostenhöchstsätze dafür verrechnet werden können sowie Berechtigungs- und Ausschlusskriterien. Letztere, so wie auch der Verteilungsschlüssel nach der Bevölkerungszahl stellen strittige Punkte zwischen den VertragspartnerInnen dar, mit negativen Auswirkungen auf das Funktionieren des Gesamtsystems. Dennoch, das mit der Grundversorgung erreichte Niveau der Gesundheitsversorgung von AsylwerberInnen stellt insgesamt eine wesentliche Verbesserung dar. Seit Mai ist die Zahl der krankenversicherten AsylwerberInnen von rund 12.000 auf über 25.000 gestiegen. Damit sind so gut wie alle Asylsuchenden versichert, während noch im April dieses Jahres rund die Hälfte aller Flüchtlinge auf ÄrztInnen, die ohne Krankenschein behandeln, angewiesen war.

Post-traumatische Belastungsstörungen sind häufig: Vor allem unter tschetschenischen Flüchtlingen sind die von Verlust, Gewalt, Demütigung in die Psyche eingegrabenen Spuren in einem bisher ungekannten Ausmaß verbreitet. Posttraumatische Störungen äußern sich auf psychischer und somatischer Ebene. Über das Erlebte zu sprechen ist vielen Frauen nicht möglich. Scham, kulturelle und familiäre Tabus stehen dem ebenso entgegen wie der Versuch, jegliche Erinnerung an erlittene Gewalt, Demütigung und Ohnmacht zu meiden. Oft ist es das somatische Symptom, das den Weg zu einer psychotherapeutischen Behandlung öffnet. Einrichtungen, die sich auf Psychotherapie für Flüchtlinge spezialisiert haben, gibt es mittlerweile in allen Landeshauptstädten außer in Eisenstadt, St. Pölten und Bregenz. In diesen Behandlungszentren arbeiten geschulte DolmetscherInnen sowie TherapeutInnen, die sowohl in interkultureller Arbeit als auch in Psychotraumatologie erfahren sind. Notwendig wäre eine größere Versorgungsdichte, eine Behandlung im Burgenland ist derzeit nur mit insgesamt vierstündiger Fahrt machbar, die Kostenrückerstattung nicht gesichert. Eine Beobachtung aus den therapeutischen Einrichtungen ist, dass Frauen erst dann ihre psychische Verletzung wahrnehmen, wenn sich das Leben einigermaßen stabilisiert hat. So kommen jetzt vermehrt ehemalige bosnische Flüchtlingsfrauen in Therapie, die seit 1992 dafür gelebt haben, sich und ihre Kinder durchzubringen und eine neue Existenz aufzubauen. Erst jetzt, wenn dies gelungen ist und die Anspannung nachlässt, erfolgt der Zusammenbruch, werden Verluste an Menschen, Hoffnungen, Lebenszeit wieder oder erstmals bewusst.

5.5 Lesbische Frauen im Gesundheitssystem

Trotz des zunehmenden Interesses für Frauengesundheit im letzten Jahrzehnt wurden Fragen der Gesundheit von lesbischen Frauen kaum thematisiert. Die Förderung gesunder Lebensweisen und die Erhaltung der Gesundheit ist ein multifaktorieller Prozess und die Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung konnten verdeutlichen, dass *sex* und *gender* - das biologische und das soziale Geschlecht - dabei eine wesentliche Rolle spielen. Welche Rolle aber die sexuelle Orientierung dabei einnimmt, ist derzeit eine noch weitgehend ungelöste Frage. Fest steht jedoch, dass lesbische Frauen im Gesundheitssystem sehr oft *unsichtbare Patientinnen* bleiben, dass sie nicht als lesbische Frauen wahrgenommen werden und ihre sexuelle Orientierung von sich aus ansprechen müssten, was aber eine Barriere darstellt (Bremer Frauengesundheitsbericht; BSAFGJS 2001; Netzwerk Lesbischer Medizinerinnen / LESMED; Arbeitskreis Lesbischer Psychotherapeutinnen; Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen; Lesbenberatung Lila Tip).

Box 5-2. Sichtbarmachung homophober Strukturen im Gesundheitsbereich

Homophobie und Heterosexismus sind universell vorhanden und ihre Auswirkungen betreffen alle lesbischen Frauen. Homophobie ist kein Einzelschicksal: sie ist verwurzelt in einem System, das nicht-heterosexuelle Lebensweisen, Identitäten oder Beziehungen stigmatisiert und verneint. Homophobie macht auch nicht vor Spitälern, ÄrztInnenpraxen und Lehrbüchern halt. Sie kann im Gesundheitswesen Tätige an ihrem Arbeitsplatz in Form von Mobbing, verdeckter oder offener Ablehnung oder Isolation betreffen. Sie spiegelt sich in Wissenschaft und Forschung wieder, als Ignorieren von nicht heterosexuellen Lebensformen und Ausklammern lesbischer Lebensweisen aus dem wissenschaftlichen Diskurs. Homophobie betrifft Patientinnen in Form von rechtlichen Barrieren beispielsweise bei Besuchsrecht, Recht auf Auskunft oder künstlicher Befruchtung oder aber als Mangel an für sie wichtigen Informationen, etwa zu sexuell übertragbaren Erkrankungen. Homophobie äußert sich aber auch in Form von Feindseligkeit und Unverständnis von ÄrztInnen und Pflegepersonal gegenüber lesbischen Frauen. Wir möchten Homophobie als Systemfehler aufzeigen. Die Verantwortung, diesen Fehler zu beheben, liegt nicht bei lesbischen Frauen sondern im System.

Quelle: Netzwerk Lesbischer Medizinerinnen / LESMED; www.querform.at/lesmed

Forschungslücke Gesundheit lesbischer Frauen: Was sind die Fragestellungen?

Umfassende Studien zur Gesundheit lesbischer Frauen in Österreich oder in den deutschsprachigen Nachbarländern, die einen differenzierten und wissenschaftlich fundierten Einblick in die Lebenslagen, Gesundheitsrisiken und gesundheitsbezogenen Bedürfnisse lesbischer Frauen geben, existieren bislang nicht. In jüngster Zeit wurden erstmals zwei Pilotstudien durchgeführt, die darin thematisierten Aspekte der Gesundheit lesbischer Frauen in Österreich bedürfen weiterer Abklärung (Chwosta, 2002; Plöderl, 2004).

Nachfolgende Schwerpunkte und Fragen im Bereich der Gesundheit von lesbischen Frauen – wie sie unter anderem auch der Bremer Frauengesundheitsbericht auf den Punkt gebracht hat – haben sich in den vergangenen Jahren verdichtet:

- Haben lesbische Frauen andere Gesundheitsrisiken und andere Krankheiten als andere Personengruppen?
- Nehmen lesbische Frauen im Vergleich zu anderen Personengruppen seltener an Früherkennungsuntersuchungen teil?
- Ist das Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung bei lesbischen Frauen höher als bei anderen Personengruppen?

Es liegen einige Studienergebnisse zu unterschiedlichen Aspekten der gesundheitlichen Situation und spezifischer Gesundheitsrisiken von lesbischen Frauen vor, die allerdings aus dem amerikanischen Raum stammen. Es muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass diese nicht unmittelbar auf die österreichische Situation übertragbar sind. Da es dabei jedoch um schwerwiegende Gesundheitsrisiken, wie z.B. die Vermutung eines erhöhten Risikos für Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder HIV/AIDS bei lesbischen Frauen handelt, wäre es dringend erforderlich, diese Faktoren auch für die gesundheitliche Lage von lesbischen Frauen in Österreich zu überprüfen (Bradford und White, 2000; Office on Women's Health, 2000; Institute of Medicine, 1999; www.mautnerproject.org; Gay and Lesbian Medical Association – GLMA, 2003).

6. Frauen in besonderen gesundheitlichen und sozialen Lagen

6.1 Frauen mit Behinderung: „Nicht über uns ohne uns!“

„Nicht über uns ohne uns!“ lautet die berechtigte Forderung behinderter Menschen. Daher sind in alle Aktivitäten und Maßnahmen die Betroffenen selbst einzubeziehen.

Behinderte Frauen unterliegen in allen Lebensbereichen einer Diskriminierung, die nicht nur als *doppelte Diskriminierung* bezeichnet werden kann, sondern als *potenzierte Diskriminierung* im Vergleich zu anderen Frauen und ebenfalls im Vergleich zu ihrer männlichen Vergleichsgruppe (Schildmann und Bretländer, 2000; S.21; Franz, 2002; S.12).

Behinderte Frauen sind anderen fremdbestimmten und diskriminierenden Lebensumständen ausgesetzt als behinderte Männer. Es lassen sich sechs Lebensbereiche benennen, die im Spannungsfeld fremdbestimmt, selbst bestimmt, Behinderung und Geschlecht relevant sind: (1) gesellschaftliche Schönheitsnormen und Körperbilder, (2) Erwerbsarbeit und Ausbildung; (3) Liebesbeziehung und Leben in Partnerschaft (4) Schwangerschaft und Mutterschaft; (5) Gewalterfahrungen und (6) der Hilfe- und Pflegebedarf behinderter Frauen (Franz 2002; S.56).

Behinderte Frauen berichten häufig von demütigenden **Erfahrungen mit FrauenärztInnen**: Verhütungsmittel werden als überflüssig angesehen, bei Schwangerschaft wird zu Abtreibung geraten und eine humangenetische Beratung wird schwangeren behinderten Frauen grundsätzlich nahe gelegt. Dies wird von einer deutschen Studie zur Lebenssituation, den Bedarfslagen und der Interessensvertretung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung eindrücklich demonstriert (BMFSFJ, 2000; S.52ff).

Abgesehen von den baulichen Barrieren von Arztpraxen kommen im Bereich der Gynäkologie noch *Barrieren im Kopf* hinzu, die eine uneingeschränkte Inanspruchnahme der gynäkologischen Behandlung und Betreuung für behinderte Frauen erschwert. Studien dazu gibt es kaum. In Wien wurde im Rahmen des Wiener Frauengesundheitsprogramms das Projekt *barrierefrei. Gynäkologische Vorsorge und Versorgung behinderter Frauen* durchgeführt (Wolff und Wimmer-Puchinger, 2003). Im Rahmen dieses Projektes wurden GynäkologInnen hinsichtlich ihrer Erfahrungen in der Behandlung von Frauen mit Behinderungen mittels Fragebogen befragt. Ausgangspunkt des Projektes waren die Beobachtungen, dass bei GynäkologInnen Wissen über den Umgang mit behinderten Frauen häufig fehlt: Umgang mit behinderten Frauen ist in der Ausbildung von MedizinerInnen bislang kein Thema. Häufig wird auch von den GynäkologInnen ein Zeitmangel beklagt und dass die Betreuung und Behandlung behinderter Frauen mehr Zeit erfordert. Frauen mit Behinderung werden daher von GynäkologInnen oft als *geschlechtslos* wahrgenommen. Verhütung, Schwangerschaft und Mutterschaft sind aber wichtige Beratungsthemen für behinderte Frauen; sexualisierte Gewalt an behinderten Frauen wird oft übersehen. Ziel des Projektes war daher, durch Strukturverbesserungen und Sensibilisierung langfristig eine Verbesserung der gynäkologischen Vorsorge und Versorgung für körper-, sinnes- und lernbehinderte Frauen zu erreichen.

Von Bizeps - Zentrum für Selbstbestimmtes Leben wurde innerhalb des Projekts *Behinderte Menschen im Krankenhaus und in anderen Gesundheitseinrichtungen* (2001) in Kooperation mit unterschiedlichen Institutionen eine Broschüre *krank behindert ungehindert ... in Wien* erstellt. Diese Broschüre dient als Nachschlagewerk für behinderte Personen, aber auch für ÄrztInnen und Personen in anderen medizinischen Berufen. Neben persönlichen Erfahrungsberichten gibt die Broschüre u.a. einen Überblick über Begriffsbestimmungen, z.B. Was ist persönliche Assistenz?, eine Liste barrierefreier Arztpraxen, von Krankenhäusern, die Personal bieten, das gebärdenspezifisch ist. Rechtliche Vorschriften werden ebenso thematisiert wie das Thema Sachwalterschaft.

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 selbstbestimmtes 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.“ (www.wag.or.at 2004)

Box 6-1. Persönliche Assistenz für Frauen mit Behinderung

Notwendige Kompetenzen für ein selbstbestimmtes 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 (Quelle: www.wag.or.at 2004)

Durch die Finanzierung Persönlicher Assistenz ist die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erst zur Gänze möglich. Wesentliche gesundheitsbelastende Faktoren im Leben behinderter Frauen können dadurch minimiert werden.

- Persönliche Assistenz gewährt Unabhängigkeit vom sozialen Umfeld und ermöglicht gleichberechtigte Beziehungen. Die Abhängigkeit vom privaten Umfeld kann aufgehoben werden und ist kein psychischer Stressfaktor im Leben der behinderten Frau.
- Persönliche Assistenz gewährt Unterstützung nach Bedarf. Unterversorgung führt nicht nur zu isolierenden Bedingungen und dadurch psychischen Auswirkungen sondern stellt auch ein gesundheitliches Risiko dar.

„Das Modell der Persönlichen Assistenz wird als das am meisten geeignete für eine selbst bestimmte Lebensführung propagiert. Behinderte Frauen (...) wollen alle Entscheidungskompetenzen, Rechte und Pflichten, die mit der Organisation der persönlichen Assistenz zusammenhängen, möglichst selbst übernehmen“ (BMFSFJ 2000; S.48)

6.2 Frauen in der Psychiatrie: Feministische Psychiatriekritik und frauengerechte Psychiatrie

Mitte der 1970er Jahren hat eine kritische Analyse der Situation von Frauen in der Psychiatrie eingesetzt – zugleich mit der damaligen Antipsychiatrie- und Sozialpsychiatriebewegung und mit der Einforderung von PatientInnenrechten.

Zwangsmaßnahmen, medikamentöse Ruhigstellung, Stigmatisierung, Großanstalten und Langzeitverwahrung, Drehtürpsychiatrie waren die Schlagworte. Psychisch deformierende Lebensumstände von Frauen wurden hinterfragt: die Einschränkung der Selbstbestimmung, die Starrheit der Frauenrolle als Selbstlose und Pflegende, die Mehrfachbelastung durch Beruf, Familie, Kinder und im Hintergrund dazu eine weibliche Sozialisation als passiv, gefühlsbetont, friedlich.

Im Zentrum der Kritik stand der Vorwurf, dass viele psychiatrische Diagnosen ein Zerrbild der *Krankheit Frau* darstellen und gesellschaftliche *Doppelstandards* der seelischen Gesundheit vorherrschen, womit ein doppelter Maßstab gemeint ist, der gleiches Verhalten von Männern und Frauen auf unterschiedliche Weise bewertet. Was für Frauen als völlig normales Verhalten erachtet wird, z.B. Konfliktscheu und Harmoniestreben anstelle von Aggression, wird beim Mann als nicht normal bewertet. Zugleich werden diese Eigenschaften aber nicht nur als *typisch weiblich* sondern auch als depressiv klassifiziert.

Patientinnenrechte der WHO als Basis einer frauengerechten Psychiatrie

PatientInnenrechte wurden im Jahr 1994 von der WHO in Form eines Rahmenkonzeptes vorgelegt, das auf der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte basiert (WHO, 1994).

PatientInnenrechte umfassen in erster Linie individuelle Rechte, wie Schutz, Beachtung der Privatsphäre, Achtung von religiösen und kulturellen Überzeugungen, beziehen sich aber auch auf dem Gesundheitssystem zugrunde liegende Werte, vor allem aber auf die Verbesserung und Klärung der Beziehungen zwischen PatientInnen und den Fachkräften des Gesundheitssystems.

Ausgehend von der Beobachtung, dass die Lebensrealitäten psychisch kranker Frauen eigene Erklärungskonzepte und Therapieansätze erfordern und einer bislang ungenügenden Berücksichtigung weiblicher Lebenszusammenhänge wurde erstmals im deutschsprachigen Raum in Hamburg eine interdisziplinäre Studie zur Situation von Frauen in der stationären Psychiatrie durchgeführt. Eines der Ergebnisse dieser Studie machte die Wünsche der betroffenen Frauen an die psychiatrische Versorgung deutlich: die Behandlung sollte häufiger in Form von Einzelarbeit oder reinen Frauengruppen erfolgen und eine Wahlmöglichkeit zwischen weiblichem oder männlichem Behandelnden bestehen. Vordringlich erscheint auch eine Erweiterung der frauenspezifischen psychiatrischen Angebote: Mutter-Kind-Stationen im Falle von Depressionen im Zusammenhang mit der Geburt, reine Frauenstationen bei Missbrauchs- und Gewalterfahrungen („Traumastationen“) und ein spezifisches Angebot betreuter Nachsorge für Alleinerzieherinnen werden gefordert. Als Anleitung für die Entwicklung derartiger Angebote der stationären Psychiatrie haben die Autorinnen ihre Ergebnisse und Forderungen in sechs Grundprinzipien zusammengefasst (Enders-Drägässer und Sellach, 1999):

Box 6-2. Handlungsleitende Grundprinzipien für die Entwicklung frauengerechter Angebote in der stationären Psychiatrie

1. *Die stationäre Psychiatrie hat einen umfassenden Schutz der Patientinnen zu gewährleisten.* Frauen bedürfen des Schutzes insbesondere vor gewaltbereiten oder gewalttätigen Männern. In der Aufnahmephase ist ein Schutz vor Selbstschädigung erforderlich. Eine Gewährleistung dieses Schutzes wird ausnahmslos darin gesehen, dass Frauen in einer Frauenumgebung aufgenommen und frauenorientiert behandelt werden, so lange ihr Schutzbedürfnis gegeben ist.
2. *Patientinnen muss in frauenorientierter Weise ermöglicht werden, sich über sich selbst umfassend mitteilen zu können.* Frauen äußern sich zu ihrer Körperlichkeit, zu ihrer Sexualität und zu ihren Gewalterfahrungen seltener gegenüber Männern als zu Frauen.
3. *Mit einer Fraueninfrastruktur ist zu gewährleisten, dass Patientinnen über positive Frauenerfahrungen Alternativen zu den traditionellen Geschlechterrollen kennen lernen und durch die Begleitung von und den Austausch mit Frauen sich schützen, sich mitteilen und sich verständlich machen können.* Frauen brauchen eine frauenorientierte Infrastruktur. Frauen brauchen Frauen: als anwesende Personen; als Begleitung in der stationären Behandlung und danach; als positive Alternativen zu den herkömmlichen Frauenbildern; um sich geschützt und verstanden fühlen zu können; um sich umfassend mitteilen zu können; um in der Auseinandersetzung mit den strukturellen Frauenproblemen und im Prozess ihrer weiblichen Identitätsfindung unterstützt werden zu können.
4. *Den Patientinnen sind Frauenräume im wörtlichen wie im übertragenen Sinn einzuräumen, die an den Bedürfnissen der Frauen nach Schutz und Austausch, nach Würde und Intimität orientiert sind.* Eine frauenorientierte Infrastruktur ist nicht denkbar ohne fraueneigene Aufenthalts- und Rückzugsräume und ohne an Frauenbedürfnissen orientierte sanitäre Räume. Frauen leben privat oft räumlich eingeschränkt oder isoliert. Öffentliche Räume hingegen werden von Frauen teilweise als männerdominiert und als bedrohlich erlebt, insbesondere nachts.
5. *Patientinnen ist über ein Verlangsamten und Enthospitalisieren der Tagesstrukturen im Krankenhaus ein positives Anknüpfen an ihre alltagspraktischen sozialen und kulturellen Kompetenzen und Bedürfnisse zu ermöglichen.*
6. *Den Patientinnen sind realisierbare Wege zur Erweiterung ihrer persönlichen, sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen und zu ihrer Verselbständigung aufzuzeigen, unter anderem durch eine an ihren individualbiografischen und sozialstrukturellen Problemen orientierte Therapie- und Beratungsarbeit und durch Verselbständigungsmöglichkeiten in der stationären Psychiatrie.*

Quelle: Enders-Drägässer und Sellach, 1999

Perinatale und reproduktive Psychiatrie: Versorgungsstrukturen für Frauen mit postpartalen Depressionen

Trotz der jährlich rund 10.000 Frauen, die in Österreich an einer postpartalen Depression leiden, wurden bislang kaum adäquate Versorgungsstrukturen geschaffen. Im Rahmen einer EU-weiten Studie wurden in Österreich die Bedingungen für stationäre Mutter-Kind-Aufnahmen an 31 psychiatrischen Abteilungen untersucht. Von den 31 angefragten Abteilungen haben 23, also drei Viertel, an der Befragung teilgenommen. Elf Abteilungen führten zum Zeitpunkt der Befragung keine Mutter-Kind-Aufnahmen durch, zwölf Abteilungen gaben an, dass eine Mutter-Kind-Aufnahme prinzipiell möglich sei, diese aber kaum oder gar nicht durchgeführt worden wäre. Als Gründe, warum eine gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind nicht durchgeführt worden sei, wurden genannt, dass der Bedarf fehle oder von den Betroffenen selbst eine ablehnende Haltung bestehe; dass dies bei intakten Familienstrukturen nicht erforderlich sei und dass eine Entlastung der Mutter von der

Versorgungsaufgabe sinnvoll sei. 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 der Mutter und des Kindes sowie mit juristischen Fragen.

Von den StudienautorInnen wird auf das Versorgungsmodell Großbritannien verwiesen, wo bereits 1948 zum ersten Mal eine psychisch kranke Mutter mit ihrem Baby stationär aufgenommen wurde und Mitte der 1980er Jahre die Hälfte der damals rund 300 psychiatrischen Abteilungen in Großbritannien regelmäßig Mutter-Kind-Aufnahmen durchführten. Eine Bedarfsschätzung für Mutter-Kind-Aufnahmen in Österreich orientiert sich an der Empfehlung aus Großbritannien, dass ein Bett pro 2.000 Geburten einzurichten sei; dies würde bei 78.000 Geburten 39 Betten in ganz Österreich bedeuten (Kumpf-Tontsch et al., 2001).

6.3 Frauen und Drogenabhängigkeit

Die Entstehung von Sucht und Substanzabhängigkeit ist ein multikausaler Prozess in der Biographie eines Menschen, die individuelle Geschlechtsidentität spielt dabei eine wichtige Rolle. Erst seit wenigen Jahren wird in der Sucht- und Drogenhilfe eine geschlechtsspezifische Differenzierung der Suchtproblematik vorgenommen, in jüngster Zeit gibt es auch in Österreich Ansätze: es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Datenlage im Drogenbereich nicht ausreichend ist, im Besonderen auch, was die Lebenslagen und die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten durch Frauen betrifft. Aber auch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) weist darauf hin, dass die Zahl der drogenabhängigen Frauen möglicherweise unterschätzt wird, da sie in den Drogeneinrichtungen häufig unterrepräsentiert sind. Einen schwerwiegenden Grund dafür vermutet die EBDD im Mangel an frauenspezifischen Angeboten, die vor allem nicht auf schwangere Frauen oder Mütter eingerichtet seien und diese daran hindert, sich einer längerfristigen Therapie zu unterziehen bzw. haben die Frauen Angst, dass ihnen ihre Kinder weggenommen werden. Generell sei es laut EBDD aber so, dass es bei Maßnahmen für weibliche Drogenkonsumentinnen eher um die Auswirkungen auf andere Menschen gehe als um die Betroffenen selbst, nämlich um die Kinder im Falle von Müttern oder um die Partner im Falle von Sex-Arbeiterinnen.

In Österreich wurden in den vergangenen Jahren einige frauenspezifische Angebote eingerichtet, zum Beispiel das Frauenhaus der therapeutischen Gemeinschaft Grüner Kreis bzw. Frauencafes oder Frauengruppen. Es liegen bislang aber keine Studien oder Evaluationen zu den frauenspezifischen Angeboten vor (Eisenbach-Stangl, 2003; EBDD 2000; S.44 zit. aus Haas/ÖBIG, 2004).

Drogenabhängige Frauen und ihre Kinder

Im Rahmen des Wiener Modells der Substitutionsbehandlung sind 4.500 Personen in Behandlung, 1.200 davon sind Frauen. Besonderes Augenmerk wird auf die Betreuung drogenabhängiger schwangerer Frauen gelegt und seit mehreren Jahren wird ein Comprehensive Care-Projekt durchgeführt, das folgende Angebote umfasst: Geburtshilfe (Schwangerschaftsbetreuung und Geburt), Neonatologie (Behandlung des kindlichen Opiat-Entzugssyndroms), Kinderneuropsychiatrie (Begleitung der neurologischen und psychosozialen Entwicklung), Sozialarbeit (soziale Hilfestellungen), Psychiatrie (Opioidsubstitution und spezifische Therapieangebote) (Berger und Elstner, 2002).

6.4 Frauen mit HIV/AIDS

Nachdem Mitte der 1990er Jahre das Ende des Ausnahmestatus und die Phase der Normalität von AIDS angekündigt wurden, stellt sich mit Beginn des neuen Jahrtausends die Frage, ob der Umgang mit AIDS wieder in eine neue Phase tritt: steigende Zahlen in den osteuropäischen Nachbarländern und auf internationaler Ebene eine nicht einzudämmende Pandemie bringen neue und andere Herausforderung mit sich (Rosenbrock et al., 1999, 2002). Anders als in Afrika ist für die industrialisierten Länder die optimale Versorgung von an AIDS Erkrankten für das Gesundheitssystem ein zu bewältigendes Problem. Jedoch bleibt in Ermangelung einer Impfung und aufgrund der Unheilbarkeit von AIDS Prävention nach wie vor die vordringlichste Aufgabe im Kampf gegen AIDS. Aber auch aus Gründen der Kosteneffizienz ist HIV-Prävention von Interesse: In der Schweiz wurden die Kosten für die HIV-Prävention auf 55 Millionen Franken jährlich geschätzt, für die medizinische Behandlung von AIDS sind hingegen 143 Millionen pro Jahr erforderlich und weitere 275 Millionen Franken an Folgekosten von Krankheit und Tod (Zurn et al., 2001). Die soziale Dimension von AIDS ist nach wie vor durch die Diskriminierung der Betroffenen geprägt. Es ist nicht nur die Angst vor dem Tod, der AIDS seinen Schrecken gibt, sondern auch die Furcht vor dem *sozialen Tod*, vor Ausgrenzung und Isolation.

HIV/AIDS-Forschung: Frauen unterrepräsentiert

In der internationalen AIDS-Forschung werden medizinische und psychosoziale Besonderheiten von Frauen marginalisiert. Am deutlichsten ist dies daran abzulesen, dass auch aktuell noch immer HIV-positive Frauen in internationalen Studien unterrepräsentiert sind und Geschlechtsunterschiede unzureichend untersucht werden. Eine Meta-Analyse von 49 klinischen Studien, die im Cochrane Trials Register zwischen 1999 und 2000 erfasst worden waren, stellte bei 46 Studien, an denen insgesamt 14.703 Personen teilgenommen haben, einen durchschnittlichen Frauenanteil von 12 Prozent fest. Die übrigen drei Studien führten keine geschlechtsspezifischen Ergebnisse an. Keine der Studien ging auf Gender-Aspekte, also die psychosozialen Dimension des Geschlechtsunterschiedes, ein (Pardo et al., 2002; zitiert nach Sonnenberg-Schwan, 2002).

Initiative ALL AROUND WOMEN spezial (Sektion der Deutschen AIDS-Gesellschaft)

Ausgehend vom Ansatz des Gender Mainstreaming hat eine Gruppe von Forscherinnen in Deutschland eine Ausrichtung auf Bedürfnisse von Frauen mit HIV/AIDS eingefordert und im September 1999 in Dortmund die Initiative ALL AROUND WOMEN special (AAWS) gegründet, um frauenspezifische AIDS-Studien zu entwickeln, zu fördern und zu koordinieren. Themenbereiche dieser Studien sind geschlechtsspezifische Unterschiede im natürlichen Verlauf der HIV-Infektion, den (antiretroviralen) Therapien, der Lebensqualität, des Copings und der Prävention. Betont wird auch die aktive Beteiligung von Frauen mit HIV/AIDS auf allen Ebenen der Planung und Durchführung von Studien und Strategien. Im Jahr 2001 wurde das Projekt als eigene Sektion in die Deutsche AIDS-Gesellschaft eingegliedert, wodurch auch die Interdisziplinarität der medizinischen, psychosozialen und sozialwissenschaftlichen Forschung gewährleistet ist. Die Dortmunder Initiative ALL AROUND WOMEN spezial (AAWS) sieht dringenden Forschungsbedarf hinsichtlich einer Reihe von medizinischer und psychosozialer Fragestellungen (www.daignet.de; Deutsche AIDS-Gesellschaft, Sektion All Around Women).

6.5 Gesundheitlich Lage wohnungsloser Frauen

Obwohl die vorhandenen Informationen darauf hinweisen, dass Wohnungslosigkeit überwiegend ein Problem von Männern ist – rund zehn bis zwanzig Prozent der Wohnungslosen sind Frauen – ist das Thema vor allem im Zusammenhang mit der zunehmenden Aufmerksamkeit für die Problematik der Bedrohung von Frauen durch Armut und soziale Benachteiligung in den letzten Jahren vermehrt in das öffentliche Interesse getreten. Die Lebenssituationen, in denen Menschen ihre Wohnung verlieren, sind vielfältig und in vielen Fällen alltäglich. Häufig müssen nach Scheidung oder Trennung Männer ihrer Familie die Wohnung überlassen, betroffene Frauen mit Kindern stehen vor dem Problem, dass sie als Alleinerziehende einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt sind und unter Umständen auch gefährdet sind, die Wohnung zu verlieren. Oft kommt es auch durch Einkommensausfall infolge Arbeitslosigkeit, Krankheit, Tod des Partners und sonstiger Faktoren zu einem Verlust der Wohnung. Verschuldung auf Grund hoher Mieten und Betriebskosten betreffen häufig Jugendliche und junge Erwachsene, die über keine Eigenmittel verfügen; dies gilt auch für viele MigrantInnen und AsylwerberInnen.

Datenlage zur gesundheitlichen Situation wohnungsloser Frauen

Über den Gesundheitszustand von Wohnungslosen – und im Besonderen von wohnungslosen Frauen – liegen nur wenige gesicherte Daten vor. Die extrem ungünstigen Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit lässt sich am deutlichsten daran ablesen, dass Menschen mit einer langjährigen Obdachlosenkarriere eine deutlich geringere Lebenserwartung haben: Der Altersmittelwert der in Wiener Betreuungseinrichtungen verstorbenen Personen lag zwischen 55 und sechzig Jahren und damit erheblich unter dem Sterbealter der österreichischen Durchschnittsbevölkerung von rund 76 Jahren bei Männern und 82 Jahren bei Frauen. Sehr häufig steht – bei Frauen wie Männern – Wohnungslosigkeit in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Alkoholismus (Eitel et al., 2003; S7).

Die Caritas Wohnungslosenhilfe-Einrichtung *Gruft* in Wien, die jährlich rund 30.000 Übernachtungen zählt und mehr als 1.000 KlientInnen sozialarbeiterisch betreut, berichtet einen Frauenanteil von 16 Prozent. Etwa sechzig Prozent aller in der *Gruft* Betreuten weisen problematischen Alkohol-, Drogenkonsum und/oder psychische Beeinträchtigungen auf. Seit dem Jahr 2002 hat die *Gruft* mit Unterstützung der Wiener Gebietskrankenkasse die psychiatrische Versorgung ausgebaut: durch einen (männlichen) Psychiater, der zwei Mal pro Woche in der *Gruft* ordinierte, wurden im Jahr 2002 an 76 Tagen 287 Konsultationen angeboten; 69 Männer und 17 Frauen wurden betreut, d.h. zwanzig Prozent aller psychiatrisch betreuten Obdachlosen waren Frauen (Caritas, 2003; S. 7).

Frauengerechte Qualitätsstandards in der Wohnungslosenhilfe

Bezug nehmend auf die Strategie des Gender Mainstreaming hat der Frauenarbeitskreis der BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe im November 2003 ein Positionspapier zur Förderung der Chancengleichheit wohnungsloser Frauen und Männer vorgelegt. Folgende Anforderungen sind an ein frauengerechtes Hilfesystem für wohnungslose Frauen zu stellen (Loibl und Cozza, 2003; S.9ff.):

1. *Stärkung der Frauen und ihres Selbstwertes (Empowerment)* zur Überwindung von Gewalt und Abhängigkeit und den daraus folgenden Scham- und Schuldgefühlen, die eine Inanspruchnahme von Hilfsangeboten verhindern;
2. *Weibliches Fachpersonal* ist vor allem für die Thematisierung von Erlebnissen der körperlichen und sexuellen Gewalt unbedingt erforderlich;
3. *Parteilichkeit und Akzeptanz der Lebenssituation* der von Armut und Wohnungslosigkeit betroffenen Frauen;
4. *Kooperation und Vernetzung* mit anderen Beratungsstellen innerhalb und außerhalb der Wohnungslosenhilfe und mit verschiedenen DienstleisterInnen (ÄrztInnen, JuristInnen, ...);
5. 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.

6.6 Gesundheitliche Aspekte der Prostitution von Frauen

Schätzungen der Zahl der Prostituierten

Es gibt keine Datenquelle in Österreich, die detaillierten Angaben über die Zahl und Lebenssituation von Prostituierten enthalten. Für Wien liegen Schätzungen vor, dass es rund 5.000 Prostituierte gibt, davon sind rund 500 Frauen registriert. In Wien gibt es rund 200 Bordelle und über hundert Bars, in denen Prostituierte arbeiten (BMI - Bundesministerium für Inneres, 2003). Geht man davon aus, dass in Wien die Hälfte aller kontrollierten und zwei Drittel aller Geheimprostituierten arbeiten, kommt man auf eine Schätzung von rund 1.000 registrierten und 9.000 Geheimprostituierten in ganz Österreich. Es wird weiters geschätzt, dass es in Wien pro Tag 15.000 sexuelle Kontakte mit Prostituierten gibt.

Seit Anfang der 1990er Jahre wird eine stetige Abnahme der registrierten und eine Zunahme der Geheimprostituierten berichtet, was vor allem mit der Ostöffnung und der zunehmenden Migration in Verbindung gebracht wird. Sechzig bis achtzig Prozent der Prostituierten sind Migrantinnen. Die Situation von Migrantinnen, die im Sexgewerbe arbeiten, ist besonders prekär: mangelnde muttersprachliche Information, eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem oder zum Arbeitsmarkt sind zusätzliche Diskriminierungen.

Gesundheitskontrolle von Prostituierten

Die Ausübung der Prostitution ist in Österreich grundsätzlich erlaubt und wird 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 (StGBI.Nr.152/1945;§11Abs.2) und das AIDS-Gesetz (1993;§4Abs.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. Alle über das Geschlechtskrankheiten- und AIDS-Gesetz hinaus gehenden rechtlichen Bestimmungen bezüglich Prostitution obliegen den Bundesländern und werden von diesen sehr unterschiedlich geregelt.

Zur gesundheitlichen Situation von Prostituierten gibt es keine umfassende Datenquelle in 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). Was die Häufigkeit der **sexuell übertragbaren Erkrankungen** Gonorrhoe, Syphilis und Chlamydien betrifft, wird aus den vorhandenen Daten deutlich, dass deren Häufigkeit aufgrund der engmaschigen Kontrollen bei registrierten Prostituierten nicht erhöht ist, hingegen bei Geheimprostituierten und Bardamen aber wesentlich häufiger vorkommen, vor allem was Chlamydien betrifft. Ebenso ist die Anzahl der **HIV-Infektionen** bei registrierten Prostituierten nicht erhöht, wobei rund zwei Drittel der bei Prostituierten festgestellten HIV-Infektionen nicht registrierte Prostituierte betreffen und die HIV-Infektion auch mit dem häufigeren Konsum illegaler Drogen bei nicht registrierten Prostituierten zu sehen ist (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 1995).

7. Frauen, Arbeit und Gesundheit

7.1 Arbeitsteilung in der Familie: Frauen in der Mütterrolle

In den letzten Jahrzehnten wurden zwar viele Maßnahmen in Richtung einer Gleichstellung von Mann und Frau gesetzt, die Rolle der Mütter ist jedoch weitgehend unverändert geblieben. Die Arbeitsteilung in der Familie ist nach wie vor davon geprägt, dass Frauen die Karenz antreten und für Kindererziehung und Haushalt ein Vielfaches der Zeit aufwenden wie Männer; die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Müttern beträgt häufig bis zu achtzig Stunden. Aktuelle Ergebnisse zeigen, dass Frauen nur 38 Prozent ihrer Gesamtarbeitszeit mit bezahlter Erwerbstätigkeit verbringen, hingegen aber 79 Prozent der Männer. Frauen wenden 44 Prozent, Männer 14 Prozent ihrer Arbeitszeit im Haushalt auf; die Kindererbetreuung nimmt bei Frauen 18 Prozent, bei Männern sieben Prozent der Arbeitszeit ein. Die durchschnittliche Gesamtarbeitszeit von Frauen ist um rund 16 Stunden pro Woche mehr als die der Männer (BMSG, 2003c; S.21).

Weibliche Rollenvielfalt: Ressource oder Risiko für die Gesundheit?

In der Frage der Vereinbarkeit von Beruf, Kindererziehung und Familie steht der Tatsache der Mehrfachbelastung durch diese unterschiedlichen Rollen die Annahme gegenüber, dass eine größere Anzahl von sozialen Rollen auch eine Bereicherung des Lebens einer Frau darstellt und als wichtige Ressource zur Förderung des Wohlbefindens gesehen werden kann. Mehrere Studien konnten zeigen, dass berufstätige Frauen ein deutlich besseres Wohlbefinden und einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als „Nur“-Hausfrauen, die ein im Vergleich zu berufstätigen Frauen erheblich schlechteres psychisches Wohlbefinden haben, depressiver sind und zu häufigerem Alkohol- und Medikamentenkonsum neigen. Berufstätigen Müttern geht es körperlich und psychisch besser als nicht berufstätigen Müttern (Franke et al., 2001). Rollenvielfalt ist für Frauen dann eher eine Ressource, wenn sie bewusst gewählt wurde, wenn sie Kompetenzen und Lernmöglichkeiten herausfordert, aber nicht überfordert, wenn sie gut bezahlt ist und einen besseren Status, soziale Wertschätzung und Unterstützung mit sich bringt. Rollenvielfalt wird zur Belastung, wenn wenig Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung der vielfältigen Aufgaben vorhanden ist und die Rollen mehrfaches Konfliktpotential mit sich bringen (Abele, 2001).

7.2 Typische Frauenberufe - frauenspezifische Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz

Das Erreichen der beruflichen Gleichstellung von Frauen ist das zentrale Anliegen von Frauenbewegung und Gender Mainstreaming und zugleich die Voraussetzung für den Ausgleich aller weiteren sozialen oder gesundheitlichen Ungleichheiten; berufliche Gleichstellung ist schließlich ein Gradmesser für die Ausgewogenheit der Machtverhältnisse und die Geschlechtergerechtigkeit einer Gesellschaft. In der Frauen- und Mädchenarbeit werden daher seit Jahrzehnten zahlreiche Initiativen gesetzt, die berufliche Hürde der *typischen Frauenberufe* abzubauen. Die Berufssparten mit dem derzeit höchsten Frauenanteil sind der FriseurInnenberuf (92 Prozent), die Reinigungsberufe (91 Prozent), Buchhaltung (81 Prozent), die Gesundheitsberufe (78 Prozent) und die LehrerInnen und ErzieherInnen (74 Prozent) (Statistik Austria, 2003 – Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung).

Krankenstand, Berufskrankheiten

Ein Blick auf die Krankenstands-Statistik, die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellt wird, verdeutlicht die gesundheitspolitische, aber auch die volkswirtschaftliche Dimension dieses Themas: In Österreich wurden im Jahr 2003 bei rund 2,9 Million ArbeiterInnen und Angestellten drei Millionen Krankenstandsfälle und 36,2 Millionen Krankenstandstage gezählt.

Die Anzahl der **Krankenstandsfälle** ist bei Frauen nahezu identisch mit jener der Männer (1.089 Krankenstandsfälle pro 1.000 ArbeitnehmerInnen bei Frauen, 1.058 bei Männern im Jahr 2003), durchschnittlich gesehen ist jede/r ÖsterreicherIn einmal pro Jahr krank. Die Anzahl der Krankenstandstage ist bei Frauen etwas höher als bei Männern (13.400 vs. 12.667 Tage pro 1.000 ArbeitnehmerInnen). Von 1994 bis 2003 ist die Anzahl der Krankenstandsfälle zwar gleich geblieben, es ist jedoch sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu einer Reduktion der Krankenstandstage gekommen (bei Männern um 13 Prozent, bei Frauen um 17 Prozent des Werts von 1994). Insgesamt ist die Durchschnittsdauer eines Krankenstandes in diesem Zeitraum insgesamt von 13,3 Tagen auf 11,6 Tage gesunken. Diese Entwicklung wird mit der angespannten Arbeitsmarktsituation und der damit verbundenen Angst um den Arbeitsplatz in Zusammenhang gebracht. Hinsichtlich der Durchschnittsdauer eines Krankenstandes gibt es große Altersunterschiede: bei 30-Jährigen beträgt diese rund 9 Tage, bei 60-jährigen 22 Tage.

Die **häufigsten Erkrankungen**, die einen Krankenstand erforderlich machen, sind Krankheiten der oberen Luftwege und Atmungsorgane, Krankheiten des Bewegungsapparats, Darminfektionen

und Arbeitsunfälle. Frauen sind deutlich seltener von Arbeitsunfällen betroffen als Männer, hingegen kommen bei Frauen psychiatrische Erkrankungen und Krebs als Krankenstandsursache überproportional vor.

Von den 1.178 im Jahr 2003 **anerkannten Berufskrankheiten** betrafen im Jahr 2003 rund 20 Prozent Frauen, im Jahr 1999 betrug der Frauenanteil noch 27 Prozent. Es sind auch Unterschiede zwischen den Bundesländern erkennbar, diese sollten jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen nur eingeschränkt interpretiert werden.

Der Frauenanteil innerhalb der im Jahr 2003 rund 120.000 anerkannten Arbeitsunfälle beträgt 23 Prozent; dieser Anteil ist seit 1999 konstant.

7.3 Frauen, Arbeit und Gesundheit: die Gender-Perspektive

Geschlechtsunterschiede am Arbeitsplatz wurden bereits mehrfach von der *Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen* in Dublin thematisiert, so z.B. in der *Zweiten Europäischen Umfrage über die Arbeitsbedingungen* in Europa. Diese Befragung verdeutlichte einmal mehr die ausgeprägten Unterschiede der Arbeitsbedingungen von Männern und Frauen (ESVLA, 1996; siehe auch ESLVA 2002):

- Frauen sind **seltener in Führungspositionen** als Männer (17 vs. 30 Prozent).
- Nur acht Prozent der Männer, aber 39 Prozent der Frauen haben eine **weibliche Vorgesetzte**: In Nordeuropa und England haben Männer häufiger eine weibliche Vorgesetzte als in Österreich, Griechenland und Luxemburg.
- Mehr als die Hälfte der berufstätigen Frauen arbeiten in den zwei **typischen Frauenberufen** Büroangestellte oder Verkauf bzw. Dienstleistungen.
- Eine **Arbeitszeit von weniger als dreißig Stunden** haben 26 Prozent der Frauen vs. 5 Prozent der Männer; die Arbeitszeit der Frauen verringert sich mit der Anzahl der Kinder.
- Frauen arbeiten häufiger an **Computer-Arbeitsplätzen** als Männer (31 vs. 26 Prozent).
- Männliche Arbeitnehmer sind zwar häufiger als Frauen **starkem Termindruck** ausgesetzt, können ihre Arbeitszeit jedoch oft freier gestalten als Frauen.
- 40 Prozent der Frauen und 36 Prozent der Männer arbeiten in **hektischen Berufen** mit geringer Kontrolle über die Arbeit; 22 Prozent der Frauen und 29 Prozent der Männer arbeiten in **aktiven Berufen** mit hoher Kontrolle über die Arbeit.
- Im Jahr vor der Befragung waren drei Prozent der Frauen und weniger als ein Prozent der Männer **sexueller Belästigung** am Arbeitsplatz ausgesetzt; drei Prozent der Männer und der Frauen berichten über Diskriminierungen aufgrund ihres Alters; körperliche Gewalt am Arbeitsplatz haben vier Prozent der Frauen und drei Prozent der Männer schon mindestens einmal erfahren; Mobbing, Schikanen, Psychoterror oder Einschüchterungen haben acht Prozent der Männer und sieben Prozent der Frauen schon einmal erlebt.

Gender Mainstreaming, Arbeit und betriebliche Gesundheitsförderung

Bei der Suche nach geschlechtsspezifischen oder gar geschlechtssensiblen Ansätzen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung entsteht derzeit der Eindruck einer Geschlechtsneutralität der gesundheitlichen Fragen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz. Wie ließe sich das Feld einer geschlechtersensiblen betrieblichen Gesundheitsförderung abstecken? Folgende **Handlungsfelder einer geschlechtersensiblen betrieblichen Gesundheitsförderung** sind vorrangig:

- Berücksichtigung der Problematik der Vereinbarkeit von Familie und Beruf;
- Abbau psychosozialer Belastungen wie Mobbing, sexuelle Belästigung, ... durch Verbesserung der Kommunikation und Kooperation, der sozialen Unterstützung und der Förderung des sozialen Zusammenhalts;
- Berücksichtigung von Arbeitszeiten und den daraus folgenden gesundheitliche Belastungen (Einfluss von Nacht- und Schichtarbeit, Arbeitsplatz Krankenhaus, ...);
- Schaffung von dem Arbeitsplatz angemessene Angebote der Gesundheitsförderung, vor allem im Bereich des Stressmanagements und des Herz-Kreislauf-Trainings;
- Adressieren gesundheitsschädigender Lebensstil-Faktoren (NichtraucherInnenschutz, Alkohol, gesundheitsförderliche Betriebsverpflegung, ...);
- Erschließung und Förderung gesundheitsbezogener Potenziale durch Reduzierung von Über-, Unterforderung, Verbesserung der sozialen Beziehungen, Erweiterung der sozialen Handlungsspielräume, Verbesserung der Qualifikation von Frauen und Männern;
- Führungskräfte trainings zu den Themen psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz, Kommunikation und Motivation im Zusammenhang mit Gesundheit, Arbeiten in Gruppen;
- Schaffung geschlechtersensibler Analyseinstrumente, welche differenzierte Gefährdungsanalysen ermöglichen (Arbeitsunfähigkeits- und Fehlzeiten-Analysen; MitarbeiterInnenbefragungen, Gesundheitszirkel, ...);
- Etablierung einer betrieblichen Gender-Gesundheitsberichterstattung und von geschlechtersensiblen Berufsgruppen- und Branchengesundheitsberichten.

7.4 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Aufgrund des Mikrozensus 1999 lassen sich anhand verschiedener Indikatoren vermehrte gesundheitliche Beeinträchtigungen arbeitsloser Frauen (und Männer) im Vergleich zu erwerbstätigen nachweisen. Arbeitslose Frauen (und Männer) berichten häufiger über schlechten Gesundheitszustand, haben häufiger und durchschnittlich mehr gesundheitliche Beschwerden, sind häufiger chronisch krank und geben durchschnittlich mehr chronische Krankheiten als erwerbstätige an. Auch oftmalige Bettlägrigkeit aufgrund von Krankheit mit Unterbrechung der gewohnten Tätigkeit kommt bei arbeitslosen Frauen (Männern) häufiger als bei erwerbstätigen vor. Tägliches bzw. starkes Rauchen und Übergewichtigkeit sind bei Arbeitslosen beiderlei Geschlechts häufiger. Ebenso finden sich Besuche beim Arzt bzw. der Ärztin für Allgemeinmedizin, bei InternistInnen, sonstigen FachärztInnen, aber auch Krankenhausaufenthalte bei arbeitslosen Frauen (und Männern) häufiger als bei erwerbstätigen.

Es ist jedoch zu bedenken, dass Unterschiede in der Gesundheitssituation zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen auch durch Alter- und Bildungsunterschiede, durch Unterschiede in der beruflichen Qualifikation etc., die sich ebenfalls auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken, beeinflusst sein können.

Des Weiteren ist zu beachten, dass ein schlechterer Gesundheitszustand von Arbeitslosen noch nichts über die Kausalität aussagt. Zwar kann einerseits Arbeitslosigkeit das Krankheitsrisiko erhöhen (Kausalitätshypothese), andererseits können aber auch vor der Arbeitslosigkeit bestehende Krankheiten zu einem erhöhten Risiko führen, arbeitslos zu werden (Selektionshypothese). Bei dem derzeit bestehenden Überangebot an Arbeitskräften sind Selektionseffekte durchaus wahrscheinlich, allerdings gilt dies nicht für Massenentlassungen (Grobe und Schwartz, 2003; S.19).

Längsschnittuntersuchungen aus dem benachbarten Ausland lassen vermuten, dass sowohl die Kausalitäts- als auch die Selektionshypothese zutreffen: Und zwar zeigte sich, dass das Risiko, den Arbeitsplatz zu verlieren, für gesundheitlich Beeinträchtigte deutlich höher als für gesunde Menschen ist, auch ist es für erstere schwieriger, wieder einen Arbeitsplatz zu finden (Elkeles und Seifert, 1993). Des Weiteren konnte mittels Längsschnittstudien 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 (Starrin et al., 1989).

7.5 Frauen in den Pflegeberufen

Wichtige Kernbereiche der Pflege sind die Krankenanstalten und die Altenpflege (Alten- und Pflegeheime sowie mobile Dienste). Im Jahr 2002 (Stand 31. Dezember) waren in den Krankenanstalten Österreichs 46.796 Personen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und 10.276 Personen als PflegehelferInnen tätig. 87,7 Prozent (also nach wie vor der überwiegende Teil) des diplomierten Pflegepersonals und 77,8 Prozent der PflegehelferInnen im stationären Bereich waren Frauen, wobei allerdings beim diplomierten Pflegepersonal je nach Sparte Unterschiede bestehen. So ist der Frauenanteil in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege erheblich geringer (58,3 Prozent).

Der Bereich der Altenpflege umfasst die Alten- und Pflegeheime und die mobile Dienste. Im Jahr 2000 waren in den rund 770 Alten- und Pflegeheimen in Österreich auf Vollzeitäquivalente umgerechnet ca. 21.200 Personen beschäftigt.¹² Davon waren rund ein Drittel diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, etwa die Hälfte AltenfachbetreuerInnen bzw. Alten- und PflegehelferInnen (ÖBIG, 2004, S.VII). In den letzten Jahren wurde (abgesehen von der Zahl der Pflegeplätze) die Zahl der in den Heimen Beschäftigten deutlich erhöht, auch hinsichtlich der Qualifikation des Personals kam es zu deutlichen Verbesserungen. So war Mitte der 1990er Jahre von den in Alten- und Pflegeheimen 13.200 im Vollzeitäquivalent Beschäftigten lediglich ein Fünftel diplomiertes Pflegepersonal, etwa die Hälfte waren Alten- bzw. PflegehelferInnen, rund 30 Prozent angelernte Personen (Schaffenberger et al., 1999).

Kernbereiche der ambulanten Dienste sind die Hauskrankenpflege, die Alten- bzw. Pflegehilfe und die Heimhilfe. Auch hier wurden durch die Neuregelung des Systems der Pflegevorsorge (Einführung des Bundes- und Landespflegegeldes und Verpflichtung der Länder, bis zum Jahr 2010 ein bedarfsgerechtes Sachleistungsangebot bereitzustellen) erhebliche Fortschritte erzielt. Im Jahr 2002 waren bundesweit rund 7.900 vollzeitäquivalent beschäftigte Personen in den mobilen Diensten tätig, davon je rund 1.700 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bzw. Alten-, PflegehelferInnen, AltenfachbetreuerInnen sowie etwa 4.400 Heimhilfen.¹³ Die Versorgung mit

¹² Eine Aufschlüsselung nach dem Geschlecht der im Bereich der Altenhilfe Beschäftigten liegt nicht vor.

¹³ In der zweiten Hälfte der 90er Jahre waren noch rund 70 Prozent der im Bereich der mobilen Dienste Beschäftigten HeimhelferInnen (Schaffenberger, Juraszovich et al. 1999).

Heimplätzen und mit ambulanten Diensten, ebenso wie die Qualifikationsstruktur des hier tätigen Personals ist in Österreich noch immer regional recht unterschiedlich (ÖBIG, 2004, S.37).

Pflegepersonalmangel – Ursachen und Strategien zur Beseitigung des „Pflegetnotstands“

Zum Bedarf an Pflegepersonal gibt es keine verlässlichen überregionalen Daten. Ausgehend von den Bedarfs- und Entwicklungsplänen der Länder, weist eine sehr vorsichtige Schätzung des ÖBIG für den Langzeitbereich (Alten- und Pflegeheime, mobile Dienste), wo der Mangel an Pflegepersonal besonders evident ist, einen Fehlbestand (in Vollzeitäquivalenten gerechnet) von 1.350 diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, 3.420 PflegehelferInnen bzw. AltenfachbetreuerInnen und 420 Hilfsdiensten aus (Krajic et al., 2003).

Zur Charakterisierung der Situation der Pflege wird oft der plakative Begriff „Pflegetnotstand“ verwendet. Krajic et al. (2003, S.5) sehen darin eine Verknüpfung von drei Komponenten, die sich gegenseitig verstärken, nämlich dem **Mangel an Pflegepersonal**, den **Qualitätsmängeln in der pflegerischen Versorgung** und der **Berufswirklichkeit des Pflegepersonals** („Pflegepersonal in Not“).

Die Ursachen für den Mangel an Pflegepersonal sind vielfältig. Eine Rolle spielen nach Krajic et al. (2003) die geringe Zahl an Ausbildungsplätzen, die kurze Berufsverweildauer, die Tatsache, dass viele der in der Pflege Tätigen nach Berufspausen nicht mehr in den Beruf zurückkehren, sowie die Beschränkungen in der Rekrutierung von Pflegepersonal aus dem Ausland. Dem steht aufgrund der demografischen Veränderungen, den damit verbundenen Veränderungen im Krankheitsspektrum, den vermehrten medizinischen Möglichkeiten und steigenden Erwartungen im Hinblick auf die Qualität der Pflege eine große Nachfrage an Pflegepersonal gegenüber.

Die Ursachen für 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 (Arbeitszeit, Personalführung, geringe Aufstiegsmöglichkeiten, etc.) sowie im schlechten Image der Pflegeberufe, insbesondere der Altenpflege. Um die Attraktivität des Pflegeberufs und damit auch der Qualität der Pflege zu erhöhen, ist eine Reihe von Maßnahmen erforderlich.

Empfehlungen zu einer Beseitigung des „Pflegetnotstands“ beziehen sich vor allem auf eine Verbesserung des Umgangs mit Berufsrisiken, auf die Entwicklung einer *neuen* Organisations- und Führungskultur, auf die Stärkung der MitarbeiterInnenorientierung, weiters auf die Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Pflege und Maßnahmen zur Erhöhung des Berufszugangs (nach Krajic et al., 2003).

7.6 Frauen als pflegende Angehörige

Angaben zur Pflegebedürftigkeit in Österreich

Rund 16 Prozent der ca. acht Millionen EinwohnerInnen Österreichs sind 65 Jahre und älter, ca. sechzig Prozent sind Frauen. Bei den 85-Jährigen und älteren beträgt der Frauenanteil bereits 75 Prozent (Stand 2002). Während der überwiegende Teil der älteren und alten Männer verheiratet ist, nimmt der Anteil der verheirateten Frauen mit dem Alter stark ab. 52 Prozent der 75-jährigen und älteren Frauen, aber nur 18 Prozent der 75-Jährigen und älteren Männer leben in Ein-Personen-Haushalten. Mit zunehmendem Alter nehmen die Anteile der Ein-Personen-Haushalte zu. Im städtischen Bereich ist der Anteil der Ein-Personen-Haushalte höher als auf dem Land. Rund acht Prozent der 75-jährigen und älteren Frauen und vier Prozent der 75-jährigen und älteren Männer leben in Alten(wohn)- und Pflegeheimen, dieser Anteil nimmt mit zunehmendem Alter stark zu (Mikrozensus-Jahresdurchschnitt 1998, Statistik Austria 2000b, S.25).

Einen Überblick über die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der ÖsterreicherInnen gibt die Statistik über den Pflegegeldbezug. Mit 31. Dezember 2002 erhielten 237.728 Frauen und 112.981 Männer (also doppelt so viele Frauen wie Männer) Pflegegeld,¹⁴ und zwar 5,7 Prozent der Frauen und 2,9 Prozent der Männer. Der überwiegende Teil der PflegegeldbezieherInnen (82,3 Prozent) war über sechzig Jahre, nahezu die Hälfte (45,6 Prozent) über achtzig Jahre. Die Hälfte (54,8 Prozent) der PflegegeldbezieherInnen hatte Pflegegeld der Stufen 1 und 2, 40,7 Prozent der Stufen 3 bis 5 und 4,6 Prozent (16.046 Personen) der Stufen 6 bis 7, also der Stufen mit dem höchsten Pflegebedarf.

Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit steigt mit zunehmendem Alter. Während bei den bis Vierzigjährigen 0,7 Prozent im Jahr 2002 Pflegegeld bezogen haben, waren es von den 41- bis Sechzigjährigen 1,5 Prozent, von den 61- bis Achtzigjährigen bereits 9,1 Prozent. Von den über Achtzigjährigen waren 56,2 Prozent der Frauen und 38,5 Prozent der Männer PflegegeldbezieherInnen (ÖBIG, 2004, S.16).

Allein zwischen 2000 und 2002 ist die Zahl der PflegegeldbezieherInnen Österreichweit bei den Frauen um rund 12.000 und bei den Männern um rund 8.000 gestiegen. Die höchsten Zuwächse

¹⁴ Bundes- und Landespflegegeld; ohne Opferfürsorge und LandeslehrerInnen.

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 (vgl. dazu ÖBIG, 2004, S 17). Allein aus demografischen Gründen (d.h. unter gleich bleibenden sonstigen Bedingungen) wird bis 2011 ein Ansteigen der PflegegeldbezieherInnen auf rund 400.000 erwartet (Statistik Austria, zitiert nach: Stadt Wien, 2003, S 244).

Von den Personen, die Pflegegeld beziehen, werden etwa 15 Prozent in Pflegeheimen betreut. Etwa 80 Prozent des Pflegebedarfes wird in der Familie durch Angehörige oder private Helfer (insbesondere Frauen) abgedeckt, etwa zehn Prozent durch soziale Dienste (Rubisch et al., 2001).

Schneider und Österle (2003) gehen davon aus, dass die Zahl an hilfe- und pflegebedürftigen ÖsterreicherInnen 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.

Ausmaß und strukturelle Bedingungen der Pflege im familiären Umfeld

Der überwiegende Teil der Pflege findet im familiären Umfeld statt. Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit von Frauen (im Jahr 2003 lag die Erwerbsquote¹⁵ von Frauen bei 42,1 Prozent), wird die Pflege von Angehörigen nach wie vor vornehmlich von Frauen (Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter) erbracht. Es handelt sich dabei im einen weiteren Bereich, der meist mit bereits bestehenden Arbeitsfeldern (Erwerbs-, Haus-, Familienarbeit) in Einklang zu bringen ist.

Laut Mikrozensus 2002 gibt es in Österreich 281.900 Frauen und 144.000 Männer über 17 Jahre, die nahe Angehörige bzw. Bekannte betreuen oder pflegen. Das heißt, von den Erwachsenen erbringen 8,5 Prozent der Frauen und 4,7 Prozent der Männer (überwiegend unbezahlt) Hilfs- und Pflegeleistungen. Unter ihnen sind 38.900 Personen, die sogar zwei oder mehr Angehörige bzw. Bekannte betreuen. Insgesamt werden 464.800 Personen betreut. 40 Prozent der betreuten Personen sind mit der betreuenden Person in einer Wohnung, weitere 15 Prozent leben zwar in einer anderen Wohnung, aber im selben Haus. Die übrigen 45 Prozent leben an einem anderen Ort (in Wien sind es 63 Prozent).

Während von den 18- bis 24-Jährigen lediglich ein Prozent nahe Angehörige bzw. Bekannte betreuen, sind es von den 50- bis 64-Jährigen rund zehn Prozent. Am häufigsten werden Hilfs- und Pflegeleistungen für die Elterngeneration erbracht. In dreißig Prozent der Fälle wird die eigene Mutter betreut, in elf Prozent der Fälle die Schwiegermutter und in drei Prozent der Fälle der Schwiegervater. In 18,3 Prozent der Fälle werden EhegattInnen (LebensgefährtInnen) betreut.

Wer wen betreut ist, ist 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 Begleitdienste (z.B. Arzt-, Behördenwege) verrichten, überwiegen bei den Frauen Hilfeleistungen bei persönlichen Verrichtungen (also im Wesentlichen die Pflege).

228.400 Personen brauchen Hilfe bei persönlichen Verrichtungen (z.B. Waschen, Anziehen, Essen geben). Diese wird zu 73,4 Prozent von Frauen erbracht. Auch bei höherem Betreuungsaufwand (15 und mehr Stunden), sind es vorwiegend die Frauen, die Betreuung übernehmen. 103.100 Personen werden 15 und mehr Stunden pro Woche betreut, und zwar zu 76,8 Prozent von Frauen. Es dürfte sich dabei vorwiegend um pflegebedürftige Personen handeln (Statistik Austria, 2004).

Praxis- und theorierelevant sind vor allem fünf Zielgruppen pflegender Angehöriger (nach Jansen et al., 1999):

- Ältere und alte pflegende EhepartnerInnen und LebensgefährtInnen
- Töchter, Schwiegertöchter und Söhne, die (Schwieger-)Eltern pflegen
- Angehörige, die Demenzkranke oder psychisch kranke Menschen zu Hause betreuen
- Angehörige, die chronisch kranke Menschen (Multiple Sklerose, Krebs, Aids etc.) meist jüngem oder mittleren Lebensalters pflegen
- Angehörige (vor allem Mütter), die Menschen mit angeborenen oder früh erworbenen Behinderungen betreuen.

8. Umweltbezogene Gesundheitsrisiken und Frauengesundheit

In Österreich werden geschlechtsspezifische Unterschiede bei umweltbezogenen Gesundheitsrisiken und deren medizinischer Behandlung immer noch zu wenig berücksichtigt. Es finden sich zwar Studien zu Umwelt und Gesundheit, jedoch sind weitere Studien notwendig, um geschlechtsspezifische Unterschiede in Entwicklung und Verlauf von umweltbezogenen Gesundheitsrisiken und umweltbe-

¹⁵ Anteil der Erwerbspersonen an der gesamten Wohnbevölkerung

dingten Krankheiten besser zu verstehen. International gesehen mehren sich frauengesundheitsbezogene Studien und Programme zum Thema Umwelt und Gesundheit sowie deren Vernetzung in Datenbanken, die allerdings in Österreich erst umgesetzt werden muß.

8.1 Stand der Forschung zu Gender - Umwelt - Gesundheit

Übersicht: frauenrelevante umweltassoziierte Erkrankungen

In der öffentlichen Diskussion über umweltbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen werden vor allem die in vielen Studien bestätigten Zusammenhänge zwischen Atemwegserkrankungen, Bluthochdruck, Herz- und Lungenerkrankungen und Luftverschmutzung immer wieder erwähnt. Ebenso ist die Rolle verschiedener Umweltbelastungen in der Krebsentstehung ein Thema von großem Interesse. Nachfolgend ein Überblick über jene Forschungsfelder der Umweltmedizin, die bislang mit Frauengesundheit in Verbindung gebracht worden sind:

Atemwegserkrankungen: Der Zusammenhang zwischen Atemwegserkrankungen und Luftverschmutzung ist evident, jedoch auch der Zusammenhang mit Nikotinkonsum. Es liegen Hinweise vor, dass die Lunge der Frau empfindlicher auf Schadstoffe reagiert als die Lunge des Mannes (COPD Liga Österreich, 2004). Welche Rolle die Umweltbelastung für Geschlechtsunterschiede bei Atemwegserkrankungen spielt, ist bislang noch nicht ausreichend erforscht. Dies wäre aber essenziell, wenn man bedenkt, dass weltweit bis zu 600 Millionen Menschen an einer chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD) leiden, in Österreich sind es mindestens 400.000 Menschen, 2020 soll die COPD international gar an die dritte Stelle der Todesursachen vorrücken.

Krebs: Viele Umweltschadstoffe und Umwelteinflüsse werden mit der Entstehung von Krebs in Verbindung gebracht. Übermäßige Sonnenbestrahlung erhöht das Hautkrebsrisiko und radioaktive Strahlung das Risiko, an Leukämie zu erkranken.

Umwelt und Lebensstil werden auch als Ursachen für die Erhöhung des Brustkrebsrisikos diskutiert. Das Auftreten von Brustkrebs variiert um mehr als das Fünffache in verschiedenen Ländern der Welt. Auf die Nachkommen von MigrantInnen, die aus Ländern mit niedrigen Brustkrebsraten wie China oder Japan in solche mit hohen Brustkrebsraten auswandern, treffen nach ein bis drei Generationen die mehrfach höheren Brustkrebsraten des neuen Landes zu (Adzersen et al., 2004). Ergebnisse des Projektes Europeval (2002), in dem die Informationen aus den Krebsregistern von 17 verschiedenen europäischen Ländern zusammengetragen wurden, zeigten, dass in Schweden, Deutschland, Italien und der Schweiz die Menschen im Vergleich zu anderen europäischen Ländern am häufigsten an Krebs erkrankten. Das niedrigste Auftreten verzeichneten Polen, Estland, die Slowakei und Slowenien. Gesamt gesehen waren 61 Prozent der Fälle Frauen, 57 Prozent davon Frauen im Alter von 65 Jahren und älter. Die Diagnose Brustkrebs stellte mit 34 Prozent den größten Anteil dar. Bei den Männern dominierte mit 15 Prozent Enddarmkrebs. Diese Daten sind allerdings mit Vorsicht zu interpretieren, da es Unterschiede in der Qualität der nationalen Krebsregister gibt (Capocaccia et al., 2002).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: In vielen Studien wurde der Zusammenhang zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Luftverschmutzung bestätigt, jedoch wurden Geschlechtsunterschiede dabei bislang noch nicht ausreichend berücksichtigt. Es liegen Hinweise vor, dass ein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Auswirkungen von Lärmexposition besteht: Bei Frauen, die in ihrem Lebensumfeld einer großen Lärmkulisse ausgesetzt waren, stieg das Herzinfarktisiko um das 1,4-Fache (Willich et al., 2003).

Störungen der Fertilität und Reproduktionsfähigkeit: Störungen der Fruchtbarkeit und Fortpflanzungsfähigkeit der Menschen können von der Bildung und Reifung der Keimzellen bis zum Zeitpunkt der Geburt durch die Einwirkung chemischer, biologischer und physikalischer Stoffe ausgelöst werden. Es wurde eine Reihe von Stoffen, die grundsätzlich geeignet sind, in die Regelung der hormonellen Steuerung von Sexualfunktionen einzugreifen (so genannte endocrine disruptors), in der Umwelt gefunden. Befürchtet wird, dass diese durch den Menschen in die Umwelt eingebrachten Substanzen ungünstige Auswirkungen auf die menschliche Fertilität und Reproduktionsfähigkeit haben. Trotz intensiver Forschung auf diesem Gebiet konnte diese Sachlage allerdings noch nicht geklärt werden (www.apug.nrw.de).

9. Frauenspezifische Gesundheitsversorgung in Österreich

9.1 Überblick: Frauenspezifische Angebote und Ressourcen im Gesundheitssystem

Ausgehend von einer Übersicht über frauenrelevante Handlungsfelder der Gesundheitsversorgung und der **Grundprinzipien frauengerechter Gesundheitsversorgung** wird

- die Arbeit der **österreichischen Frauengesundheitszentren** in Form einer Selbstdarstellung vorgestellt und es werden weitere
- Beispiele der **frauenspezifischen psychosozialen Versorgung** angeführt, im Besonderen werden Arbeitsweise und Rahmenbedingungen des Netzwerks Österreichischer Frauenberatungsstellen, das Netzwerk der österreichischen Familienberatungsstellen und die Versorgungslage mit psychologisch-psychotherapeutischen Angeboten beschrieben.

Weitere, vor allem von Frauen in Anspruch genommene Gesundheitsversorgung-Angebote sind

- **Selbsthilfegruppen** und
- **Komplementär- und Alternativmedizin (CAM)** und **Medical Wellness**.
- Ein Beitrag analysiert **Aspekte der Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen**.
- Des Weiteren werden Beispiele der **frauenspezifischen Qualitätssicherung** und
- ein exemplarischer Hinweis auf die Problematik der **mangelnden klinischen Prüfung von Medikamenten** bei Frauen wird angeführt.

9.2 Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung

Im vergangenen Jahrzehnt wurden in Europa und international erste Schritte zur Realisierung einer frauengerechten und geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung gesetzt. Es waren nicht zuletzt die Aktivitäten der WHO - die inzwischen eine Abteilung für Frauen, Gender und Gesundheit etabliert hat (Department of Gender, Women and Health – GWH¹⁶) -, die zu dieser Entwicklung beigetragen haben. Dennoch muss dabei die Empfehlung der WHO in der *Madriдер Erklärung - Gender Mainstreaming in health* aus dem Jahr 2001 wiederholt werden, dass lokale Strategien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung im Sinne eines Gender Mainstreaming in allen Belangen des Gesundheitswesens erst zu entwickeln und umzusetzen sind.

In programmatischen Überlegungen zur Charakterisierung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung werden unter anderem folgende allgemeine Grundprinzipien genannt (Jahn und Kolip, 2003; S.7ff):

- 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.
- Ein Einbeziehen der Diskussion über eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in die **allgemeine Diskussion des Gesundheitswesens** (Finanzierung, Nutzerorientierung, Qualitätssicherung).
- Das Formulieren und Verfolgen von **Gesundheitszielen**, die frauenspezifische und Gender-Aspekte berücksichtigen.
- Die Förderung von **Vernetzung** (Schnittstellenproblematik, Versorgungsketten, multiprofessionelle und interdisziplinäre Vernetzung, Praxisk Kooperationen, Psychosomatik).
- Die Qualifizierung und Sensibilisierung in den **Gesundheitsberufen** (Aus-, Fort- und Weiterbildung durch Vermitteln von Gender- und Diversitäts-Kompetenz).

¹⁶ <http://www.who.int/gender/en/>

9.3 Das Netzwerk Österreichischer Frauengesundheitszentren

Frauengesundheitszentren übernehmen in Österreich eine zentrale Rolle in der Vertretung von Frauenanliegen – sowohl im gesellschaftlichen als auch im gesundheitlichen Bereich. Sie fördern, entwickeln und verbreiten frauenorientierte Strategien und frauenspezifische Angebote. Die österreichischen Frauengesundheitszentren stellen damit das lange vermisste Gegengewicht zum traditionellen meist männlich dominierten Gesundheitssystem dar.

Regionale Entwicklungen

Als erstes österreichisches Frauengesundheitszentrum nahm F. E. M. 1992 in Wien seine Tätigkeit auf. Noch im selben Jahr folgte das Frauengesundheitszentrum in Graz. Das Frauengesundheitszentrum ISIS in Salzburg wurde im Jahr 1994 gegründet. Im Jahr 1996 entstand das Linzer Frauengesundheitszentrum und im Jahre 1997 das Frauengesundheitszentrum Dornbirn. Im Jahr danach eröffnete Graz sein Landprojekt, Frauengesundheitszentrum Leibnitz unter dem Namen „Die Spinne und das Netz“. Im März des Jahres 1999 begann das Frauengesundheitszentrum Kärnten mit seiner Arbeit, im Mai folgte F. E. M. Süd in Wien und im Juni desselben Jahres das Frauengesundheitszentrum Tirol. Die Frauengesundheitszentren in Tirol und Vorarlberg mussten jedoch bedauerlicherweise aus Geldmangel wieder schließen. Bis heute gibt es kein Frauengesundheitszentrum im Burgenland und in Niederösterreich, somit verfügen vier Bundesländer über kein Frauengesundheitszentrum.

Im Jahr 1996 schlossen sich die Zentren zum Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren zusammen. Dieses Netzwerk setzt sich ein für ein frauenspezifisches Verständnis von Gesundheit, für frauenspezifische Strategien und Angebote in der Gesundheitsförderung und für eine frauenspezifische Gesundheitspolitik. Das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren ist Kompetenzzentrum und gleichzeitig Informationsdrehscheibe. Es nimmt kritisch Stellung zu Gesundheitstrends und Entwicklungen in der Frauengesundheitspolitik und arbeitet in nationalen und internationalen Netzwerken. Durch die Entwicklung und Bekanntmachung von models of good practice trägt das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren maßgeblich zur Qualitätsverbesserung der Frauengesundheitsarbeit bei.

Prinzipien frauengerechter Gesundheitsförderung und Versorgung

Die österreichischen Frauengesundheitszentren teilen grundlegende Prinzipien. Sie setzen sich ein für die Wahlmöglichkeit, Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung der Frau. Sie treten ein für frauenorientierte Dienstleistungen, in dem sie die Qualität der frauenspezifischen Gesundheitsversorgung verbessern. Von zentraler Bedeutung für alle österreichischen Frauengesundheitszentren ist das Konzept der Frauengesundheitsförderung, das sich auf Empowerment und auf die Beachtung der Lebensumstände einzelner Frauen und der Lebensumstände von Frauen insgesamt stützt. Das Bereitstellen von Information, Unterstützung und Orientierungshilfe ist daher eine Dienstleistung aller Frauengesundheitszentren. Die gesellschaftliche Tendenz, normale weibliche Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft oder Wechseljahre zu pathologisieren und zu medikalisieren nimmt weiterhin zu. Eine der wichtigsten Aufgaben, der Frauengesundheitszentren in Österreich ist daher, diesen Prozess aufzuzeigen und die Frau in ihrer selbst bestimmten Entscheidungsfindung zu stärken. Frauengesundheitsförderung impliziert aber ebenso, diese Verhältnisse zu verändern. Dies tun Frauengesundheitszentren, indem sie mit Arbeitskreisen, Modellprojekten und Kooperationen, Strukturveränderungen im Gesundheitswesen anregen und begleiten.

9.4 Frauenspezifische psychosoziale Versorgung in Österreich

Ein vollständiger Überblick über frauenspezifische Angebote im psychosozialen Bereich ist nicht möglich, es sind jedoch strukturelle Knotenpunkte in der frauenspezifischen psychosozialen Versorgung zu erkennen, die sich seit Mitte der 1990er Jahre durch zunehmende Vernetzung auszeichnen. Diese Einrichtungen sind zwar in vielfältigen Verflechtungen miteinander verbunden, eine gemeinsame koordinierende Stelle ist jedoch – hauptsächlich wohl aufgrund der großen Anzahl unterschiedlicher Träger, Geldgeber und Organisationsformen – noch nicht vorhanden. Die wesentlichsten Einrichtungen frauenspezifischer psychosozialer Gesundheitsversorgung sind:

- die Frauengesundheitszentren (siehe vorangegangener Abschnitt)
- das Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen; einschließlich der Frauenhäuser und der MigrantInnenberatungsstellen
- die Familienberatungsstellen
- PsychologInnen und PsychotherapeutInnen

Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen

Im Jahr 1981 wurde in Wien die erste österreichische Frauenberatungsstelle ins Leben gerufen; als Vorbild diente damals das Münchner Frauentherapiezentrum. Die seit Anfang der achtziger Jahre in Österreich entstandenen Frauen- und Mädchenberatungsstellen bieten über gesundheitliche Fragen hinausgehend eine breite Palette an frauenspezifischen Unterstützungsangeboten und stellen eine

niederschwellige und unbürokratische Anlaufstelle für Frauen und Mädchen in unterschiedlichsten Lebenslagen dar. Die Angebote hängen unter anderem auch von der Trägerorganisation und den GeldgeberInnen ab, meist sind es mehrere zugleich (Arbeitsmarktservice, Familienberatung, ...). Die Themen der Beratungsstellen sind u.a. Berufsorientierung, Wiedereinstieg, Scheidung, Gewalt, Suchterkrankungen, Schwangerschaft, Obdachlosigkeit, Erziehungsfragen. Es sind aber vor allem die drei einander wechselseitig beeinflussende Problemkreise Partnerbeziehung, Erwerbsarbeit und Gewalterlebnisse, die Frauen in die Gefahr der materiellen Armut bringen und in weiterer Folge zur Beeinträchtigung der psychischen und körperlichen Gesundheit führen. Die Brisanz der gesamten Problematik wird durch eine Untersuchung des Vereins *Frauen beraten Frauen* deutlich, aus der hervor geht, dass 83 Prozent der Klientinnen der Wiener Frauenberatungsstellen in ihrem Leben Gewalt erfahren haben (Verein Frauen beraten Frauen, 1997).

Im Jahr 1992 wurden von Johanna Dohnal die Frauenservicestellen eingeführt, die den bestehenden Frauen- und Mädchenberatungsstellen angegliedert wurden, um die allgemeine psychosoziale Frauenberatung durch frauenpolitische Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit zu verstärken. Eine intensive Vernetzungstätigkeit hat im Jahr 1995 zur Etablierung des *Netzwerks österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen* geführt hat (Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen (NÖFMBS), 1999).

Familienberatung in Österreich

Die Förderung der Familienberatungsstellen wurde 1974 als Begleitmaßnahme zur Fristenlösung etabliert. Die Beratungsstellen haben sich seither zu generellen Anlaufstellen in Familien- und Partnerschaftsfragen weiterentwickelt. In Österreich gibt es ein Netzwerk von über 350 Familien- und Partnerberatungsstellen unterschiedlicher Trägerorganisationen, die aus dem Budget des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz entsprechend dem Familienberatungs-Förderungsgesetz finanziert werden. Das Gesamtbudget der Familienberatungsstellen beträgt 38 Millionen Euro pro Jahr.

Siebzig Prozent der KlientInnen der Familienberatungsstellen sind weiblich, 28 Prozent sind zwischen dreißig und vierzig Jahre alt, jeweils rund ein Fünftel liegen unter bzw. über dieser Altersgruppe. Zwei Drittel der KlientInnen haben Kinder, ein Drittel ist ledig, 43 Prozent sind verheiratet.

Die Beratungsstatistik verdeutlicht, dass die Hauptthemen in der Familienberatung rund um Partnerschaft, Kinder und Familie kreisen, diese Themen nehmen rund die Hälfte aller Beratungen ein. Gewalt in der Familie ist häufig Thema der Beratungen (sieben Prozent aller Beratungen). Die Anzahl der Beratungen pro Jahr hat sich von 1988 (200.000) auf 2003 (444.300) mehr als verdoppelt. Die Beratung ist kostenlos und anonym.

Geförderte Familienberatungsstellen sind in allen Bezirken Österreichs vorhanden, sodass es eine nahezu flächendeckende Versorgung gibt. Auf 22.500 Österreicherinnen und Österreicher kommt derzeit im Durchschnitt eine Familienberatungsstelle. Einige Familienberatungsstellen bieten auch den Schwerpunkt Frauengesundheit an.

Psychologische und psychotherapeutische Versorgung

Nicht nur die KlientInnen der PsychotherapeutInnen und PsychologInnen sind überwiegend weiblich, sondern auch zwei Drittel der PsychologInnen und PsychotherapeutInnen. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) hat in mehreren Expertisen den Stand der psychosozialen Versorgung durch PsychologInnen und PsychotherapeutInnen beschrieben und evaluiert (ÖBIG, 2002a,b,c,d; 2004). Demnach gab es Ende 2002 in Österreich rund 5.500 PsychotherapeutInnen und rund 3.450 Klinische und GesundheitspsychologInnen. Rund ein Drittel der PsychotherapeutInnen sind zugleich auch Klinische und GesundheitspsychologInnen; aus der Sicht der PsychologInnen sind die Hälfte aller Klinischen und GesundheitspsychologInnen zugleich auch PsychotherapeutInnen. Die am häufigsten vertretenen Therapierichtungen sind die Systemische Familientherapie, die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, die Verhaltenstherapie, die Psychoanalyse und die Integrative Gestalttherapie. Die Versorgung mit Angeboten von einem der Psycho-Berufe variiert sehr stark zwischen den Bundesländern: In Wien kommen 15 PsychotherapeutInnen auf 10.000 EinwohnerInnen, im Burgenland nur 2,2. 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 schätzt den Psychotherapiebedarf der Gesamtbevölkerung auf 2,1 Prozent, was bedeutet, dass mit den bestehenden Regelungen der Finanzierung durch die Krankenversicherung rund zwölf Prozent des gesamten Psychotherapiebedarfs abgedeckt werden kann. Es bestehen große regionale Unterschiede hinsichtlich der Versorgung (ÖBIG, 2002d).

9.5 Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen für eine frauenspezifische Gesundheitsversorgung

Die wachsende Bedeutung von Selbsthilfegruppen ist vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion der Leistbarkeit von Gesundheitsversorgung zu sehen, die im Spannungsfeld zwischen einem wachsenden Bedarf an Versorgungsleistungen aufgrund der Zunahme chronischer Erkrankungen als direkte Folge des demografischen Wandels und den stetig steigenden Gesundheitskosten steht. In dieser Situation werden zwei grundsätzliche Handlungsstrategien verfolgt: eine organisatorische Reform der Gesundheitsverwaltung und – nachhaltig gedacht – eine Senkung des Bedarfs durch Gesundheitsförderung, Prävention, vermehrte Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfe. In diesem Sinne kann Selbsthilfe als eine Kosten senkende Ergänzung des Gesundheitssystems verstanden werden, aber auch als kritisches Regulativ und Indikator bei Versorgungsmängeln und –defiziten.

Wie in den meisten Bereichen des Sozial- und Gesundheitsbereichs sind die **TeilnehmerInnen in Selbsthilfegruppen überwiegend Frauen**, das durchschnittliche Alter liegt bei rund fünfzig Jahren. Das Ausmaß der Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist sehr stark von der Art des jeweiligen Problems abhängig: im Suchtselbsthilfebereich engagieren sich etwa zwei bis sechs Prozent der Betroffenen, in der Brustkrebs-Selbsthilfe sind es drei bis vier Prozent (RKI, 2004; S.12; FGÖ, 1999). Trotz des bemerkenswerten Engagements der bereits bestehenden Selbsthilfegruppen, besteht noch ein großes Potenzial, die vorhandenen Ansätze auszubauen. Barrieren der Teilnahme an Selbsthilfeaktivitäten werden vor allem in einem ausgeprägten Informationsdefizit gesehen, das sowohl seitens der Bevölkerung aber auch der in den Gesundheitsberufen Tätigen bestehe (Findeiß et al., 2001).

Selbsthilfeinitiativen haben sich in Österreich, der Schweiz und Deutschland gänzlich unterschiedlich entwickelt und es bestehen beträchtliche **Unterschiede in der Versorgungsdichte**. In Österreich und der Schweiz gibt es deutlich weniger Selbsthilfegruppen als in Deutschland: es liegen Schätzung vor, dass in Deutschland zwischen 70.000 und 100.000 Selbsthilfegruppen aktiv sind, in der Schweiz und in Österreich jeweils etwas über 1.000 Gruppen. Bezogen auf die Bevölkerungszahl dieser Länder bedeutet dies, dass in Deutschland eine Selbsthilfegruppe auf 1.100 EinwohnerInnen kommt, hingegen in Österreich und in der Schweiz eine Selbsthilfegruppe auf 6.000 bis 7.000 EinwohnerInnen (Borgetto, 2004; RKI, 2004).

Ausgangspunkt vieler Selbsthilfeaktivitäten in Österreich war die 1986 in Wien gegründete Service- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (SIGIS), die seit 1993 im Fonds Gesundes Österreich angesiedelt ist und das Martha Frürwirth-Zentrum für Medizinische Selbsthilfegruppen in Wien, das ebenfalls Mitte der 1980er Jahre entstanden ist. Im Jahr 2000 haben sich die Selbsthilfegruppen zur *ArGe Selbsthilfe Österreich* zusammengeschlossen, einer themenübergreifenden Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtung mit dem Ziel, eine „Stärkung, Qualifizierung und Bündelung der Ressourcen in der Selbsthilfe zu erreichen“ und „... die Anliegen und Interessen auf Bundesebene in entsprechende Gremien einzubringen“ (FGÖ, 2004; S. 4).

Das Verzeichnis der österreichischen Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich ordnet die über 1.000 Selbsthilfegruppen mehr als 100 Stichworten zu (SIGIS-Verzeichnis: FGÖ, 2004). Teilt man diese den Bereichen Sucht, Krebs, Behinderung bzw. psychische / körperliche / soziale Gesundheit zu, zeigt sich, dass sich rund zwei Drittel bis drei Viertel der Selbsthilfegruppen auf die Schwerpunkte körperliche Erkrankung oder Behinderung beziehen, was auch den Beobachtungen in Deutschland entspricht (RKI, 2004; S.13).

Abbildung 9-1. Schwerpunkte und Themen der Selbsthilfegruppen in Österreich (Ausschnitt)

Krebs	Brustkrebs; Darmkrebs; Kehlkopfkrebs; Kinder-Krebs; Prostata-Krebs; Schilddrüsenkrebs
Sucht	Alkoholsucht; Arbeitssucht; Sexsucht; Spielsucht
Psychische Gesundheit und Krankheit	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 (Muskelkrankung); Noonan-Syndrom; Rett-Syndrom; Klinefelter-Syndrom; Lippen-Kiefer-Gaumenspalte; Speiseröhrenmissbildung; Stottern
Körperliche Gesundheit und Krankheit	Hyperaktivität; Adipositas (Fettsucht); HIV/AIDS; Alopecia Areata (kreisrunder Haarausfall); Alzheimer- und Demenzkrankheit; Amalgam; Aphasie (Schlaganfall); Asthma und Allergie; Azidose (Übersäuerung des Blutes); Spaltblase; Veitstanz; Cystische Fibrose; Schmetterlingskinder (Hauterkrankung); Diabetes; Dialyse; Elektrosmog; 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 Lymphflüssigkeit); Migräne; Sarkoidose; Morbus Crohn (chronische Darmerkrankung); Morbus Parkinson (fortschreitende Funktionseinschränkung); Morbus Recklinghausen (Störung der Hautpigmentierung); Rheuma und Arthritis; Mukopolysaccharidose (Stoffwechselstörung); Osteoporose (Knochenschwund); Pilzerkrankungen; Plötzlicher Säuglingstod (SIDS); Prader-Willi-Syndrom (Stoffwechselstörung); Schädelhirntrauma; Schlafapnoe (Schnarchen mit Atempausen); Schmerz; Borreliose (FSME; nach Zeckenbiss); Zöliakie (Stoffwechselstörung)

Quelle: FGÖ, 2004; S.304ff.

Der positive gesundheitliche und soziale Effekt von Selbsthilfe konnte – nicht in Österreich, aber international – für die Bereiche Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen und Übergewicht wissenschaftlich nachgewiesen werden. Am häufigsten wurden die Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker evaluiert, wobei in mehreren amerikanischen Studien gezeigt werden konnte, dass diese Selbsthilfegruppen im Vergleich zu professioneller ambulanter Behandlung gleich erfolgreich, aber bedeutsam kostengünstiger sind (Borgetto, 2004).

9.6 Komplementär- und Alternativmedizin und Medical Wellness für Frauen

Die Komplementär- und Alternativmedizin (Complementary and Alternative Medicine - CAM) hat in den letzten Jahren vor allem in den westlichen Ländern an Bedeutung gewonnen (Melchart, 1996; Dixon et al, 2003, S.IX). Auch in Österreich sind komplementär- oder alternativmedizinische Methoden weithin bekannt und werden häufig in Anspruch genommen. Der Bekanntheitsgrad der Homöopathie liegt zwischen neunzig und 97 Prozent (Mercur Versicherung AG, 2003; Fessel-GfK, 2003). Der Trend zur Selbstmedikation mit Naturheilmitteln und eine verstärkte Nachfrage nach Wellness-Angeboten sind anhaltend: von rund sechzig Prozent der Bevölkerung in Deutschland werden selbst gekaufte Naturheilmittel eingenommen und Wellness-Angebote selbst gewählt und verordnet (Institut für Demoskopie Allensbach, 2002).

Frauen nehmen nachweislich häufiger Naturheilmethoden in Anspruch als Männer und auch die Bereitschaft, andere unkonventionelle Methoden zu testen, ist bei Frauen größer. Bei einer Meinungsumfrage gaben 61 Prozent der dreißig- bis 39-jährigen Österreicherinnen an, dass sie Homöopathika anderen Medikamenten vorziehen (Fessel-GfK, 2003). Weiters hat sich gezeigt, dass doppelt so viele Frauen wie Männer Homöopathie, Bachblüten, Aromatherapie und Chiropraktik in Anspruch nehmen und auch verstärkt Wellness-Angebote nachfragen und nutzen (Mercur Versicherung AG, 2003; Horx et al, 1999; S.15). Aufgrund der steigenden Nachfrage entstanden in Westeuropa in den letzten Jahrzehnten sowohl in der privaten als auch in der gesetzlichen Gesundheitsversorgung vielfältige frauenspezifische komplementär- und alternativmedizinische sowie Medical Wellness-Angebote mit dem Ziel der Prävention, Therapie und Rehabilitation (Illing, 2002; S.78-83). Es gibt es eine Vielzahl an Angeboten zur reproduktiven Gesundheit, z.B. Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Fruchtbarkeitsstörungen, Menopause, aber auch Brustkrebs (Männel, 2004). Viele Frauen nehmen aber auch aus Gründen der Gesundheitsförderung und Prävention Wellness-Angebote in Anspruch.

Der Begriff Komplementär- und Alternativmedizin (CAM)

In Österreich wird der Begriff Komplementärmedizin oder Alternativmedizin für Methoden verwendet, die schulmedizinische Interventionen ergänzen und/oder ersetzen und weitgehend nicht vom öffentlichen Gesundheitssystem bezahlt werden. Somit gibt es einerseits Behandlungsmethoden, die nicht im Medizinstudium gelehrt werden, jedoch als Weiterentwicklung der Schulmedizin gesehen werden (Komplementärmedizin) und andererseits gibt es zur Schulmedizin konträre Methoden (Alternativmedizin).

Die WHO zieht im Gegensatz zu vielen anderen Definitionen keine Grenze zur Schulmedizin, wie im deutschsprachigen Raum konventionelle Medizin unter anderem bezeichnet wird (Dixon et al., 2003; S.6). In der *Traditional Medicine Strategy 2002-2005* der WHO wird der Terminus der *Traditionellen Medizin* als Überbegriff für CAM verwendet, worunter man zum einen traditionell überlieferte Medizinsysteme versteht wie z.B. asiatische, afrikanische oder südamerikanische, worin zum anderen aber auch der westliche Begriff der Komplementär- und Alternativmedizin mit einbezogen wird. Die WHO definiert traditionelle Medizin als „unterschiedliche Gesundheitspraktiken, Ansätze, Wissen und Vorstellungen, die auf Pflanzen, Tieren und/oder Mineralien beruhende Medikamente, spirituelle Therapien, manuelle Techniken und Praktiken, die einzeln oder in Kombination zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens ebenso wie zu Behandlung, Diagnose oder der Prävention von Erkrankungen eingesetzt werden“ (WHO, 2002, S.7).

Der Begriff *Medical Wellness* und seine Nähe zur Gesundheitsförderung

Im angloamerikanischen Sprachgebrauch werden die Begriffe *wellness* und *well-being* im Bereich der Gesundheitsförderung verwendet und beschreiben den absoluten Zustand geistigen, seelischen und körperlichen Wohlbefindens (Anspaugh et al, 2003; S.3). *Wellness* spielt in der Geschichte von Gesundheitsförderung und Public Health eine bedeutende Rolle (Miller, 2004). So findet sich der Begriff *well-being* in der Gesundheitsdefinition der WHO: „Health is the state of absolute well-being, not merely the absence of disease and infirmity“ (WHO, 1946). Auch in der Ottawa Charta wird der Begriff *well-being* austauschbar mit dem Begriff Gesundheit gleichgesetzt (WHO, 1986): „to reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment.“ Ganz klar hervorgehoben werden der ganzheitliche Anspruch und die kollektive Verantwortung. Das Individuum und die Gruppe sollen zur Verwirklichung ihrer Ziele, zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse und zur Kontrolle über ihr Leben und ihre Gesundheit befähigt werden.

Anders wird der Begriff *Wellness* im Deutschen gebraucht, wo er als Marketing-Etikett für diverse konsumierbare Güter und Dienstleistungen, die Genuss versprechen, verwendet wird. Zusammenfassend kann der Gebrauch des Begriffs *Wellness* in den verschiedenen Traditionen folgendermaßen beschrieben werden (adaptiert nach Illing; 2002, S.9):

Angloamerikanisch	Deutsch
- betrifft alle Lebenslagen	- beschränkt auf Tourismus und Freizeit
- betrifft alle sozialen Schichten, besonders sozial Schwache	- beschränkt auf Besserverdienende
- ist ein Menschenrecht	- beschränkt sich auf Luxusgüter bzw. – dienstleistungen
- beruht auf wissenschaftlicher Legitimation	- wissenschaftliche Legitimation spielt untergeordnete Rolle
- kollektive Verantwortung	- eigenverantwortliches Privatvergnügen

Der Begriff *Medical Wellness* ist bisher in beiden Sprachräumen weder im Tourismus noch im Gesundheitsbereich ein etablierter Terminus. Es ist ein Versuch, Angebote und Interventionen im touristischen *Wellness*-Bereich zu klassifizieren, die einerseits oben genannte *Wellness*-Kriterien des deutschsprachigen Raums erfüllen, gleichzeitig aber einen verstärkten medizinischen und wissenschaftlichen Anspruch erheben. *Medical Wellness* ist ein „medizinisch-therapeutisch geleitetes und wissenschaftlich fundiertes Bemühen, ganzheitliches körperliches, geistiges und seelisches Wohlbefinden durch vitalisierende und entspannende Maßnahmen gleichermaßen herbeizuführen“.

Zentrale Charakteristika in der Klassifikation von *Medical Wellness*-Angeboten sind (Illing, 2002, S.44): Kreation eines angenehmen Lebensgefühls und Anerkennung der subjektiven Bedürfnisse des Einzelnen; Nutzen der Stärken des *Wellness*-Konzepts als Ergänzung zur Schulmedizin; Bekanntheit bzw. Hinwendung zur medizinischen Expertise; Nutzung von Trend- und Lifestyle-Therapien; Auferlegung von Qualitätskriterien.

Frauenspezifische CAM- und Medical Wellness-Methoden und deren Effektivität

In Österreich sind **Akupunktur** und **Homöopathie** weit verbreitete therapeutische Verfahren, aber auch **Massage** und **Hydrotherapie** spielen eine Rolle. Der Bekanntheitsgrad beträgt für Homöopathie 97 Prozent, Akupunktur 80 Prozent, Fußreflexzonenmassage 76 Prozent, Magnetfeldtherapie 74 Prozent, Bachblütentherapie 70 Prozent und jener der Akupressur 70 Prozent - und das mit steigender Tendenz seit 1994 (Meinungsumfrage bei 3.532 ÖsterreicherInnen; Fessel-GfK, 2003).

Medical Wellness-Angebote sind dadurch charakterisiert, dass sie einen hohen Qualitätsanspruch stellen, Wissensbasierung anstreben und in einem Wellness-Ambiente angeboten werden. Das Spektrum der Medical Wellness umfasst Anti-Aging-Angebote, Body-Design, Prävention, Rehabilitation und komplementäre Therapieangebote, wie auch labordiagnostische Leistungen, die in einem Wellness-Ambiente, sprich in Thermen, Hotels oder Klinikhotels, angeboten werden. Für Frauen relevante Medical Wellness-Angebote umfassen folgende Bereiche:

<i>Anti-Aging-Angebote</i>	Hormonsubstitution, kosmetische Behandlung zur Verlangsamung des Alterungsprozesses (präparativ oder apparativ), ...
<i>Body Design</i>	Cellulite-Behandlungen, Bindegewebsstraffung, ...
<i>Lebensphasen-spezifische Angebote</i>	Leistungen im Zusammenhang mit Klimakterium, Schwangerschaft, Geburt, Burnout, ...
<i>Komplementäre Therapieangebote</i>	Chinesische Medizin, Homöopathie, Anthroposophische Medizin, ...
<i>Labordiagnostische Leistungen</i>	molekulargenetische Untersuchungen, prädiktive Diagnostik der Infertilität, Reproduktionsmedizin, ...
<i>Brustkrebs</i>	neben medizinischen Interventionen zusätzliche Wellness-Angebote z.B. Ernährungsberatung, Akupunktur, Akupressur, Aromatherapie, Beratung zur Lebensführung, Bewegungstherapie, Musiktherapie, ...

Quelle: Illing, 2002

In Österreich häufig angebotene frauenspezifische Leistungen umfassen Beckenbodenmuskulaturtraining, therapeutische Behandlungen bei Erkrankungen unter denen vermehrt Frauen leiden (wie z.B. Osteoporose und Varizen) sowie bei den Indikationen Menstruations-, Wechselbeschwerden und Unfruchtbarkeit und in der Nachsorge bei Brustkrebs. Es fehlen jedoch Aussagen zur Wirksamkeit.

Empfehlungen zur CAM und Medical Wellness

Der vorliegende Beitrag kann nur als Beginn von weiterführender Forschung und Diskussion von Entwicklungen im Bereich der komplementär- und alternativmedizinischen Methoden und Medical Wellness-Angebote verstanden werden. Zusammenfassend sie festgestellt:

- Die Begrifflichkeiten der Komplementär- und Alternativmedizin sowie des Medical Wellness sind unklar und die Festlegung sowie die Einigung auf eine Definition würden in Forschung und Praxis den Umgang mit Angeboten erleichtern. Die Festlegung einer einheitlichen Begrifflichkeit könnte mit der Schaffung von gesetzlichen Rahmenbedingungen einhergehen.
- Die am privaten wie auch am öffentlichen Gesundheitsmarkt verfügbaren CAM und Medical Wellness-Angebote beruhen weitgehend auf schwacher oder keiner wissenschaftlicher Basis. Weder die Wirksamkeit, noch die Nebeneffekte und potentielle schädigende Auswirkungen sind erforscht.
- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für den öffentlichen sowie privaten Gesundheitsmarkt im Hinblick auf komplementär- und alternativmedizinische sowie Medical Wellness Angebote sind wenig geregelt. ÄrztInnen, andere medizinisch-therapeutische Berufe wie auch Gewerbetreibende können qualifiziert oder auch unqualifiziert Leistungen anbieten. Auch die Rückerstattungspraxis der Krankenkassen im Hinblick auf CAM Behandlungen ist undurchsichtig und verursacht Ungleichheiten zwischen den Bundesländern und Berufsgruppen.
- Die exemplarische Darstellung von frauenspezifischen Angeboten in Österreich hat gezeigt, dass CAM und Medical Wellness-Angebote weit verbreitet sind und wenig auf wissenschaftlicher Basis beruhen. Darüber hinaus ist die Qualität des Angebots nicht geregelt.
- Eine kürzlich veröffentlichte Studie der Arbeiterkammer ist ebenfalls zur Schlussfolgerung gekommen, dass der KonsumentInnenschutz im CAM und Medical Wellness-Bereich nicht ausreichend gegeben ist und fordert daher, eine abgestimmte, normierte und gesetzlich geregelte Ausbildungs- und Prüfungsordnung und abgestimmte Qualitätsstandards (Bauer et al., 2004).

9.7 Frauen und Qualität von Gesundheitseinrichtungen

In den vergangenen Jahren sind vermehrt Maßnahmen der Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich gesetzt worden, wobei aber die Bedürfnisse von Frauen oder anderer vulnerabler Zielgruppen, wie etwa alter Menschen, MigrantInnen, ... kaum besondere Berücksichtigung gefunden haben. Qualitätssicherung ist aber eine zentrale Zielsetzung und ein besonderes Anliegen der Frauengesundheit, die sich seit langem dafür einsetzt, eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung von Frauen im Gesundheitssystem zu verhindern. Beispielsweise wird versucht, im Bereich der Geburtshilfe einer weiteren Technisierung der Geburt entgegen zu wirken oder eine Übermedikalisierung von Frauen im Zusammenhang mit den Wechseljahren und depressiven Zuständen zu reduzieren.

Forderungen nach Selbstbestimmung, PatientInnenrechte, PatientInnenorientierung, *informed consent* und *shared decision making* gelten als Leitlinien frauenspezifischen Aktivitäten.

Geschlechtergerechte Medizin: Klinische Prüfung von Medikamenten an Frauen

Physiologische Unterschiede zwischen Mann und Frau - insbesondere das unterschiedliche Hormonsystem - können in der Wirkung von Arzneimitteln bedeutende Auswirkungen haben. In der Pharmakokinetik ist bekannt, dass der menschliche Verdauungstrakt, über den die Wirkstoffe von oralen Arzneimitteln aufgenommen werden, je nach Geschlecht unterschiedlich funktioniert. Frauen haben etwa weniger Magensäure und ihr Magen entleert sich in einem langsameren Rhythmus als bei Männern. Arzneimittel bleiben daher bei Frauen länger im Magen und können die Wirkung verstärken. Besondere Bedeutung für Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen eines Arzneimittels hat das so genannte *P-450-System*, eine Klasse von Proteinen und Enzymen in Leber und Darmtrakt. Hier bestehen bei Männern und Frauen starke Unterschiede in Typ, Konzentration und Aktionsstärke, was für den Stoffwechsel von Arzneimitteln relevant ist. Auch weil die Hormone Östrogen und Progesteron durch das P-450-System in der Leber umgewandelt werden, muss angenommen werden, dass alle Medikamente, die von diesem System verarbeitet werden, bei Frauen anders im Stoffwechsel umgesetzt werden.

Dass diese mittlerweile gut erforschten Fakten der Unterschiede zwischen Frauen und Männern sich aber kaum in der Erforschung von neuen Arzneimitteln bzw. deren Effizienz und Sicherheit niedergeschlagen haben, erstaunt. Bereits seit längerer Zeit gibt es Bedenken von Wissenschaftlern, dass die erhobenen Daten von klinischen Testungen keine adäquaten Informationen über die Auswirkungen bei Frauen enthalten. Bis vor kurzem wurden Frauen im gebärfähigen Alter, also eine ganz wesentliche Bevölkerungsgruppe, von klinischen Tests generell ausgeschlossen. Auch heute noch sind in den Studiengruppen Frauen in allen Altersgruppen nicht ausreichend enthalten, bzw wird – bei einem ausgewogenen Sample – das Datenmaterial der Studien nicht geschlechtsspezifisch ausgewertet und betrachtet. Es stellt sich daher die Frage, ob die regulativen Grundlagen für klinische Tests ausreichend sind. Es gibt tatsächlich in den österreichischen und europäischen Rechtsquellen keine allgemeine, rechtsverbindliche Verpflichtung, neue Arzneimittel im Rahmen der klinischen Prüfung auf ihre unterschiedlichen Wirkungen, Nebenwirkungen, Verträglichkeit etc. bei Frauen und Männern zu unterziehen.

10. Geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung

Wo liegen die Potenziale, wo der Nutzen von Prävention und Gesundheitsförderung? Welche Themen haben Priorität? Eine Priorisierung präventiver Maßnahmen ist erforderlich, um deren präventive Potentiale optimal auszuschöpfen und die finanziellen Mittel ökonomisch einzusetzen. Entscheidend für die Auswahl vordringlicher Gesundheitsbereiche ist die Höhe der kollektiven Krankheitslast in den in Frage kommenden Zielgruppen, der wahrscheinliche Nutzen und Erfolg, die direkten und indirekten Kosten und mögliche unbeabsichtigte Nebenwirkungen (Kickbusch, 2003; S.193).

Große präventive Potenziale bestehen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei Erkrankungen der Atemwege und des Bewegungsapparates, Diabetes mellitus, aber auch bei psychischen Erkrankungen. Einige Beispiele nachhaltiger gesundheitsfördernder und primärpräventiver Maßnahmen:

- durch ausreichende Bewegung könnte die Hälfte der Herz-Kreislauf-Erkrankungen verringert werden,
- durch gesunde Ernährung könnten hoher Blutdruck, Herzinfarkte und Schlaganfälle um eine Viertel reduziert werden
- durch angemessenes Körpergewicht, gesunde Ernährung und körperliche Bewegung wären dreißig bis vierzig Prozent aller Krebsfälle zu verhindern
- eine Zunahme des Obst- und Gemüsekonsums um zwei Portionen pro Tag könnte die Inzidenz von Krebserkrankungen um zwanzig Prozent senken

Viel persönliches Leid, aber auch hohe öffentliche Kosten können durch wirksame Prävention vermieden werden. Die Krux der Primärprävention ist aber, dass zwar bereits sehr viel Wissen vor-

liegt, wie Krankheiten verhindert werden könnten, aber die praktische Umsetzung meist nur ansatzweise gelingt. Fundamental ist, dass viele Präventionsprogramme von einer reinen Verhaltensprävention ausgehen und die darüber hinausgehende Verhältnisprävention nicht berücksichtigen: immer noch wird am individuellen Verhalten angesetzt, ohne die Lebenslagen der jeweiligen Zielgruppe und das jeweilige Setting zu berücksichtigen.

10.1 Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich

Prävention und Gesundheitsförderung sind in Österreich zum Großteil von der öffentlichen Hand finanziert, und zwar von der Sozialversicherung (85 Prozent; v. a. Tertiärprävention, Gesundenuntersuchung), vom Bund (acht Prozent; überwiegend für Sekundärprävention), den Bundesländern (fünf Prozent; Sekundär-, Tertiärprävention), und den Gemeinden (zwei Prozent; das sind zwei Drittel aller Ausgaben für Gesundheitsförderung). Ohne das Einbeziehen der Tertiärprävention (Rehabilitation), kommt die Sozialversicherung für vierzig Prozent, der Bund für mehr als ein Drittel, die Länder für etwas weniger als ein Fünftel und die Gemeinden für sechs Prozent der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention auf (ÖBIG, 2004; S.33).

Zentrale Instanz für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich ist der Fonds Gesundes Österreich, der seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsförderungsgesetzes im Jahr 1998 ein jährliches Fördervolumen von rund 7,2 Millionen Euro für Projekte und Initiativen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention verwaltet.

Im Bereich der Prävention mit sozialmedizinischem Schwerpunkt sind in den Bundesländern mehrere Arbeitskreise tätig, z.B. der Burgenländische Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS), der Arbeitskreis für Vorsorgemedizin Salzburg (avos), der Arbeitskreis für Vorsorgemedizin Tirol (AVOMED), der Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin Vorarlberg (aks), das Gesundheitsforum Niederösterreich.

Eine wichtige Funktion im Bereich der Gesundheitsförderung haben eine Reihe von gut etablierten Netzwerken in unterschiedliche Settings: das 1992 auf Initiative der WHO gegründete Netzwerk Gesunde Städte, das 31 Mitgliedsstädte umfasst; das ebenfalls auf Anregung der WHO im Jahr initiierte, in 25 Ländern lokalisierte Internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser; das 1993 auf Initiative der WHO, des Europarates und der EU gestartete Netzwerk Gesunde Schulen, an dem in Österreich mehr als hundert Schulen beteiligt sind und das seit 1996 bestehende Europäische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung mit Kontaktstellen in allen Bundesländern (ÖBIG, 2003; S. 134ff).

10.2 Konzepte, Kategorien, Klassifikationen

Die beiden Begriffe *Prävention* und *Gesundheitsförderung* sind nicht klar und eindeutig definiert – im Gegenteil: es wird mitunter von einer „geradezu babylonischen Sprachverwirrung“ gesprochen (Rosenbrock, 2004; S.147; Walter, 2003). Theoretisches Rahmenmodell der Gesundheitsförderung ist das der Salutogenese, welches das Risikofaktorenmodell ablöst. Nicht mehr nur nach negativen Einflussfaktoren auf die Gesundheit wird gesucht, sondern jene Faktoren, die trotz Risiken und Belastung zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit beitragen, sind von Interesse (Antonovsky, 1997; BZgA, 2001). Gesundheitsförderung zielt entsprechend der Ottawa-Charta (WHO, 1986) auf eine Stärkung der individuellen und kollektiven Gesundheitsressourcen ab; der Weg dahin führe über den partizipativen Erwerb spezifischer Gesundheitskompetenzen, wie Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Bildung, Einkommen, Information, Transparenz, Handlungswissen, Verhaltensspielräume, Einbindung in soziale Netzwerke, Erholungsmöglichkeiten. Gesundheitsförderung als Ressourcenstärkung ist ein Querschnittsaspekt, der sowohl in der Prävention als auch in der medizinischen Versorgung, Pflege und Rehabilitation erforderlich ist.

Box 10-1. Für Frauen und Mädchen relevante Handlungsfelder, Zielgruppen, Settings der Gesundheitsförderung

Handlungsfelder	
Körperliche Erkrankungen	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Adipositas, Diabetes, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Allergien, ...
Psychische Erkrankungen	Depression, Essstörungen, Psychose, Suizid, ...
Lebensstilbezogene Gesundheitsrisiken und psychische Gesundheit	Ernährung, Bewegung, Entspannung, Wohlbefinden, Lebensqualität, Alkohol, Nikotin, Medikamente, Sucht, Stress, Burnout, Mobbing, Gewalt (psychisch, körperliche, sexuell), ...
Sexuelle Gesundheit	Verhütung, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt, sexuell übertragbare Erkrankungen, ...
Soziale Gesundheit	Gleichstellung und Gender Mainstreaming, Gesundheit sozial benachteiligter Gruppen, Kommunikation, Integration, Diskriminierung, Gesundheit im Lebenslauf und gesundes Altern, Gesundheit am Arbeitsplatz, ...
Gesunde Umwelt	Umweltverschmutzung; Gentechnologie; berufliche Schadstoffexposition; geophysikalische Faktoren (UV-Strahlen); Unfälle in Beruf, Verkehr, Haushalt, Freizeit, ...
Zielgruppen	
	Männer und Frauen unterschiedlicher Altersgruppen; Alleinerziehende, Arbeitslose, Behinderte, Drogenkonsumierende, EntscheidungsträgerInnen, Erwerbslose, Berufstätige, Gesundheitsförderungsexperten, ÄrztInnen, Psychosoziales Personal, Pflegepersonal, Pflegendе Angehörige, Schwangere, Familien/Eltern/Väter/Mütter, MigrantInnen, Homosexuelle, Lesben, SexarbeiterInnen, Obdachlose, Strafgefangene, ...
Zielgruppen nach Alter	
Säuglinge und Kleinkinder bis 4 Jahre	Schwangeren- und Mütterbetreuung; Alkoholkonsum und Rauchen in der Schwangerschaft; Frühgeburten; Ernährung; Impfungen; Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch, ...
Schulkinder ab 5 bis 14 Jahre	Bewegungs- und Sportmöglichkeiten; sexuelle Aufklärung; Zahnprophylaxe; Unfallverhütung und Verkehrserziehung; Rauchen; Alkoholkonsum; Ernährungsverhalten, ...
Jugendliche ab 15 bis 24 Jahre	Unfallverhütung (Verkehr, Arbeit, Alkohol); Drogenkonsum (Rauchen, Alkohol, Cannabis, Ecstasy); Verhütung ungewollter Schwangerschaften und von sexuell übertragbaren Erkrankungen; Beratung in suizidalen Krisen; Arbeitslosigkeit; Essstörungen (Adipositas, Bulimie, Anorexie), ...
Erwachsene in der Erwerbsphase 25 bis 64 Jahre	Ernährung; Rauchen, Alkohol; körperliche Bewegung; Teilnahme an Mutterschaftsvorsorgeprogrammen; Medikamentenkonsum; Blutdruckkontrolle; Betreuung von Diabetes-Typ-II-PatientInnen; Krebsfrüherkennungsuntersuchungen; Mundprophylaxekontrollen; körperliche und psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz; Unfallverhütung; Vorbereitung auf den Ruhestand, ...
Erwachsene im Ruhestand älter als 64 Jahre	Unfallverhütung, Sturzprophylaxe; Impfungen; Ernährung; körperliche Bewegung, Bewegungskoordination; Mundhygiene; Betreuung von DiabetespatientInnen; Erhalt der Selbständigkeit; mentales Training; gesellschaftliche Akzeptanz, psychosoziale Unterstützung, Betreuung in Alteinrichtungen, ...
Settings	
	Familie, Arbeitsplatz, Betrieb, Wohnraum, Freizeitbereich, Kindergarten, Schule, Universitäten etc., Fachinstanzen. Vereine (Sport, sozio-kulturell), Spitäler/Heime, Arztpraxen, Verwaltung, ...

Quelle: Schwartz, 2003; S.196; modifiziert

10.3 Maßnahmen zur Früherkennung

Vorsorgeuntersuchungen

Seit 1974 ist es für alle ÖsterreicherInnen ab dem 19. Lebensjahr möglich, eine kostenlose Vorsorgeuntersuchung, die als *Gesundenuntersuchung* bekannt ist, in Anspruch zu nehmen. Zusätzlich zu einer Basisuntersuchung zur Früherkennung der häufigsten Erkrankungen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, etc. besteht für Frauen das Zusatzangebot einer gynäkologischen Untersuchung; für Frauen ab vierzig Jahren wird alle zwei Jahre eine Mammographie abgeboten. Es ist eine stetige Steigerung der Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchungen zu beobachten: 1990 betrug die Anzahl der Untersuchungen insgesamt 428.000, im Jahr 2002 haben doppelt so viele Personen, rund 865.000, 506.000 Frauen und 350.000 Männer, die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen; das entspricht einer Geschlechtsverteilung von sechzig Prozent Frauen zu vierzig Prozent Männer. Rund zwanzig Prozent der Frauen, die die Gesundenuntersuchung in Anspruch nehmen, absolvieren auch das gynäkologische Zusatzprogramm; die übrigen geben an, ohnehin mindestens eine jährliche gynäkologische Kontrolle durchführen zu lassen (Fenk, 2000; S. 214). Bezogen auf alle Frauen über 19 Jahre absolvieren rund drei Prozent eine gynäkologische Untersuchung im Rahmen der Gesundenuntersuchung, hier gibt es sehr große regionale Unterschiede.

Mit 1.1.2006 wird in Österreich die **Vorsorgeuntersuchung NEU** eingeführt werden: Diese entspricht dem aktuellen internationalen Stand der Wissenschaft. Die Vorsorgeuntersuchung NEU orientiert sich an Gesundheitszielen, die die Früherkennung so genannter Volkskrankheiten und die Verminderung persönlichen Leids bezwecken. Personen mit entdeckten Risikofaktoren erhalten **Primärprävention**, also Hilfestellung und Unterstützung in Hinblick auf die Reduktion ihres Risikos. Das kann die Verhinderung bzw. Verzögerung der Krankheitsentstehung bedeuten. Personen mit entdeckter Erkrankung im Frühstadium erhalten **Sekundärprävention**. Das sind therapeutische Maßnahmen zur Verminderung oder Vermeidung des Fortschreitens der Krankheit oder deren Komplikationen.

Das novellierte **Tabakgesetz** sieht ab 1.1.2005 ein generelles Rauchverbot an geschlossenen öffentlichen Orten vor, für Gastronomie und andere Dienstleistungsbetriebe dürfen Rauchzonen eingerichtet werden, durch die der Schutz der Nichtraucher aber nicht gefährdet werden darf. Rauchverbotszonen sind gut sichtbar auszuschildern, das Zuwiderhandeln wird aber erst ab 1.1.2007 mit bis zu 720 Euro bestraft. Werbe- und Sponsoringverbote wurden in Umsetzung der EU-Richtlinien ausgeweitet.

Der Mutter-Kind-Pass

Als Konsequenz der hohen Säuglingssterblichkeit Anfang der 1970er Jahre wurde in einer Novelle zum Familienlastenausgleichsgesetz vom Jänner 1974 die ärztliche Untersuchung von Schwangeren und Säuglingen für ganz Österreich durch den Mutter-Kind-Pass gesetzlich geregelt. Der Mutter-Kind-Pass umfasst gynäkologische und Ultraschall-Untersuchungen der schwangeren Frau und für das Kind neben allgemeinen Untersuchungen auch solche im Bereich der Orthopädie, HNO und Augenheilkunde. Für die vollständige Inanspruchnahme aller vorgesehenen Untersuchungen gibt es finanzielle Anreize: Seit Jänner 2002 ist eine neue Regelung des Mutter-Kind-Passes in Form einer Koppelung mit dem ebenfalls neu eingeführten Kinderbetreuungsgeld in Kraft.

Besonders im Bereich der Stoffwechselstörungen, der Seh- und Hörstörungen, der Erkrankungen des Bewegungsapparates oder der Säuglingssterblichkeit - letztere ist seit ihrer Einführung 1974 von 20 auf 4,2 Promille im Jahr 2000 gesunken - leisten die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen wertvolle Präventionsarbeit. Im Rahmen der entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen können Lagenanomalien, Anämien, EPH-Gestosen und Blutgruppeninkompatibilitäten erkannt werden und zu einer Verringerung von Komplikationen in Schwangerschaft und Geburt führen.

10.4 Geschlechtsspezifische Ansätze in der Gesundheitsförderung

Geschlechtsspezifisches Risikoverhalten ist eine gut dokumentierte Tatsache, wenn sich auch nicht pauschal sagen lässt, ob nun Männer oder Frauen risikoreicheres Gesundheitsverhalten aufweisen: in jedem Fall ist eine weitere Differenzierung nach Alter, aber auch nach anderen soziodemografischen Aspekten erforderlich. Einige Beispiele: In Summe gesehen konsumieren Männer zwar mehr Alkohol und Nikotin als Frauen, bei Jugendlichen holen Mädchen aber auf und die Geschlechtsunterschiede werden geringer. Eindeutig mehr Frauen als Männer nehmen regelmäßig Psychopharmaka. Auch beim Essverhalten geben insgesamt Männer seltener an, gesunde Nahrungsmittel zu essen, hingegen sind es fast ausschließlich Frauen, die extreme Essverhaltensweisen bis hin zu Essstörungen aufweisen. Sogar beim Unfallgeschehen, in das deutlich mehr Männer involviert sind, ist bei einer Betrachtung der Unfälle im Haushalt von Personen in höherem Alter ein Überwiegen der Frauen zu beobachten. Kurz: Welches der beiden Geschlechter nun in Summe mehr von unterschiedlichen Gesundheitsrisiken betroffen ist, lässt sich kaum eindeutig quantifizieren. Da sich die genannten Geschlechtsunterschiede im gesundheitsbezogenen Risikoverhalten bereits im Kindes- und Jugendalter zeigen, ist es inzwischen Standard, Gesundheitsförderung und Prävention so früh wie möglich in der Entwicklung anzusetzen.

Wissen über die Notwendig geschlechtersensibler Präventionsansätze ist zwar vorhanden, dennoch werden Geschlechtsunterschiede in den meisten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten häufig vernachlässigt. Um dieser Tatsache entgegenzuwirken, hat z.B. Gesundheitsförderung Schweiz *Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung* eingeführt und damit eine geschlechtersensible Sichtweise zum Standard in der Planung und Entwicklung zukünftiger Gesundheitsförderungsprojekte gemacht. Gesundheitsförderung Schweiz strebt damit zum einen das Ziel einer Qualitätssicherung ihrer Projekte an, langfristig stellt diese Einführung eine politische Maßnahme und einen ersten Schritt in Richtung Chancengleichheit sozial unterschiedlicher Gruppen dar (Jahn und Kolip, 2002).

In der Langfassung des Frauengesundheitsberichts wurde eine Auswahl von Ansätzen der Gesundheitsförderung getroffen, die – im engeren oder weiteren Sinn – in den Bereich der Frauengesundheit fallen; ein vollständiger Überblick war in diesem Rahmen nicht möglich. Im Zuge einer ausführlichen Diskussion der Themenbereiche Essstörungen und Gewalt wurde auch auf Präventionsansätze Bezug genommen und des Weiteren auf folgende Schwerpunkte eingegangen:

- **Psychische Gesundheitsförderung** ist für Frauen essenziell, da sie in stärkerem Ausmaß von psychischen Erkrankungen betroffen sind; explizit frauenspezifische Ansätze der Gesundheitsförderung sind noch kaum vorhanden.
- Die Frage nach dem Stand der **geschlechtersensiblen Suchtprävention** ist zu stellen.
- Prävention im Bereich der **sexuellen und reproduktiven Gesundheit bzw. die Sexualpädagogik** und die **Prävention von HIV, AIDS und anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen** ist einer der wenigen Bereiche, wo es seit langem geschlechtsspezifische Ansätze gibt.
- Zwei schon als traditionell zu bezeichnende Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention sind das **Ernährungsverhalten** und der **Nikotinkonsum**; geschlechtsspezifische Betrachtungen dazu werden angestellt.
- Ein relatives junges, aber in Zukunft immer wichtiger werdendes Feld ist das der **Pflegeprävention**; damit ist Gesundheitsförderung und Prävention durch Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, aber auch die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit gemeint.

Sammlung von Praxisbeispielen für frauenspezifische Gesundheitsförderung

Im Zeitraum Juli bis November 2004 wurde an rund fünfhundert österreichische Einrichtungen im Gesundheitsbereich ein Fragebogen zur Erhebung von frauenspezifischen Einrichtungen per E-mail versandt, wobei vor allem zentrale Stellen (LandesrätInnen für Gesundheit, Frauenbüros, ...) und MultiplikatorInnen (Vereine, Beratungsstellen, Netzwerke, ...) kontaktiert wurden; diese wurden auch gebeten, den Fragebogen über ihre Verteiler weiter zu leiten (z.B. die Frauengesundheitszentren oder die für den vorliegenden Bericht benannten ExpertInnenbeiratInnen). Die frauenspezifischen Gesundheitsförderungsprojekte des Fonds Gesundes Österreich der Jahre 2001 bis 2003 wurden mit einbezogen. Mehr als hundert Angebote, Projekte, Initiativen konnten gesammelt werden. Detaillierte Projektbeschreibungen – im Umfang von rund einer Seite pro Projekt – sind in einem eigenen Band begleitend zum Frauengesundheitsbericht unter dem Titel *Frauengesundheit – Beispiele aus der Praxis* veröffentlicht (www.bmgf.gv.at).

11. Empfehlungen: Zehn Ziele für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem

Auf Basis der in vorliegendem Bericht gesammelten Daten und des Weiteren der Erfahrungen und Beispiele im Bereich der Frauengesundheit lassen sich nachfolgende Empfehlungen für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem ableiten. Grundlage dafür ist das Rahmenkonzept *Gesundheit für alle / Health for All (HFA)* des WHO Regionalbüros Europa (WHO, 1999). Aus den dort formulierten 21 Gesundheitszielen wurde eine Auswahl von zehn Zielen getroffen, die in weiteren Einzelzielen zu konkretisieren sind.

Ziel ist es, **Geschlechtergerechtigkeit im Sinne des Gender Mainstreaming im Gesundheitssystem** bei KlientInnen und in den Gesundheitsberufen zu erreichen.

Voraussetzung für das Erreichen dieses Zieles ist eine **strukturelle Verankerung der frauen- und genderspezifischen Gesundheit**. Mögliche Vorgehensweisen sind:

- die Etablierung eines multidisziplinären Beirats für frauen- und genderspezifische Gesundheit mit den Aufgaben der Konsensusfindung und Bereitstellung von Expertisen zu wichtigen und aktuellen Anliegen der frauen- und genderspezifischen Gesundheit (dies wurde bereits im Rahmen des ExpertInnenbeirats vorgeschlagen);
- die Erarbeitung einer Gesamtstrategie für die frauen- und genderspezifische Gesundheit;
- die Einrichtung einer koordinierenden Stelle mit den Aufgaben Vernetzung der frauenspezifischen Angebote im Gesundheitsbereich und Verbreitung frauengerechter Gesundheitsinformationen (Beispiele: Fachstelle Gender Health in der Schweiz; Bundeskoordination für Frauengesundheit in der BRD)
- die Einrichtung zumindest eines Frauengesundheitszentrums in jedem Bundesland und Gewährleistung einer längerfristigen finanziellen Absicherung der Frauengesundheitszentren und anderer psychosozialer Einrichtungen und Beratungsstellen mit frauenspezifischen Angeboten
- die Bereitstellung konkreter Mittel und Ressourcen zur Umsetzung erarbeiteter Vorschläge.

Die Auswahl der Zielsetzungen für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem erfolgte unter Berücksichtigung mehrerer gesundheitsrelevanter Grundsätze:

- Berücksichtigung vulnerabler Zielgruppen von Frauen mit besonderen Gesundheitsrisiken (Alleinerzieherinnen, Migrantinnen, ...)
- Priorisierung der häufigsten Krankheitsrisiken und Erkrankungen (Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Alkohol- und Nikotinsucht, ...)
- Einbeziehen aller Gesundheitssektoren (ambulante und stationäre medizinische und psychosoziale Versorgung, Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, Rehabilitation)
- Einbeziehen vielfältiger Methoden, Instrumente und Strategien wie Gesundheitsberichterstattung, Forschung, Qualitätsmanagement, Koordinations- und Vernetzungsarbeit

Die **zehn Ziele für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem** beziehen sich - entsprechend dem WHO-Gesundheit21-Rahmenkonzept - auf die folgenden **fünf Zielbereiche**, zu denen zehn Einzelziele formuliert wurden, die auf frauen- und genderspezifische Aspekte Bezug nehmen. Zu den zehn genannten Gesundheitszielen ist eine Konkretisierung der wichtigsten Handlungsfelder erforderlich:

(I)	Gesundheitliche Chancengleichheit
Ziel 1	<i>Die Gewährleistung gesundheitlicher Chancengleichheit für Frauen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen</i>
	Entwicklung von Strategien für folgende Zielgruppen: Migrantinnen, Asylantinnen, von Armut betroffene Frauen, allein erziehende Mütter, arbeitslose Frauen, Frauen am Arbeitsplatz, doppel- und mehrfach belastete Frauen, pflegende Angehörige, lesbische Frauen im Gesundheitssystem, Frauen mit Behinderung; Frauen mit HIV/AIDS, Frauen als Psychiatrie-Patientinnen, Frauen aus der Drogenszene, wohnungslose Frauen, Frauen in der Sexarbeit, von Gewalt betroffene Frauen, ...
(II)	Bessere Gesundheit für alle
Ziel 2	<i>Reduzieren und Bekämpfen von Erkrankungen, von denen Frauen hauptsächlich betroffen sind, das sind Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, ...</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung und Information über Risiken (Rauchen, Bluthochdruck, Übergewicht, bewegungsarme Lebensweise, ...) - Evidenzbasierte, patientinnenorientierte Information über Nutzen und Risiko der Krebs-Früherkennung - Evidenzbasierte, patientinnenorientierte Information über aktuelle Behandlungsmethoden bzw. über Rehabilitation - Verbessern der Lebensqualität von bereits betroffenen Frauen - Einbeziehen sozialer und psychologischer Aspekte in die Behandlung und Betreuung - Schaffung gesünderer Lebens- und Arbeitsbedingungen
Ziel 3	<i>Berücksichtigung der besonderen Gesundheitsbedürfnisse in den einzelnen Lebensphasen von der Geburt bis zu den Hochbetagten</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Mädchen und junge Frauen - Frauen im mittleren Lebensalter, Frauen in der reproduktiven Phase - Frauen in Lebensübergängen (Menarche, Menopause) - Gesundes Altern
(III)	Bewusste Lebensweise, Schaffung gesunder Umwelten
Ziel 4	<i>Eindämmung von Tabak-, Alkohol- und Psychopharmaka-Missbrauch und andere durch die Lebensweise bedingter Gesundheitsrisiken</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Verstärkte gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten in den Settings Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz, Freizeit - Öffentlichkeitsarbeit
Ziel 5	<i>Förderung der psychischen Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung frauen- und genderspezifischer Belastungen</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Grundvoraussetzung ist die Gleichstellung der Frau in Gesellschaft, Arbeit und Familie - Gewährleistung angemessener Versorgung für Frauen in Langzeitbetreuung - gendersensible Angebote der gemeindenahen Psychiatrie (geschütztes Wohnen; Tagesstätten für psychisch Kranke; häusliche Pflege; Verhinderung der Chronifizierung psychischer Krankheiten) - Verbesserung der Lebensqualität psychisch und geistig behinderter Frauen - Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung für chronisch Kranke, körperlich und psychisch behinderte sowie sozial beeinträchtigte Frauen - Förderung der informellen Kommunikationsformen Partizipation, Selbsthilfe, Vernetzung - Entwicklung von Modellen für aufsuchende Gesundheitsangebote

Ziel 6 *Stärkung des Bewusstseins der Bedeutung von gesunden Umwelten, wobei mit Umwelt sowohl die natürliche Umwelt, aber auch die soziale Umwelt in Familie, Schule, Arbeitsplatz im Sinne von Settings gemeint*

- Thematisierung frauenspezifischer Aspekte der Umweltgesundheit
- Senkung frauenspezifischer Risiken in gesundheitsrelevanten Umweltfragen
- Gesundheitsverträglichkeitsprüfung und Gesundheitsfolgenabschätzung unter besonderer Berücksichtigung der Frauengesundheit (Stadtplanung, Transportwesen, Energiewirtschaft, ...)
- Vernetzung umwelt- und gesundheitsbezogener Informationen
- Forcierung der gendersensiblen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

(IV) Bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung von Frauen

Ziel 7 *Qualitätssicherung und Transparenz sowohl in der primären Gesundheitsversorgung als auch in der Krankenhausversorgung von Frauen*

- Frauengesundheit intersektorial verankern (in gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen und unterstützenden Sektoren)
- Förderung der Selbsthilfe des einzelnen Menschen, von Familien und Bevölkerungsgruppen
- stärkere Einbeziehung der Selbsthilfe in die Gesundheitsversorgung
- Quantitative und qualitative Sicherstellung der psychosozialen Versorgung
- Weiterentwicklung der niederschweligen und aufsuchenden Angebote zur besseren Erreichung benachteiligter Gruppen
- bessere Koordinierung der Versorgungsebenen
- Sicherstellung der pflegerischen Versorgung
- Berücksichtigung der PatientInnenzufriedenheit im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung
- Erfolgskontrolle der Krankenhausleistungen an PatientInnenengesundheit, -zufriedenheit, Epidemiologie
- Bereitstellung von weiblichem Personal für weibliche Patientinnen in Krankenhäusern
- Entwicklung von geschlechts- und zielgruppenspezifischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Krankenhaus
- Integration geschlechtsspezifischen Wissens in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe
- Entwicklung frauenspezifischer, evidenzbasierter Leitlinien
- Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für geschlechts-/ genderspezifische Gesundheit
- Schaffung spezialisierter Zentren für die gesundheitliche Versorgung von Frauen (Tageskliniken, psychosomatischen Ambulanzen, Brustzentren, ...)

Ziel 8 *Berücksichtigung von PatientInnenrechten, Selbsthilfe für besondere gesundheitliche Bedürfnisse, Empowerment und Partizipation im weitesten Sinn*

- dem Recht der Patientinnen auf Information entsprechen
- Informationskompetenzen des Gesundheitspersonals fördern
- Transparenz des Behandlungs- und Beratungsangebots durch umfassende, vielseitige und multimediale Informationsmaterialien erhöhen
- Zweitmeinung als Standard etablieren
- shared decision making als Leitlinie
- Information durch nicht-medizinische ExpertInnen gleichwertig behandeln

(V) Verfolgung konkreter Strategien zum Erreichen der Gesundheit für alle

Ziel 9 *Frauen- und genderspezifische Gesundheitsforschung entsprechend dem Public Health Ansatz zur Erlangung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen*

- Prioritätensetzung in Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung
- Verstärkung der Kooperation zwischen Wissenschaft, Praxis und Gesundheitspolitik
- Evaluierung und Weiterentwicklung der bisherigen Umsetzungspraxis
- (Frauen-)Gesundheitsberichterstattung koordinieren (kommunal, Land, Bund, WHO und Europäische Union)
- geeignete Indikatoren für Fortschritte bei Umsetzung frauengesundheitspolitischer Ziele und Programme einführen
- Informationsquellen und Indikatoren für frauenspezifische Gesundheitsbedürfnisse benennen

Ziel 10 *Ausbau der gender-, zielgruppen- und settingspezifischen Gesundheitsförderung*

- Einbeziehen aller Lebensbereiche wie z.B. Stadt, Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Nachbarschaft, Wohnbereich, Krankenhaus, Heime, ...
- Bereitstellung ausreichender institutioneller, finanzieller und personeller Ressourcen für die Gesundheitsförderung
- Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung als Strategie, aber auch von Einzelmaßnahmen
- Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung heben
- Partizipation und Selbsthilfe unterstützen
- Öffentlichkeitsarbeit und Gesundheitskommunikation verbessern
- Betriebliche Gesundheitsförderung weiterentwickeln
- MultiplikatorInnen in der Gesundheitsförderung der gesellschaftlichen Diversität entsprechend aus-, fort- und weiterbilden

12. Frauengesundheit: Handlungsfelder – Zielsetzungen – Forderungen

Handlungsfelder	Allgemeine Zielsetzung im Sinne einer Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Frauen	Was heißt das konkret für die Gesundheit von Fr
Frauengesundheit: Welche Krankheiten sind für Frauen relevant?		
Körperliche Gesundheit und Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - Prävention und Senkung von Morbidität und Mortalität bei Krankheiten, von denen Frauen ausschließlich, überwiegend oder anders betroffen sind als Männer - bio-psycho-soziale Sichtweise der Gesundheit fördern - psychosoziale Aspekte in die medizinische Behandlung und Betreuung vermehrt einbeziehen - nichtmedizinische Betrachtungsweisen körperlicher Veränderungen fördern - Selbsthilfepotentiale stärken - Beteiligung von Patientinnen unterstützen - Informationsbedarf durch unabhängige Beratungsstellen decken 	<p>Beispielsweise sind aufgrund erhöhter/steigende</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herz-Kreislauf-Erkrankungen (als häufige) <ul style="list-style-type: none"> o Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gewicht, bewegungsarme Lebensweise, .. o zielgruppenspezifische Vorsorgeprogramm o gleicher Zugang zur kardiologischen Spit: gesellschaftlichen Gruppen (z.B. MigrantIn) o frauenspezifische Forschung im Bereich F - Brustkrebs (als häufigste Krebslokalisa) <ul style="list-style-type: none"> o Evidenzbasierte, patientinnenorientierte I o Früherkennung und neuer Behandlungsm o Qualitätssicherung der Mammographie o Flächendeckend qualitätsgesicherte Brust - Lungenkrebs (steigende Inzidenz und M <ul style="list-style-type: none"> o Der steigenden Inzidenz und Mortalität a o durch frauenspezifische Präventionsprogr
Psychische Gesundheit und Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - Bewusstsein schaffen, dass Frauen von vielen psychischen Erkrankungen stärker betroffen sind als Männer - Stigmatisierung psychischer Erkrankungen bekämpfen - frauenspezifische Ursachen von Depressionen weiter erforschen (Stress durch Mehrfachbelastung, typisch weibliche Sozialisation, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Depressionen bei Frauen sind in den unteren (junge Frauen, Schwangere (PPD), ältere) - Übermedikalisierung durch Antidepressiva; ÄrztInnen aufklären; spezifische Konsultation - Entwicklung von Programmen zur frauenspezifischen sonderungsförderung von Frauen forcieren
Soziale Ungleichheiten und Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenhänge zwischen sozialer Lage, frauenspezifischer Sozialisation und Gesundheit bewusst machen und berücksichtigen - niederschweligen Zugang für soziale benachteiligte Frauen gewährleisten 	<ul style="list-style-type: none"> - spezifische Bedürfnisse von relevanten Zielgruppen (siehe unten) - Altersgerechte Versorgung planen (siehe sektorenübergreifende Ansätze erarbeitung, Kinderbetreuung, ...)
Gewalt und Diskriminierung von Frauen	<ul style="list-style-type: none"> - Gewalt gegen Frauen als Folge des Ungleichheit im Geschlechterverhältnis erkennen und bekämpfen - Prävention von Gewalt erfordert multidisziplinäre, sektorenübergreifende Zusammenarbeit - Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Gewalt 	<ul style="list-style-type: none"> - Frauen ist ein fundamentales Recht auf Prävention von Gewalt einzuräumen - Das Gesundheitssystem muss eine aktive Rolle bei der Prävention von Gewalt, Diskriminierung und Stigmatisierung spielen - Aus- und Fortbildung der MitarbeiterInnen

Handlungsfelder	Allgemeine Zielsetzung im Sinne einer Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Frauen	Was heißt das konkret für die Gesundheit
Weibliche Lebensphasen: Was sind die speziellen Bedürfnisse?		
Mädchen-gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung eines realistischen Selbstwerts ermöglichen - körperliche Kompetenz stärken - Entstehung eines gesunden Körperelbstbildes fördern - Bildung tragfähiger Beziehungen unterstützen - Interesse für Berufsfelder außerhalb der traditionellen Frauenberufe wecken 	<ul style="list-style-type: none"> - geschlechtsspezifische Prävention vor ausbauen - Darstellung des weiblichen Körper Frauenbilder fördern - Mädchenspezifische Prävention von A - Mädchenspezifische Sportangebote - Sexualpädagogik verstärken, um se - wünschten Schwangerschaften und di - entgegenzuwirken
Sexuelle und reproduktive Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstbestimmung von Frauen bei Sexualität, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt gewährleisten - Patientinnenorientierung, evidenzbasierte Informationen und shared decision making als Standard - Technisierung von Schwangerschaft und Geburt entgegenwirken - Biomedizin an die Bedürfnisse von Frauen anpassen, neue Reproduktionstechnologien hinterfragen - öffentliche Diskussion ethischer Fragen der Biomedizin - Medikalisierung weiblicher Lebensphasen verhindern - öffentliches Bild der Wechseljahre als behandlungsbedürftige Krankheit revidieren 	<ul style="list-style-type: none"> - Schwangerschaftsabbruch: nieder- - allen Bundesländern schaffen; Qualität - Methodenwahl als Standard; unbürok - schwachen Frauen - Kontrazeption: umfassende, objekti - passenden Verhütungsmethode gewä - jungen und sozial schwachen Frauen; - Pille danach: niederschwelligen Zug; - Geburt: bestehende Kriterien für mü - weiter verankern und für Frauen tran - formation über Vor- und Nachteile de - gänge fördern, wie z.B. die Hebamme - Stillen: Förderung des Stillens unter - Pränataldiagnostik: umfassende, e' - zen pränataldiagnostischer Untersuch - chosozialen Beratung - In-vitro-Fertilisation: psychosozial - parent machen - Wechseljahre: evidenzbasierte Infor - rungen in den Wechseljahren und übe
Gesundes und aktives Alter(n)	<ul style="list-style-type: none"> - Verlängerung der gesunden Lebensjahre - Verbesserung der Lebensqualität im Alter - humane und frauengerechte Altersversorgung gewährleisten - Pensionssicherung / Grundsicherung für Frauen - Enttabuisierung der Sexualität im Alter fördern 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteneinrichtungen einer geschlech - lung unterziehen - unterschiedliche, individuelle ang - Bewegung im Alter fördern - einseitig auf Jugendlichkeit fixierte ge - ideale hinterfragen und aufdecken - psychische Probleme älterer Frau

Handlungsfelder	Allgemeine Zielsetzung im Sinne einer Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Frauen	Was heißt das konkret für die Gesundheit
Solidarität mit Frauen in besonderen sozialen und gesundheitliche Lagen: Welches sind die re		
Alleinerzieherinnen	<ul style="list-style-type: none"> – der Armutsgefährdung und den damit verbundenen gesundheitlichen Risiken entgegenwirken 	<ul style="list-style-type: none"> – materielle Unterstützung gewährleisten – Gesundheitsangebote auf die speziellen (niederschwellig, kostengünstig, mit ...)
Migrantinnen	<ul style="list-style-type: none"> – interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems durch niederschwellige, kultursensible und kulturkompetente Angebote 	<ul style="list-style-type: none"> – niederschwellige, kultursensible, kulturbote ausbauen: prioritäre Bereiche sind Geburtshilfe, Gewalt, Altenpflege, Gesundheits-Kreislauf-Erkrankungen, ...) – Frauen ausländischer Herkunft als Gesundheitsbetreuer, Gesundheitsförderung, ...) – aufsuchende Angebote ausbauen
Frauen mit Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> – gegen die potenzierte Diskriminierung behinderter Frauen eintreten (Arbeit, Partnerschaft, Mutterschaft, Gewalt, Pflegebedarf, Schönheitsnormen) – integrative Ansätze fördern, d.h. Integration von Gesundheitsangeboten für behinderte Frauen in bereits bestehende Angebote 	<ul style="list-style-type: none"> – bauliche und andere Barrieren (z.B. für Einrichtungen) abbauen (z.B. Zugänglichkeit) – barrierefreie Gesundheitsangebote entwickeln – persönliche Assistenz rechtlich verankern – Schulung aller Berufsgruppen im Gesundheitsbereich
Frauen mit Psychiatrieerfahrung	<ul style="list-style-type: none"> – psychische Krankheit ist als das Ergebnis der weiblichen Sozialisation und Rollenzuschreibungen zu sehen – Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen von Frauen 	<ul style="list-style-type: none"> – frauengerechte Psychiatrie definieren – Frauenräume schaffen (Traumastation, Spitalsaufenthalt aufgrund von Posttraumatische Belastungsstörung) – Frauen als Behandelnde und Betreuer einbeziehen – Sensibilisierung von Gesundheitspersonal
Drogenabhängige Frauen	<ul style="list-style-type: none"> – breites Bewusstsein für die Gender-Aspekte der Drogenproblematik schaffen 	<ul style="list-style-type: none"> – frauenspezifische Betreuungseinrichtungen – Gender-Aspekte in die Suchtprävention einbeziehen
Frauen mit HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> – Ausgrenzung und Isolation von Frauen mit HIV/AIDS bekämpfen – gleichen Zugang von HIV-positiven Frauen zu Forschung und Versorgung sicher stellen 	<ul style="list-style-type: none"> – Frauen bei Erforschung der HIV-Therapie einbeziehen – psychosoziale Betreuung von betroffenen Frauen – frauenspezifische HIV/AIDS-Prävention der sexuellen und reproduktiven Gesundheit
Wohnungslose Frauen	<ul style="list-style-type: none"> – wohnungslose Frauen sichtbar machen 	<ul style="list-style-type: none"> – frauengerechtes Hilfesystem: weiblich – Selbstwertstärkung zur Überwindung
Prostituierte / Sexarbeiterinnen	<ul style="list-style-type: none"> – Unterstützung von Frauen, die in der Prostitution arbeiten, aber gegen die Prostitution als Diskriminierung von Frauen eintreten 	<ul style="list-style-type: none"> – Entstigmatisierung von Frauen, die in der Prostitution arbeiten – niederschwellige Gesundheitsangebote

Handlungsfelder	Allgemeine Zielsetzung im Sinne einer Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Frauen	Was heißt das konkret für die Gesundheit
Gesundheitsverhalten, Settings, Gesundheitssektoren: Wo sind die Ansatzpunkte?		
Gesundheitsverhalten	– <i>Förderung gesunder Lebensstile</i>	– Frauengerechte, zielgruppen- und setting-spezifische Prävention und Gesundheitsförderung – Drogenkonsum und anderes Suchtmittelkonsum setzen; bestehende Ansätze – Frauen vor Gefahren des Alkoholkonsums – Initiativen gegen das Rauchen (aktiv) – Gender Mainstreaming im Sport forcieren
Settings	– <i>Förderung gesunder Lebenswelten</i>	– „Gesundheit wird von Menschen in ihrer Arbeit, in ihrer Familie, in ihrer Freizeit gelebt.“ (WHO) – Mädhenspezifische Ansätze in Gesundheitsförderung – Geschlechtersensible Gesundheitsförderung
Kindergarten, Schule	– <i>Prävention und Gesundheitsförderung so früh als möglich in der Entwicklung ansetzen</i>	– Prävention von sexueller Belästigung – Frauen bei Stress durch Mehrfachbelastung – Frauen, die unbezahlte Arbeit leisten, unterstützen – wissenschaftliche Fundierung der Gesundheitsförderung – Frauen in Führungspositionen fördern
Arbeit, Arbeitsplatz	– <i>Gleichstellung von Frauen und Männern in der Arbeitswelt hinsichtlich Einkommen, Position</i> – <i>pflegende Angehörige unterstützen</i> – <i>arbeitslose Frauen unterstützen</i> – <i>beruflichen Aufstieg von Frauen fördern</i>	– ... für Patientinnen (Schwangerenbetreuung, Kardiologie, Onkologie, Gynäkologie) – ... für weibliches Gesundheitspersonal (Schwestern und Ärztinnen)
Krankenhaus	– <i>gesundheitsfördernde, geschlechtersensible und kultursensitive Krankenhäuser entwickeln und ausbauen ...</i>	– Zusammenhänge zwischen Umwelt und Gesundheit (Luftverschmutzung und Klimawandel, Strahlenbelastung und Gentechnik)
Natürliche Umwelt	– <i>die Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen Umwelt und Gesundheit auf die politische Agenda setzen</i>	– Frauengesundheit intersektoral verankern (Gesundheitsfördernden Sektoren) – Selbsthilfe in die Gesundheitsversorgung integrieren – komplementärmedizinische Behandlungen – Gender Mainstreaming und Karrierefördernde soziale Berufen
Gesundheitswesen und Gesundheitssektoren	– <i>gleicher und niederschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem für alle</i> – <i>Gleichwertigkeit aller Gesundheitsberufe im Sinne eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriffs sicherstellen (Medizin, Pflege, psycho-soziale Berufe, Alternativmedizin, Selbsthilfe, ...)</i>	– Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen – Betonung der Rolle des Gesundheitssystems in der Anti-Diskriminierung – Gender und Diversity Mainstreaming im Gesundheitswesen forcieren
Gesellschaftliche Ebene	– <i>Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen</i> – <i>Betonung der Rolle des Gesundheitssystems in der Anti-Diskriminierung</i> – <i>Gender und Diversity Mainstreaming im Gesundheitswesen forcieren</i>	– bestehende Maßnahmen zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen ausbauen (Frauenhäuser, Interventionsservices) – bestehende Initiativen, die die Rolle des Gesundheitssystems thematisieren, forcieren – Gender und Diversity Mainstreaming im Gesundheitswesen forcieren

Handlungsfelder	Allgemeine Zielsetzung im Sinne einer Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Frauen	Was heißt das konkret für die Gesundheit
Frauengesundheit in der Praxis: Wer sind die AkteurInnen? Wie kann eine Umsetzu		
Gesundheitspolitik	<ul style="list-style-type: none"> - Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Umsetzung von Frauengesundheit schaffen - Bindung von Subventionszahlungen an geschlechtsspezifische Anträge und Umsetzung von Projekten und Initiativen - Gender budgeting 	<ul style="list-style-type: none"> - Etablierung eines multidisziplinärer zifische Gesundheit - geschlechtsspezifische Gesundheitsz - Erarbeitung einer Gesamtstrategie! - Einrichtung einer koordinierenden S tzung von Gesundheitsinformationen) - Einrichtung zumindest eines Frauen - langfristige Bereitstellung von Resso
Umsetzung einer frauengerechten und geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - <i>genderspezifische Qualitätssicherung und Transparenz in der Gesundheitsversorgung</i> - <i>PatientInnenorientierung</i> - <i>Wahrung von PatientInnenrechten</i> - <i>Zweitmeinung als Standard etablieren</i> - <i>shared decision making</i> - <i>Information durch nicht-medizinische ExpertInnen gleichwertig behandeln</i> - <i>Beteiligung von KonsumentInnen gesundheitlicher Leistungen auf allen Ebenen von Planung über Umsetzung zur Evaluation ermöglichen</i> - <i>Vertretung von PatientInnen in Gremien und Arbeitsgruppen, Landesgesundheitsagenturen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Lebenswelten von Frauen berücksi Folgen von Erkrankungen in die medi: - Über-, Unter- und Fehlversorgung sierte und qualitätsgesicherte Behand Behandlungsalternativen - Ungleichheiten und Barrieren im Z ren, z.B. von Frauen mit unterschiedl tuation und in ländlichen Regionen - vorhandene frauengesundheitssp erweitern (Frauengesundheitszentren Frauengesundheitskonferenzen, Koor - frauengerechte Gesundheitsversorgu heitswesens einbeziehen (Finanzierun - frauenspezifische Gesundheitszie - Vernetzungen fördern (Schnittstell nelle und interdisziplinäre Vernetzung - Gender- und Diversitäts-Kompete vermitteln (Aus-, Fort- und Weiterbilc <p>(nach Jahn und Kolip, 2003)</p>
Gesundheitsförderung, Prävention	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Evidenzbasierung von Screeningprogrammen sicherstellen</i> - <i>geschlechtersensible Ansätze in der Gesundheitsförderung</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - evidenzbasierte Prioritätensetzung - Qualitätssicherung und Evaluatio - Geschlecht als Kriterium für Maßn:
Forschung, Public Health	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Gender-Aspekte und gesellschaftliche Diversität in alle Forschungsvorhaben integrieren</i> - <i>Kooperation zwischen Wissenschaft, Praxis und Gesundheitspolitik verstärken</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - geschlechtsspezifische Forschung - (Frauen-)Gesundheitsberichtersta - Frauengesundheitsforschung in ei Health-Forschung einbetten

Literatur

- Adzersen KH, Eustachi A, Gerhard I (2004) Stellungnahme zu Umwelt, Ernährung, körperlicher Aktivität und Brustkrebs. Arbeitsgemeinschaft Naturheilkunde und Umweltmedizin (NATUM) der DGGG.
- Allan Guttmacher Institute (1999). Sharing responsibility. Women, society, and abortion worldwide. New York: AGI.
- Amesberger H, Dimitz E, Finder R, Schiffbänker, Wetzel P (2001) Alleinerzieherinnen in Wien. Studie der Arbeiterkammer Wien. Wien: AK plus.
- Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Hrsg. von Alexa Franke. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 25. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arbeitsgruppe Migrantinnen und Gewalt (Hrsg.) (2003) Migration von Frauen und strukturelle Gewalt. Wien: Milena Verlag.
- Backes G (1994) Männer und Frauen: unterschiedliche Lebensbedingungen im Alter. In: Bundesministerium für Soziales (Hrsg.); Die Zukunft des Alters. Soziales Europa 4; Wien; S. 177-196.
- Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C (1994) Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. British Journal of Psychiatry 1994; 164:782-88.
- Bauer S, Kiesswetter P, Kirisits M, Snieder K (2004) Neue Gesundheitsberufe. Expansionsmöglichkeiten für die Dienstleistungsgesellschaft. Graz: Kammer für Arbeiter und Angestellte Steiermark.
- Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S (1999) Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. British Medical Journal 1999; 319: 1397-1402.
- Bencic W (2003) Versorgung mit Antidepressiva. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Uni Linz, Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“, Band 23.
- 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.
- Berlin Centre of Public Health, the European Women's Health Network (EWHNET) and the Section Women and Health of the German Society for Social Medicine and Prevention (DGSMP) (eds.) (2002). Gender Based Analysis (GBA) in Public Health Research, Policy, and Practice. Proceedings of the International Workshop (7th – 8th of June, 2001 in Berlin); Berlin. <http://www.ifg-gs.tu-berlin.de/workshop>
- Bitzer J (2003) Die Sexualität des älteren Paares. Journal für Menopause 2003; 3:21-25.
- BMBWK – Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst (2002) Frauenbericht 2002. Erweiterter Sonderdruck zum Hochschulbericht 2002. Wien: BMBWK.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000) Bericht zur Lage von Menschen mit Behinderung in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001a) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001b) Live: Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung. Lebenssituation, Bedarfslagen und Interessensvertretung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 183. Autorinnen: Eiermann N, Häußler M, Helfferich C. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2003) Wenn aus Liebe rote Zahlen werden – über die wirtschaftlichen Folgen von Trennung und Scheidung. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung der Universität Bielefeld in Kooperation mit infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH. Berlin: BMFSFJ.
- BMI – Bundesministerium für Inneres (2003) Illegal am Strich. Öffentliche Sicherheit – Das Magazin des Innenministeriums. Heft 1-2/2003 Jänner-Februar (Online-Version; <http://www.bmi.gv.at>).
- BMSG - Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2002) Bericht über die soziale Lage. Analysen und Ressortaktivitäten. Soziale Sicherheit – Gesundheit – Geschlecht – Generationen – Einkommen. Wien: BMSG.
- BMSG - Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2003) Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich. Wien: BMSG.
- BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2001) Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung (NAP incl I). Wien: BMSG.
- BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2003) Zweiter Nationaler Aktionsplan zur sozialen Eingliederung (NAP incl II). Wien: BMSG.
- BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2003) Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus September 2002. AutorInnenen: Kityr J, Schrittwieser K. Wien: BMSG.
- BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2004) Zukünftige Inanspruchnahme von Kinderbetreuungseinrichtungen. Erstellt von Statistik Austria. Wien: BMSG.
- BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2001) Gewalt in der Familie (Gewaltbericht). Erstellt vom Österreichischen Institut für Familienforschung. Wien: BMSG.
- BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2002), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge. Wien: BMSG.
- BMSG (1998) Österreichischer Ernährungsbericht 1998. Erstellt vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien. Wien: BMSG, 1998.
- BMSG, BMBWK, LBIMGS (2003) HBSC-Factsheet Rauchen, Alkohol, Cannabis. HBSC-Factsheet Nr. 1. Wien: BMSG.
- Borde T (2002) Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Fakultät VIII – Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin.
- Borde T, David M (2004) Sind die Wechseljahre ein kulturspezifisches Syndrom? Forschungsergebnisse und Anmerkungen zu Informiertheit und Bedürfnissen von Migrantinnen in der gynäkologischen Praxis. In: Jahn I (Hrsg.) wechseljahre multidisziplinär: was wollen Frauen – was brauchen Frauen. GEK - Gmünder ErsatzKasse, Sankt Augustin: Asgard-Verlag Hippel; GEK-Edition, Band 28.

- Borgetto B (2004) Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Buchreihe des Schweizer Gesundheitsobservatoriums. Bern: Verlag Hans Huber.
- Boston Women's Health Collective (1971) Our Bodies, Ourselves. New York: Simon & Schuster.
- Bradford J, White JC (2000) Lesbian Health Research. In: Goldman MB, Hatch MC (Eds.), Women and Health, San Diego: Academic Press; p. 64-78.
- Breza A, de Cordoba U, Fischer G (2002) Substanzabhängigkeit und Gravidität. In: Fischer G (Hrsg.) Therapie mit Opioiden; Wien: Facultas Verlag; S.199-215.
- Brinkman C, Wiedemann E (1994) Zu den psycho-sozialen Folgen der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern. Aus Politik und Zeitgeschichte 1994;B16:16-28.
- Brucker S, Krainick U, Bamberg M (2003) Brustzentren. Rationale, funktionelles Konzept, Definition und Zertifizierung. Gynäkologe 2003;36:862-877.
- Brucker U, Hutzler D, Hassler M (2004) Prävention vor Pflege. Prävention durch Pflege. Präventive Aufgaben der Pflege. Gesundheitswesen 2004;66:311-318.
- BSAFGJS - Bremer Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2001) Bremer Frauengesundheitsbericht 2001. Bremen: Abteilung Gesundheitswesen; Referat Gesundheitsberichterstattung.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000) Love Talks, Love Tour, Love Line. Themenheft. Forum Sexuaufklärung 3/1998. Köln: BZgA.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002a) Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. Eine Expertise im Auftrag der BZgA von Hiltrud Merzenich und Peter Lang, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, BIPS. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 17. Köln: BZgA.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002b) Pränataldiagnostik. Beratung, Methoden und Hilfe. Eine Erstinformation. Broschüre. Köln: BZgA.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003) Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2002. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids. Eine Wiederholungsbefragung. Köln: BZgA.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Pille danach – rezeptfreie Vergabe in Deutschland. Dokumentation einer Fachtagung (Dezember 2003). Köln: BZgA.
- Capocaccia R, Colonna M, Corazziari I, De Angelis R, Francisci S, Micheli A, Mugno E (2002) The EUROPREVAL project. Annals of Oncology 2002;13:831-839.
- Caritas Erzdiözese Wien (2003) Caritas Wohnungslosenhilfe – Gruft / Jahresbericht 2002. Wien: Caritas.
- Chwosta A (2002) Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten lesbischer Frauen in Wien. Fragebogenstudie in Kooperation mit Lila Tipp (Lesbenberatung der Rosa Lilla Villa), Institut für Sozialmedizin der Universität Wien. Unveröffentlicht.
- Coalition for Improving Maternity Services (1996) Ten Steps Toward a Mother Friendly Hospital. www.motherfriendly.org
- COPD Liga Österreich (2004). www.copd-liga.org
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd S (2000) Health and health behavior among young people. Copenhagen: WHO Euro; <http://www.hbsc.org>
- David M, Borde T (2001) Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- David M, Borde T, Kentenich H (2001) Die Wechseljahre der Frau – Kenntnisse und Meinungen deutscher und türkischstämmiger Frauen im Vergleich. Zentralblatt für Gynäkologie 123:3-9.
- David M, Borde T, Kentenich H (2002) Die psychische Belastung von Migrantinnen im Vergleich mit einheimischen Frauen – der Einfluss von Ethnizität, Migrationsstatus und Akkulturationsgrad. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2002;62,Suppl. 1:37-44.
- David M, Kentenich H (2002) Das Klimakterium – ein kulturgebundenen Syndrom? Frauenarzt 43:280-290.
- Dietzel-Papakyriakou M, Obermann E (1996b). Zum Versorgungsbedarf und zur Spezifik der Versorgung älterer MigrantInnen. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit 1996;3/4:82-89.
- Dixon A, Riesberg A, Weinbrenner S, Omer S, Le Grand J, Busse R (2003) Complementary and alternative medicine in the UK and Germany – research and evidence on supply and demand. London: Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society.
- Dür W, Mravlag 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. WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990 (hbsc/17). Wien: LBIMGS.
- EBDD - Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2003). Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen. Jahresbericht 2003. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2003.
- EBDD – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2000) Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union. Lissabon: EBDD.
- Eichler M (2002) Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Deutsche Bearbeitung eines vom kanadischen Gesundheitsministerium herausgegebenen Handbuchs (Dezember 1999). Berlin: Zentrum Public Health.
- Eichler M, Fuchs J, Maschewsky-Schneider U (2000). Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Z Gesundheitswiss 8(4):293-310.
- Eisenbach-Stangl I (2003) Die Zweigeschlechtlichkeit des Konsums psychoaktiver Substanzen in Wien. In: Stadt Wien (Hrsg.) (2003); Lebensstile in Wien. AuroInnen: Freidl W., Stronegger WJ, Neuhold C; Wien: Stadt Wien.
- Eitel A, Schoibel H (1999) Wohnungslos: Definitionen und Zahlen. Wien: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe.
- Eitel G, Grohmann S, Gutleiderer K (2003) Wiener Wohnungslosenhilfe 2002. Ergebnisse der statistischen Auswertung und Bericht über die soziale Situation von wohnungslosen Menschen in Wien und die Auswirkungen der geleisteten Hilfsmaßnahmen. Wien: MA 12 wien sozial Sozialplanung.
- Elkeles T., Seifert W (1993) Arbeitslose und ihre Gesundheit: Langzeitanalysen für die Bundesrepublik Deutschland. Sozial- und Präventivmedizin 1993;38:148-155.
- Elston S (2001) Gender-bias gardens may aggravate allergies. Environmental News Network 2001, May 17.
- Enders-Dragässer U, Sellach B (2000) Frauen ohne Wohnung. Handbuch für die ambulante Wohnungshilfe für Frauen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 186. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag Kohlhammer.

- Enders-Drägasser U, Sellach B (Hrsg.) (1999) Frauen in der stationären Psychiatrie. Ein interdisziplinärer Bericht. Lage: Jacobs.
- Erdemgil-Brandstätter A (2002) Gewalt gegen Frauen. Die Bedeutung des Gesundheitswesens. Fortbildung für medizinische Berufe im niederösterreichischen Gesundheitswesen. Mödling: Frauenberatungsstelle Cassandra.
- Ernst C (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.
- ESVLA – Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (1996) Zweite Europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen. Dublin: ESVLA.
- ESVLA – Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (2002) Promoting gender equality in the workplace. Dublin: ESVLA.
- EUNBG – Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (1997) Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.
- European Commission, EUREF (2001) European guidelines for quality assurance in cancer screening. Third edition. Luxembourg: EC.
- Eurostat – Europäisches Statistisches Zentralamt (2001) Income, Poverty, and Social Exclusion in the European Union. Driven HL, Linden G, Mikulic J, Schiepers C, Sierman C, De Wreede W. Luxemburg: EUROSTAT.
- Eurostat – Europäisches Statistisches Zentralamt (2002) Das Leben von Frauen und Männern in Europa. Daten aus den Jahren 1980-2000. Europäische Kommission / Eurostat, Themenkreis 3 – Bevölkerung und soziale Bedingungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Eurostat – Europäisches Statistisches Zentralamt (2003) Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003. Europäische Kommission / Eurostat, Themenkreis 3 – Bevölkerung und soziale Bedingungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- EUSOMA – Europäische Gesellschaft für Brustkrebste (1999) The Requirements of a Specialist Breast Unit. European Journal of Cancer 2000; 36: 2288-2293.
- Feministisches Frauengesundheitszentrum, Sylvia Groth (Hrsg.) (1990) Wechseljahre – eine Broschüre zur Selbsthilfe. Berlin: FFGZ.
- Fenk R (2000) Die Bedeutung der Gesundenuntersuchung: Teilnahme im Zusammenhang mit Wissen, Motivation, Einstellungen und subjektiv eingeschätztem Nutzen. Dissertation an der naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Salzburg.
- Fessel-GfK (2003) Homöopathie. Wien: Dr. Peithner KG – Haus der Homöopathie.
- Feuerlein, W. (1995), Abhängigkeit im Alter, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 8, S.153-162.
- FGÖ – Fonds Gesundes Österreich (1999) Wirkung von Selbsthilfegruppen auf Persönlichkeit und Lebensqualität. Wien: FGÖ.
- FGÖ – Fonds Gesundes Österreich (2004) Österreichische Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich. SIGIS-Verzeichnis 2004. Wien: FGÖ.
- Fiegl J, Pritz A (1999) Richtlinien für die psychotherapeutische und soziale Betreuung im Rahmen der humangenetischen Beratung gemäß § 69 des Humangenetikgesetzes. Wien: ÖBVP.
- Franke A (2001) Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- Franke A, Mohn K, Sitzler F, Welbrink M, Witte M (2001) Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit von Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren. Weinheim: Juventa.
- Franz A (2002) Selbstbestimmtes Leben mit persönlicher Assistenz. Eine alternative Lebensform behinderter Frauen.
- Füsgen I (Hrsg.) (1992) Der inkontinente Patient. Bern Göttingen, Toronto
- GLMA – Gay and Lesbian Medical Association (2003) Sexual Minority Women's Health Survey. Our Right to Health Care. www.glma.org/healthsurvey2003/women
- Grobe TG, Schwartz FW (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Berlin: RKI – Robert Koch Institut.
- Groth S (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 S (1994) Die Medikalisierung der Wechseljahre. Argumente gegen eine generelle Hormontherapie. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1994; 70: 421-4.
- Groth S (2004) Wechseljahre in Bewegung. Frauengesundheitsbewegt Interessen vertreten. In: Jahn I (Hrsg.); Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen – was brauchen Frauen? Proceedings, „Wechseljahre multidisziplinär“, Kongress, Universität Bremen, 21.-23. Februar 2003. GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 28, St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Groth S und Räskey E (Hrsg.) (2003) Das FrauenGesundheitsprogramm Graz. Gender Health Audit in sechs Grazer Betrieben. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften der Johannes Kepler Universität in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gebietskrankenkasse. Linz: OÖGKK
- Groth S, Röhring R (1990) Die Wechseljahre sind keine Krankheit. Erwiderung auf Gerald Mackenthun: Zur Diskussion der Hormontherapie in den Wechseljahren. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1990; 3: 339-342.
- Haas S / OEBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (oJ) Illegale Drogen und Geschlecht. Unveröffentlichtes Manuskript
- Hagemann-White C (2000) Frauen und Mütter in der Gesellschaft. Vortrag beim Kongress „Zukunft für Mütter – eine Herausforderung“, im Müttergenesungswerk Bonn am 9.11.2000.
- Hagemann-White C, Bohne S, Hauptmeyer K, Kanne A, Demandt U, Schippers N (2003) Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Universität Osnabrück.
- Haschke, F. (1985) Säuglingsernährung in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz.
- Healy B (1991) The Yentl syndrome. N Engl J Med 1991; 325: 274–276.
- Helfferrich C (1994) Jugend, Körper und Geschlecht. Auf der Suche nach sexueller Identität. Opladen: Leske und Burdrich.
- Helfferrich C (1996) Perspektiven der Frauengesundheitsforschung in Deutschland. In: Maschewski-Schneider U (Hrsg.). Frauen – das kranke Geschlecht? Opladen, Leske und Burdrich; S. 113-130.
- Helfferrich C, Hendel-Kramer A, Klindeworth H (2003) Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14. Berlin: RKI.
- Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewski-Schneider U (2003) Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht

- Helmchen H (2001), Unterschwellige psychische Störungen, in: Der Nervenarzt 72 (3), S.181-189.
- Helmchen, H., Baltes, M.M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M., Wagner, M., Wilms, H.U. (1996), Psychische Erkrankungen im Alter, in: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie, Berlin: Akademie Verlag, S.85-219.
- Herz E, Thoma M, Umek W, Gruber K, Linzmayer L, Walcher W, Philipp T, Putz M (1997) Nicht-psychotische postpartal Depression. Pilotstudie zur Epidemiologie und Risikofaktoren. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997;57:282-288.
- Höpflinger F (1994) Frauen im Alter – Alter der Frauen – ein Forschungsdossier. Zürich: Seismo.
- Höpflinger F, Hugentobler V (2003) Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Horx M, Horx-Strathern O, Gaspar C (1999) Was ist Wellness? Anatomie und Zukunftsperspektiven des Wohlfühl-Trends. Kelkheim: Zukunftsinstitut.
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2004) Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.) (2002) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Verlag Hans Huber, 2002.
- Husslein P (2000) Elektive Sectio versus vaginale Geburt. Ist das Ende der herkömmlichen Geburtshilfe erreicht? Der Frauenarzt 2000;41:1176-85.
- Husslein P (2000) Elektive Sektio oder vaginale Geburt – das ist hier die Frage! In: Medizin 2001, J. Dezszy (Hrsg.). Wien: Peter Müller Verlag.
- Husslein P (2001) Elective caesarean section versus vaginal delivery. Whither the end of traditional obstetrics? Archives of Gynecology and Obstetrics 2001;265:169-74.
- Husslein P (2001) Ist das Ende der herkömmlichen Geburtshilfe erreicht? Jatos 2001;2:14-15.
- Husslein P (2001) Primäre Sectio als die zukunftsweisende Entbindungsart bei BEL (Beckenendlage) ausgesprochen. Österreichische Hebammenzeitung 2001;1:10-11.
- Husslein P (2001) Pro und Kontra – Elektive Sectio. Es ist Zeit, umzudenken. Gynäkologie und Geburtshilfe 2001;2:49-51.
- Husslein P, Langer M (2000) Elektive Sectio versus vaginale Geburt - eine Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? Der Gynäkologe 2000;33(12):849-56.
- Illing K (2002) Medical Wellness und Selbstzahler. Zur Erschließung neuer Märkte für Rehabilitations-, Kurkliniken und Sanatorien. Berlin: Tourism Development Health Care.
- Illing K (2002a) Medical Wellness-Profilierung in einem wildwüchsigen Markt. Heilbad & Kurort, 06. S.136-138.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2002) Naturheilmittel 2002. Wichtigste Erkenntnisse aus Allensbacher Trendstudien.
- Institut Sicher Leben (Hrsg.) (2002) Unfallstatistik 2002. Wien: ISL.
- 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 Assessment and Directions for the Future. Andrea L. Solarz (Ed.). Washington D.C.: National Academy Press.
- International Obesity Task Force, European Association for the Study of Obesity (2002) Obesity in Europe. The Case for Action. London: IASO.
- Jahn I (2004) wechselljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen, was brauchen Frauen? Dokument der Konferenz vom 21.-23.2.2003, Bremen. Bremen: GEK – Gmünder Ersatzkasse, St. August.
- Jahn I, Kolip P (2003) Hintergründe für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in Nordrhein Westfalen. Gutachten erstellt im Auftrag der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ – Landtag NRW. Bremen.
- Jahn I, Kolip P (2002) Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bremen: BIPS - Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin.
- Jang H, Lee M (2004) Effects of qi therapy (external qigong) on premenstrual syndrome: a randomized placebo-controlled study. Journal of Alternative and Complementary Medicine 2004;10(3):456-462.
- Jansen B, Karl F, Radebold H, Schmitz-Scherzer R (Hrsg.) (1994) Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Joura E, Husslein P (2001) Non-closure of peritoneum and adhesions: The repeat cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:286.
- Joura EA (2001) Is the formation of a bladder flap at Cesarean necessary? A randomized trial. Obstetrics and Gynecology 2001;98(6):1089-92.
- Katschnig H, Denk P, Scherer M (2004) Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien: BMGF.
- 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.
- Kaufmann E (1999) Wellness Tourismus. Marktanalyse und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie – Schnittstellen zur Gesundheitsförderung. Berner Studien zu Freizeit und Tourismus, Bd. 38. Bern: Forschungsinstitut für Freizeit und Tourismus (FIF) der Universität Bern.
- 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 (1994) Frauen und Gesundheit aus der Sichtweise von WHO-Gesundheitsförderung und Public Health. In: Helfferich C, Troschke J v: Der Beitrag der Frauengesundheitsforschung zu den Gesundheitswissenschaften / Public Health in Deutschland. Schriftenreihe der „Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften / Public Health“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg, Band 2.
- Kickbusch I (2003) Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schwartz FW (Hrsg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Schwarzenberg; S.181-214.
- Krajic K, Vyslouzil M, Nowak P (2003) Pflegenotstand in Österreich. Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe 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.
- Kröger C (2004) Raucherentwöhnung in Deutschland : Grundlagen und kommentierte Übersicht / Von Christoph Kröger unter Mitarbeit von Holger Sonntag und Rose Shaw im Auftrag der BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln : BZgA, 2000 (Gesundheitsförderung konkret ; Bd. 2)

- Kruse A (2002) Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Band 146 der Schriftenreihe des BM für Gesundheit. Baden-Baden: BMG.
- Kruse A, Gaber E et al. (2002) Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. Berlin: RKI – Robert Koch Institut.
- Kühner C (2001) Affektive Störungen. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg.); Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch; Göttingen: Hogrefe, 2001.
- Kumpf-Tontsch A, Schmid-Siegel B, Klier CM, Muzik M, Lenz G (2001) Versorgungsstrukturen für Frauen mit postpartalen psychischen Störungen. Wiener Klinische Wochenschrift 2001;113(17):641-6.
- Kundi M, Friedrich F, Friedrich F (2004) Hormonersatztherapie und Mammakarzinomrisiko – zur Interpretation epidemiologischer Evidenz.. Journal für Menopause 2004(1):8-17.
- Künzel-Schön M (2000) Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Weinheim, München.
- Kurella S (1992) Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Literaturstudie für die Jahre 1985-1991. In: Wissenschaftszentrum Berlin (Hrsg.), Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Berlin.
- Loibl E, Corazza E (2003) Frauengerechte Qualitätsstandards. BAWO Frauenarbeitskreis der Wiener Wohnungslosenhilfe. www.bawo.at
- Lord SR, Sherrington C, Menz HB (Hrsg.) (2001) Falls in Older People. Risk Factors and Strategies for Prevention. Cambridge: University Press.
- Löser H (1998) Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen beim Kind. Kinderkrankenschwester 17 (1), 3–6.
- Madersbacher S, Haidinger G, Temml C (2000) Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum. In: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheitsbericht 2000; S. 299-233.
- MAGS - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1998) Landessozialbericht. Band 8: Arbeitslose, Langzeitarbeitslose und ihre Familien. Düsseldorf: MAGS.
- Männel J (2004) Komplementäre Krebstherapien. http://frauen.qualimedic.de/Therapien_brustkrebs_komplementaer.html (Zugriff am 30.11.2004).
- Marstedt G, Moebus S (2003) Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 9. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Maschewski-Schneider U (Hrsg.) (1981) Was macht Frauen krank? Frankfurt am Main.
- Maschewski-Schneider U (2002) Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 34(3):493-503.
- MASGF – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Frauen Brandenburg (1995) Arbeitsschutz. Jahresbericht 1994. Potsdam.
- Mayer KU, Baltus P (Hrsg.) (1996) Die Berliner Alterstudie. Berlin: Akademie Verlag.
- Melchart D (1996) Alternative Heilverfahren – Ausweg oder Irrtum? Politicum 1996;16: 34-36.
- Melchior H (2003) Harninkontinenz und ihre Konsequenzen. MTD 2003(3):10-11. Online-Version: www.mtd.de
- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Mielck A (2002) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern u.a.o.: Huber; S.387-402.
- Mielck A (Hrsg.) (1994) Krankheit und soziale Ungleichheit: Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich.
- Miller J (2004) Wellness: The history and development of a concept. Spektrum Freizeit, 2. based approach. Edinburgh, London, New York etc.: Mosby. S.388-394.
- Million Women Study Collaborators (2003) Breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. Lancet 2003;362:419-27.
- Mohr G (1997) Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzsicherheit und psychische Befindlichkeit. Frankfurt: Verlag Peter Lang.
- NÖFMBS - Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen (1999) Frauenberatungsstellen, Mädchenberatungsstellen in Österreich. Wien: NÖFMBS.
- Nyström L (2000) How effective is screening for breast cancer? Reduction in mortality should not be the only marker of success. British Medical Journal 2000;321:647-569.
- O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW (1991) Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. Journal of Abnormal Psychology 1991;100:63-73.
- O'Hara MW, Swain AM (1996) Rates and risk of postpartum depression – A meta-analysis. International Review of Psychiatry 1996;8:37-54.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1997) Ambulante psychotherapeutische Versorgung. Im Auftrag des BMAGS. Wien: ÖBIG;
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998) Stillen in Österreich. Im Auftrag des BMAGS. Wien: ÖBIG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002) IVF-Register. Jahresbericht 2001. Im Auftrag des BMSG. Wien: ÖBIG;
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003) IVF-Register. Jahresbericht 2002. Im Auftrag des BMSG. Wien: ÖBIG;
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003) Gesundheitsbericht an den Nationalrat. Wien: BMGF.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004) Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2004. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004) Psychotherapie auf Krankenschein. Wien: BMGF.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004) Mammographie Screening Austria. Wien: BMGF.
- ÖGF - Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (2002) Schwerpunkt: Notfallkontrazeption. Newsletter November 2002. Wien: ÖGF.
- ÖIF – Österreichisches Institut für Familienforschung (1996) Familien- und Fertilitätssurvey 1996. Wien: BMJUF.
- ÖIJ – Österreichisches Institut für Jugendforschung (1995) Abschied von der Kindheit? Die Lebenswelten 11- bis 14-jähriger Kids. Wien: BMJUF.
- Pardo MA, Ruiz MT, Gimeno A, Navarro L et al. (2002) Gender bias in clinical trials of AIDS drugs. Abstract und Poster WePeB5964, XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spanien, Juli 2002
- 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.

- Pro Familia (2000) Standpunkt: Pränatale Diagnostik. Frankfurt am Main: Pro Familia.
- Pröll G (2002) Meine Tage. Quelle weiblicher Kraft und Intuition. Freiburg: Bauer.
- Reinprecht C (1999) Ältere MigrantInnen in Wien. Empirische Studie zur Lebensplanung, sozialer Integration und Altersplanung. Studie im Rahmen von „Senior Plus“ (URBAN-Projekt für Menschen ab 55 in der Gürtelregion); gefördert von der Stadt Wien (MA 47) und der EU (EFRE). Wien, 1999.
- Reinprecht C (2000) Alte MigrantInnen und einheimische SeniorInnen. Zur Lebenssituation der älteren ausländischen und einheimischen Wohnbevölkerung Wiens. SWS-Rundschau; 2000:40(1):63-80.
- Remberg A (2001) „Sie ist doch selber noch ein halbes Kind ...“ – Untersuchungen zu Lebensbedingungen, Einstellungen und Verhütungsverhalten jugendlicher Schwangerer und Mütter“. In: BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2001, S.7-15.
- Riecher-Rössler A (1997) Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1997;65:97-107.
- Riedel M, Hofmarcher MM (2003) Verordnungsvarianz und Outcome der Antidepressiva-Verordnung in Österreich. In: Bencic W (Hrsg.) Versorgung mit Antidepressiva; Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Uni Linz, Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“, Band 23; S. 29-62.
- RKI - Robert Koch Institut (2001) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Autorenhandbuch für die Erstellung von Berichtsbeiträgen. Berlin: RKI.
- RKI – Robert Koch Institut (2003) Übergewicht und Adipositas. Berlin: RKI, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16.
- RKI - Robert Koch Institut (2004) Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. Berlin: RKI.
- RKI - Robert Koch Institut (Hrsg.) (2004) Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Autorinnen: Hundertmark-Mayser I, Möller B, Balke K, Thiel W.; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23. Berlin RKI.
- Rohde A (2001) Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Der Gynäkologe 2002;34:315-323.
- Rohde A (2004) Das Prämenstruelle Syndrom. Eine Information für Betroffene und Angehörige. Online-Version. <http://femina.uni-bonn.de>
- Rosenbrock R (2004) Prävention und Gesundheitsförderung – gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. Gesundheitswesen 2004;66:146-152.
- Rosenbrock R, Geene R (2000) Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik. Vortrag, Kongress Armut und Gesundheit, Dezember 2000, Berlin.
- Rosenbrock R, Schaeffer D (Hrsg.) (2002) Die Normalisierung von AIDS. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 23. Berlin: edition sigma.
- Rosenbrock R, Schaeffer D, Dubois-Arber F (1999) Die Normalisierung von AIDS in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. Aids Infothek 1999;5:4-15.
- Rubisch M, Philipp S et al. (2001) Pflegevorsorge in Österreich. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- Schaffenberger E et al. (1999) Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Schildmann U (2001) (Hrsg.) Normalität, Behinderung und Geschlecht. Ansätze und Perspektiven der Forschung. Band 1 der Reihe „Konstruktion von Normalität“. Opladen: Leske und Budrich.
- Schildmann U (2004) Normalismusforschung über Behinderung und Geschlecht. Eine empirische Untersuchung der Werke von Barbara Rohr und Annedore Pregel. Band 4 der Reihe „Konstruktion von Normalität“. Opladen: Leske und Budrich.
- Schildmann U, Bretländer B (Hrsg.) (2000) Frauenforschung und Behindertenpädagogik. Systematik – Vergleich – Geschichte – Bibliographie. Münster
- Schmitt R (2001) Schizophrenie und postpartale Psychose. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg.), Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch, Göttingen: Hogrefe, 2001.
- Schultz-Gambard J, Baltz HJ, Winter G (1987) Arbeitslosigkeit. Folgen und Einflussfaktoren. In: Schultz-Gambard J (Hrsg.), Angewandte Sozialpsychologie. München, S.189-214.
- Schulz-Nieswandt F (1998) Gewalt gegen ältere Menschen. Zur verlorenen Unschuld familial-häuslicher Pflegewelten. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 1998;49:182-185.
- Schwabe U, Paffrath D (eds.) (2003) Arzneiverordnungsreport. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schwartz FW (Hrsg.) (2003) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban und Schwarzenberg.
- Schwarz CM, Schücking BA (2004) Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojektes. Dr. med. Mabuse 2004;148(2):22-25.
- Schwenkglens M, Szucs TD (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.
- Shuttle P, Redgrove (1980) Die weise Wunde Menstruation. Frankfurt: S. Fischer Verlag.
- Singh S, Darroch JE (2000). Adolescent pregnancy and childbearing: Levels and trends in developed countries. Fam Plann Persp 32 (1): 14-23.
- Simbeni R (2004) Wellness – Esoterik – Neue Gesundheitsberufe. Graz: Arbeiterkammer Steiermark (Teil 1). <http://stmk.arbeiterkammer.at/www-849-IP-14169.html>
- Sonneck G, Stein C, Voracek M (2002) Statistisch-epidemiologische Untersuchung zur Suizidproblematik von Männern in Österreich. Wien: BMSG.
- Sonnenberg-Schwan U (2002) Let's Talk About Gender? Gender-specific Aspects of Barcelona. European AIDS Treatment News, September 02, Vol. 11 No. 4
- Springer-Kremser M (2002) Gender-Aspekte in psychiatrischer Klinik und Forschung. In: Ertl M, Keintzel B, Wagner R (Hrsg.): Ich bin 1000 Ich: Probleme, Zugänge und Konzepte zur Therapie von Psychosen; Wien: Facultas-Verlag; S.284-296.
- Stadt Wien (2002) Mikrozensus 1999. Ergebnisse zur Gesundheit in Wien. Wien: Statistik Austria.
- Stadt Wien (2003) Lebenserwartung und Mortalität in Wien. Wien: Stadt Wien.
- Stadt Wien (2004) Psychische Gesundheit in Wien. Wien: Stadt Wien.
- Starrin B, Svensson PG, Wintersberger H (1989) Unemployment, Poverty and Quality of Working Life. Berlin: edition sigma.
- Statistik Austria (2002b) Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2004a) Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2004b). 1. Quartal 2004: Zahl der Unfälle und Verletzten weiter gestiegen, aber die seit Jahren geringste Zahl an Verkehrstoten. Presseaussendung vom 24. Mai 2004; online-Version (<http://www.statistik.at>)

- Staudinger UM (2000) Viele Gründe sprechen dagegen und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau* 2000; 51(4): 185-197.
- Stolzenberg R, Sachse C (2003) Hormongaben vor, während und nach den Wechseljahren: Soziale Faktoren und Alternativen. Expertise für die Enquetekommission „Zukunft eine frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen (Expertise 2). Bremen.
- Tazi-Preve IM, Kytir J (1999) Schwangerschaftsabbruch in Österreich. *Demographische Informationen* 1997/1999:20-29.
- Thom D (1998) Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *Journal of the American Geriatric Society* 1998; 46(4):473-480.
- Tromp AM, Smith JH et al. (1998) Predictors for Falls and Fractures in the Longitudinal Study Amsterdam, in: *Journal of Bone and Mineral Research* 1998; 13:1932-1939.
- Uhl A (2003a) Epidemiologie des geschlechterspezifischen Alkoholgebrauchs. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 2003; 26(3/4):5-19.
- Uhl A (2003b) Jugend und Alkohol - mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens. *prae.v.doc* 2003(1):3-10.
- Uhl A, Springer A (1996) Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. *Forschungsbericht*. Wien: LBI Sucht.
- Uhl A, Kobra U (2001) Kinder und Alkohol - Gesellschaft und Alkohol. Online-Version: <http://www.se-zeitung.at/se42001/kialk.htm>, Wien, 2001.
- Uhl A, Kopf N, Springer A, Eisenbach-Stangl I, Kobra U, Bachmayer S, Beiglböck W, Preinsberger W, Mader R (2001) *Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2001*. Zweite überarbeitete und ergänzte Auflage. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien.
- UN - United Nations (eds.) (1993a) *Declaration on the elimination of violence against women*. UN: New York.
- UN - United Nations (eds.) (1993b) *Vienna Declaration*. UN: New York.
- UN - United Nations (eds.) (1996) *The Beijing Declaration and the Platform for Action*. Fourth World Conference on Women; Beijing, China, September 4-15, 1995. UN: New York.
- Verein Frauen beraten Frauen (1997) *Still und leise in die Unsichtbarkeit? Gegen Armut und soziale Ausgrenzung von Frauen*. Tagungsdokumentation. Wien: Verein Frauen beraten Frauen.
- Vogt I (1994): *Alkoholikerinnen – Eine qualitative Interviewstudie*. Freiburg: Lambertus.
- von Sydow K (1992a) Eine Untersuchung zur weiblichen Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gerontologie* 1992; 25: 105-112.
- von Sydow K (1992b) *Weibliche Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Übersicht über vorliegende Forschungsarbeiten*. *Zeitschrift für Gerontologie* 1992; 25: 113-127.
- von Sydow K (1993) *Lebenslust. Weibliche Sexualität von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- von Sydow K (1994) *Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen*. München: Ernst Reinhardt.
- von Sydow K (2000) *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.
- von Sydow K, Reimer C (1995) *Psychosomatik der Menopause: Literaturüberblick 1988-1992*. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 1995; 45(7):225-235.
- Wabitsch M (2004) *Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland – Aufruf zum Handeln Bundesgesundheitsblatt* 2004; 47: 251-255.
- Wabitsch M, Kunze D, Keller E, Kiess W, Kromeyer-Hauschild K (2002) *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. *Fortschritte der Medizin* 2002; 120: 99-106.
- Walter U (2003) *Babylon im Sozialgesetzbuch (SGB)? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den SGB*. *Sozialer Fortschritt* 2003; 10: 253-261.
- Wancata J (2002) *Die Epidemiologie der Demenzen*. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2002; 152:52-56.
- Weidinger B, Kostenwein W, Drunecy G (2001) *Das erste Mal. Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen. Untersuchung im Auftrag der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung*. Wien: ÖGF.
- WHO - World Health Organization (1981) *Research on the menopause report of a WHO scientific group*. WHO technical report series no. 670.
- WHO - World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO International.
- WHO – World Health Organization (1994) *Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization (1994) *Vienna statement on investing in women's health in the countries of central and eastern Europe*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization (1995) *Investing in women's health in the countries of central and eastern Europe*. WHO Regional Publications, European Series, No 55. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization (1998) *Gesundheit21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization (2001) *Mainstreaming gender in health: the need to move forward. A Discussion paper ("Madrid Statement")*. Spanish Ministry of Health, The Spanish Institute of Women, WHO Euro, Madrid 2001. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization (2001) *Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization (2001) *World Health Report: Mental Health. New Understanding, New Hope*. Genf: 2001.
- WHO - World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health. New Understanding, New Hope*. WHO, <http://www.who.int/whr2001>
- 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 (2002) *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: WHO. http://www.who.int/medicines/library/trm/trm_strat_eng.pdf
- WHO - World Health Organization (2002) *The World Health Report 2002*. Geneva: WHO International.
- Willich SN, Keil T, Babisch W, Schust M, Stark H, Stallmann M, Wegscheider K (2003) *Noise burden and the risk of myocardial infarction*. *Z Kardiologie* 2003; 92(Suppl 1):1-42.
- Wolff A, Wimmer-Puchinger B (2003) *barrierefrei. Gynäkologische Vorsorge und Versorgung behinderter Frauen*. Wien: Büro

der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten, Fonds Soziales Wien.

Zurn P (2001) Social costs of HIV-infection in Switzerland. http://www.hospvd.ch/iems/images/Rapport_sida.pdf

Der vorliegende Bericht gibt die große Bandbreite und die multidisziplinäre Themenstellung der Frauengesundheit wieder; er orientiert sich dabei an den von der WHO 1995 empfohlenen Kriterien. Die vorliegenden Daten zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Österreich sind Ausgangspunkt für die weitere Entwicklung von Maßnahmen und Strategien für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem.

Der Österreichische Frauengesundheitsbericht steht ab April 2005 im Internet als Download zur Verfügung:

www.bmgfj.gv.at