BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN

b m g f

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

Verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung

Wien, im April 2006

BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN

b m g f

Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF); Radetzykstraße 2; A – 1030 Wien

Koordination / Redaktion: Dr. Ines Stamm; Generaldirektion für Öffentliche Gesundheit, BMGF

Druck: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)

Titelbild: Dokumentarfilm Hakoah Lischot / Watermarks

Bestellmöglichkeiten: E-mail: borschuerenservice.bmgf@bmgf.gv.at;

Internet: http://www.bmgf.gv.at

ISBN – 3-900019-33-9

Projektteam

Wissenschaftliche Leitung	Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger
Wissenschaftliche Bearbeitung, Koordination und Berichterstellung	Dr. Erika Baldaszti
Lektorat, Endredaktion	Dr. Erika Baldaszti Dr. Elfriede Urbas Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger
Inhaltliche Beiträge (alphabetisch)	Dr. Micha Bitschnau Johanna Ehmsen-Höhnl, MAS; BMGF DDr. Inga Findl Dr. Ursula Fronaschütz; BMGF Mag. Gerlinde Grasser, MPH Mag. Silvia Groth Mag. Martina Haring Univ.-Prof. Dr. Margarethe Hochleitner Dr. Eva Javorszky-Wasner Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein Dr. Christiane Körner Mag. Barbara Kreilinger Mag. Marion Kremla Dr. Anna Lasser; BMGF Mag. Ingrid Löscher-Weninger; BMGF Mag. Michaela Sit Dr. Lucia Ucsnik, MAS Dr. Elfriede Urbas Dr. Edeltraud Voill Mag. Hilde Wolf, Mag. Silvia Groth für das Netzwerk Österreichischer Frauengesundheitszentren Univ.-Prof. Dr. Harald Zeisler
Mit herzlichem Dank für die Bereitstellung von Daten und Informationen (alphabetisch)	Mag. Martin Bauer, Statistik Austria Mag. Traude Ebermann, Frauen beraten Frauen Dr. Wolfgang Ecker, BMGF Dr. Renate Fally-Kausek, BMGF Dr. Peter Findl, Statistik Austria Mag. Karl Grillitsch, Hauptverband der SV-Träger Dr. Michael Janda, BMSG Dr. Jean-Paul Klein, BMGF Mag. Jeanette Klimont, Statistik Austria Dr. Silvia Kronberger, Paracelsus Privatuni Salzburg Mag. Michaela Marschnigg, BMSG Mag. Beate Mayer, AUVA Prim. Dr. Silvia Mayerhofer, STD-Ambulatorium Wien Mag. Eva van Rahden, SILA Univ.-Prof. Dr. Christoph Reinprecht, Universität Wien Dr. Johanna Schopper, BMGF Mag. Anton Sinabell, Österreichische Ärztekammer Univ.-Prof. Dr. Angelika Stary, Amb. für Pilzerkrankungen Dr. Michael Storman, BM für Justiz Prim. Dr. Norbert Vetter, Pulmologisches Zentrum Wien

Zusammensetzung des Expert/innenbeirats

Auftraggeber/innen und –vertretung

BM Maria Rauch-Kallat Mag. Theresa Philippi Hon.-Prof. Dr. Robert Schlögel Dr. Ines Stamm	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 - Öberösterreichische 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 Physiologie und Pathopyhsiologie, 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 und Frauen 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 Gesundheitsangeboten 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.

Maria Rauch-Kallat
Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 18

Handlungsfelder – Zielsetzungen – Forderungen 34

1. Einleitung: Rahmenbedingungen der Gesundheit von Mädchen und Frauen in Österreich *39*

1.1 Warum geschlechtsspezifische Gesundheit? Entwicklungen der Frauen- und Männergesundheit 39
1.1.1 Die Entwicklung der Frauengesundheit 39
1.1.2 Männergesundheit in Österreich 41
1.1.3 Gender-Medizin: Beispiele für Ansatzpunkte in Österreich 41
1.1.4 Gender Mainstreaming als Element der Qualitätssicherung 42
1.1.5 Geschlechtergerechte Medizin: Prüfung von Medikamenten an Frauen 43
1.1.6 Gender-Medizin an den österreichischen Medizinischen Universitäten 45

1.2 Die Rolle der Frauengesundheitsberichterstattung 47
1.2.1 Frauengesundheitsberichterstattung in Österreich, in Europa und international 47

1.3 Ziele und Methodik des vorliegenden Frauengesundheitsberichts 49
1.3.1 Fragen und Ziele des Frauengesundheitsberichts 49
1.3.2 Methodische Basis des Frauengesundheitsberichtes 49

1.4 Politische und institutionelle Rahmenbedingungen der Frauengesundheit 50
1.4.1 Frauengesundheit und internationale Frauen- und Gleichstellungspolitik 50
1.4.2 Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich 52
1.4.3 Internationale und europäische Frauengesundheitsprogramme 55
1.4.3.1 Frauengesundheit in den USA: das Office on Women's Health 55
1.4.3.2 Kanada: politische Strategien der Frauengesundheit 56
1.4.3.3 Das Frauengesundheitsprogramm von Glasgow 56
1.4.3.4 Nordrhein-Westfalen: Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung 57
1.4.4 Frauengesundheitsprogramme in Österreich 57
1.4.4.1 Fundamente der Frauengesundheit in Österreich: WHO, Gesundheitsförderung und Public Health 57
1.4.4.2 Das Wiener Frauengesundheitsprogramm 58
1.4.4.3 Die Arbeit des Tiroler Frauengesundheitsbüros 59
1.4.4.4 Frauengesundheitsprogramm Graz 60
1.4.5 Frauen in Führungs- und Schlüsselpositionen - Karriere im Gesundheitssystem 61
1.4.5.1 Frauenanteil in nationalen Parlamenten und im EU-Parlament 61
1.4.5.2 Geschlechtsverteilung in den Gesundheitsberufen 61
1.4.5.3 Geschlechtsverteilung innerhalb der Fachdisziplinen der Medizin 62
1.4.5.4 Unterrepräsentation von Frauen an Universitäten 62
1.4.5.5 Karrierehindernisse von Frauen im medizinischen Wissenschaftsbetrieb 64
1.4.5.6 Ergebnisse der Tiroler Ärztinnenstudie 2002 65

2. Gesundheitszustand und Gesundheitsdaten aus der Gender-Perspektive *67*

2.1 Gesundheitsrelevante demografische Trends 67
2.1.1 Bevölkerungsstruktur 67
2.1.2 Geschlecht und Alter 68
2.1.3 Geburtentwicklung und Bevölkerungsbewegungen 69
2.1.4 Langfristige Veränderungen von Partnerschaft, Ehe und Familie 70
2.1.5 Geschlechtsunterschiede in den sozioökonomischen Rahmenbedingungen 72

2.2 Geschlechtsunterschiede bei Lebenserwartung und Todesursachen 73
2.2.1 Unterschiede in der Lebenserwartung bei Männern und Frauen 73
2.2.2 Geschlechtsspezifische Todesursachen 75

2.3 Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen 80
2.3.1 Diskussion epidemiologischer Trends 80
2.3.2 Möglichkeiten der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen 83
2.3.3 Geschlecht und Gender in der kardiologischen Forschung 83
2.3.4 Österreichische Daten zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen 85
2.3.4.1 Todesursachen 85
2.3.4.2 Soziale Situation und Herz-Kreislauf-Erkrankungen 89
2.3.4.3 Zugangsprobleme zur kardiologischen Spitzenmedizin 90

2.4 Frauen und Krebs 94
2.4.1 Brustkrebs: Primärprävention, Qualität von Screening-Programmen und Brustzentren 101

2.5 Stationäre Aufenthalte: psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems 105

2.6 Infektionskrankheiten: HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Infektionen (STIs) 106
2.6.1 AIDS in Österreich und im internationalen Kontext 106

2.6.2 Häufigkeit sexuell übertragbarer Infektionen (STIs) 111

2.7 Stationäre Aufenthalte: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Atmungsorgane, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen 112

2.8 Selbstmorde und Selbstmordversuche 113

2.9 Verletzungen und Unfälle 115

2.10 Zahnstatus bei Erwachsenen in Österreich 116

3. Gesundheit von Frauen und Mädchen in unterschiedlichen Lebensphasen 117

3.1 Mädchen und junge Frauen: Lebensstile und Körperbewusstsein 117
3.1.1 Alkoholkonsum bei Mädchen 117
3.1.2 Rauchen bei Mädchen 118
3.1.3 Ernährungsverhalten, Körperbewusstsein und Adipositas 118
3.1.4 Essstörungen 119
3.1.4.1 Extremes Essverhalten als Vorstufe von Essstörungen 119
3.1.4.2 Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen 120
3.1.4.3 Datenlage und amtliche Gesundheitsstatistiken zu Essstörungen 121
3.1.4.4 Prävention von Essstörungen 123

3.2 Mädchen und junge Frauen: erste Liebe und Sexualität 124
3.2.1 Pubertät, erste Regeblutung und erster Geschlechtsverkehr 124
3.2.2 Das Erste Mal: Sexualität und Kontrazeption von Jugendlichen 125
3.2.3 Teenagerschwangerschaften 126

3.3 Frauen im reproduktiven Alter: Lebensstile und psychische Gesundheit 128
3.3.1 Psychische Gesundheit von Frauen 128
3.3.2 Gewicht, Adipositas und Ernährungsverhalten 135
3.3.3 Körperliche Aktivitäten und Sport 138
3.3.3.1 Geschlechtsunterschiede im Sportverhalten 139
3.3.3.2 Frauen, Gender Mainstreaming und Sport 139
3.3.4 Frauen und Alkoholkonsum 141
3.3.4.1 Frauenalkoholismus und Männeralkoholismus 141
3.3.4.2 Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit bei Frauen und Männern 142
3.3.4.3 Alkohol in der Schwangerschaft: fetales Alkoholsyndrom (FAS) 144
3.3.5 Nikotinkonsum 145
3.3.5.1 Nikotinkonsum, Geschlecht und Alter 145
3.3.5.2 Schwangerschaft und Rauchen 146
3.3.6 Frauen und Medikamentenkonsum 147

3.4 Frauen im reproduktiven Alter: sexuelle und reproduktive Gesundheit 151
3.4.1 Das Konzept der sexuellen und reproduktiven Gesundheit 151
3.4.2 Menstruation: Mythos und Tabu 152
3.4.2.1 Menstruation und prämenstruelles Syndrom 152
3.4.2.2 Die Bedeutung der Endometriose für die Frauengesundheit 153
3.4.3 Familienplanung und Kontrazeption 156
3.4.4 Notfallskontrazeption - die Pille danach 159
3.4.5 Schwangerschaftsabbruch 160
3.4.5.1 Schwangerschaftsabbruch mit der medizinischen Methode (Mifegyne®) 161
3.4.5.2 Rechtliche und praktische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs 162
3.4.6 Ungewollte Kinderlosigkeit und assistierte Reproduktion 164
3.4.7 Pränataldiagnostik 169
3.4.8 Biomedizin und Bioethik 173
3.4.9 Präimplantationsdiagnostik 175

3.5 Frauen im reproduktiven Alter: Gesundheit und Geburt 179
3.5.1 Schwangerschaft und Geburt 179
3.5.2 Medizinische Schwangerschaftskomplikationen 182
3.5.2.1 Schwangerschaftsbedingter Bluthockdruck 182
3.5.2.2 Das HELLP-Synrom 183
3.5.2.3 Die Arbeitsgemeinschaft Gestose-Frauen Österreich 183
3.5.3 Kaiserschnitt auf Wunsch (elektive Sectio) 184
3.5.3.1 Säuglingssterblichkeit 192
3.5.3.2 Geburt und psychische Erkrankungen 194
3.5.3.3 Stillen 195

3.6 Wechseljahre, sexuelle Gesundheit und Altern 197
3.6.1 Wechseljahre und Hormoneratztherapie 197
3.6.2 Sexuelle Gesundheit und Altern 200

3.7 Gesundes Alter(n): Gesundheitszustand und -risiken älterer Frauen 202
3.7.1 Einleitung 202
3.7.2 Körperliche Gesundheitsrisiken im Alter 204

3.7.2.1 Herz-Kreislauferkrankungen bei Frauen im Alter 206
3.7.2.2 Krebserkrankungen 208
3.7.2.3 Osteoporose 209
3.7.2.4 Harninkontinenz 213
3.7.3 Unfallhäufigkeit und Stürze im Alter 215
3.7.4 Psychosoziale Gesundheit und Lebensqualität älterer Frauen 221
3.7.5 Psychosoziale Beeinträchtigungen im Alter (Demenz, Depression) 224
3.7.5.1 Demenzerkrankungen bei Frauen im höheren Lebensalter 224
3.7.5.2 Depression und Alter 228
3.7.6 Psychosoziale Langzeitpatientinnen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe 229
3.7.6.1 Gewalt in der Altenpflege 230
3.7.6.2 Medikamentenversorgung 231
3.7.6.3 Alkoholkonsum und -abhängigkeit 234
3.7.6.4 Handlungsvorschläge für den Bereich der stationären Altenhilfe 235

4. Gewalt gegen Frauen 237

4.1 Geschlechtsbedingte Gewalt und die gesundheitlichen Folgen 238

4.2 Die Verantwortung des Gesundheitswesens bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt 239

4.3 Prävalenz von Gewalt gegen Frauen 240

4.4 Amtliche Statistiken zur Gewalt gegen Frauen 242

4.5 Frauenhäuser in Österreich 243

4.6 Plattform gegen Gewalt in der Familie 245

4.7 Österreichisches Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in Familien 245

5. Zugang von Frauen zum Gesundheitssystem: soziale, sprachliche und kulturelle Barrieren 246

5.1 Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit 247
5.1.1 Frauen, Armutsgefährdung und akute Armut 247
5.1.2 Aktivitäten zur Bekämpfung von Armut und sozialer Exklusion in Europa 248

5.2 Gesundheit allein erziehender Mütter 249
5.2.1 Soziale Lage und Gesundheit von Alleinerzieherinnen 249
5.2.2 Teilfamilien, Alleinerzieherinnen: Anzahl und Familiengröße 250
5.2.3 Erwerbsbeteiligung von Alleinerzieherinnen 251
5.2.3.1 Psychosoziale Gesundheit allein erziehender Mütter 251

5.3 Migrantinnen im Gesundheitssystem: soziale, sprachliche und kulturelle Barrieren 252
5.3.1 Demografische Charakteristik der ausländischen Staatsangehörigen in Österreich 253
5.3.2 Altern und Migration 254
5.3.3 Die psychosoziale Versorgung von Migrantinnen 255
5.3.4 Wechseljahre und Migration 256
5.3.5 Familiäre Gewalt bei Migrantinnen 256
5.3.6 Einbeziehung von hilfs- und schutzbedürftigen Fremden in die soziale Krankenversicherung 257
5.3.7 Gesundheitsversorgung von Asylwerberinnen 257

5.4 Lesbische Frauen im Gesundheitssystem 258

6. Frauen in besonderen gesundheitlichen und sozialen Lagen 261

6.1 Frauen mit Behinderung: „Nicht über uns ohne uns!" 261
6.1.1 Behinderung als soziales Konstrukt - Definitionsversuche 262
6.1.2 Politische Rahmenbedingungen und Maßnahmen im Behinderten-Bereich 263
6.1.3 Historischer Prozess der Diskriminierung behinderter Frauen 265
6.1.4 Erfahrungen mit Gynäkologie und Krankenhaus 266
6.1.5 Barrieren der Mobilität 267
6.1.6 Gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung 269
6.1.7 Persönliche Assistenz 270
6.1.8 Forderungen für Frauen mit Behinderung 272

6.2 Frauen in der Psychiatrie: Feministische Psychiatriekritik und frauengerechte Psychiatrie 272
6.2.1 Patient/innenrechte der WHO als Basis einer frauengerechten Psychiatrie 273
6.2.2 Perinatale Psychiatrie, reproduktive Psychiatrie 274

6.3 Frauen und Drogenabhängigkeit 274
6.3.1 Drogenabhängige Frauen und ihre Kinder 274
6.3.2 Drogen und Medikamente in der Schwangerschaft 275
6.3.3 Hintergrundinformationen: Datenlage zum problematischen Drogenkonsum in Österreich 276

6.4 Frauen mit HIV/AIDS 278
6.4.1 HIV/AIDS-Forschung: Frauen unterrepräsentiert 278
6.4.2 HIV, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt 279

6.4.2.1 Gesundheitliche Risiken bei Schwangerschaften HIV-positiver Frauen 280
6.4.2.2 In-vitro-Fertilisation (IVF) und HIV-Infektion 281

6.5 Gesundheitliche Lage wohnungsloser Frauen 281
6.5.1 Datenlage zur Gesundheitssituation wohnungsloser Frauen 282
6.5.2 Formen der Obdachlosigkeit und Anzahl Betroffener 282
6.5.3 Wohnungslosenhilfe und Delogierungsprävention 283
6.5.4 Verdeckte Wohnungslosigkeit von Frauen und frauengerechte Qualitätsstandards in der Wohnungslosenhilfe 283

6.6 Gesundheitliche Aspekte der Prostitution von Frauen 284
6.6.1 Gesetzliche Regelungen in Zusammenhang mit Prostitution 285
6.6.2 Schätzungen der Zahl der Prostituierten 286
6.6.3 Gesundheitliche Situation von Prostituierten 287

7. Frauen, Arbeit und Gesundheit 288

7.1 Arbeitsteilung in der Familie: Frauen in der Mütterrolle 288

7.2 Typische Frauenberufe - frauenspezifische Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz 290
7.2.1 Strukturelle und rechtliche Grundlagen von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Österreich 292
7.2.2 Krankheit am Arbeitsplatz: Krankenstand, Berufskrankheiten 293

7.3 Frauen, Arbeit und Gesundheit: die Gender-Perspektive 294
7.3.1 Gleichbehandlungsrichtlinie: Präventionsmaßnahmen bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz 295
7.3.2 Gender Mainstreaming, Arbeit und betriebliche Gesundheitsförderung 296

7.4 Arbeitslosigkeit und Gesundheit 297
7.4.1 Entwicklung der Frauenarbeitslosigkeit in Österreich 297
7.4.2 Unterschiede zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen 298
7.4.3 Unterschiede zwischen arbeitslosen Frauen und Männern 300
7.4.4 Belastungen von Frauen aufgrund der Arbeitslosigkeit naher Angehöriger 301
7.4.5 Fazit und Schlussfolgerungen 301

7.5 Frauen in den Pflegeberufen 302
7.5.1 Arbeitzufriedenheit und Belastungen der Pflegeberufe 303
7.5.2 Pflegepersonalmangel – Ursachen und Strategien zur Beseitigung 304
7.5.3 Strategien gegen den „Pflegenotstand" - Empfehlungen 304

7.6 Frauen als pflegende Angehörige 306
7.6.1 Angaben zur Pflegebedürftigkeit in Österreich 306
7.6.2 Pflege im familiären Umfeld 307
7.6.2.1 Ausmaß und strukturelle Bedingungen der familiären Hilfe und Pflege 307
7.6.2.2 Motive für die Übernahme der Pflege naher Angehöriger 308
7.6.2.3 Belastungen und Ressourcen pflegender Angehöriger 309
7.6.2.4 Zu erwartende zukünftige Trends 310
7.6.2.5 Maßnahmen 311

8. Umweltbezogene Gesundheitsrisiken und Frauengesundheit 313

8.1 Stand der Forschung zu Gender - Umwelt - Gesundheit 313
8.1.1 Übersicht: frauenrelevante umweltassoziierte Erkrankungen 313
8.1.2 Häufigkeit von Umweltsyndromen bei Frauen 314

8.2 Frauen, Gender Mainstreaming und Umwelt 315
8.2.1 Einbringen der Gender-Perspektive in die Forschung zu Umwelt und Gesundheit 315
8.2.2 Frauen und Geschlechtergerechtigkeit in der Agenda 21 316
8.2.3 Österreichische Politik zu Umwelt und Gesundheit 317

8.3 Umweltbezogene Gesundheitsrisiken 318

9. Frauenspezifische Gesundheitsversorgung in Österreich 319

9.1 Überblick: Frauenspezifische Angebote und Ressourcen im Gesundheitssystem 319
9.1.1 Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung 320

9.2 Netzwerk österreichischer Frauengesundheitszentren 321
9.2.1 Frauengesundheitszentren F.E.M / F.E.M. Süd, Wien 323
9.2.1.1 Frauengesundheitszentrum F.E.M. 323
9.2.1.2 Frauengesundheitszentrum F.E.M. Süd 324
9.2.2 Frauengesundheitszentrum, Graz 326
9.2.3 Frauengesundheitszentrum ISIS – Gesundheit und Therapie für Frauen 327
9.2.4 Linzer Frauen Gesundheitszentrum 329
9.2.5 Frauengesundheitszentrum Kärnten 330

9.3 Frauengesundheitsambulanz Universitätskliniken Innsbruck 331

9.4 Frauenspezifische psychosoziale Versorgung in Österreich 332
9.4.1 Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen 332
9.4.2 Familienberatung in Österreich 334
9.4.3 Psychologische und psychotherapeutische Versorgung 335

9.5 Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen für eine frauenspezifische Gesundheitsversorgung 336
9.5.1 Überwiegend Frauen in der Selbsthilfe 336
9.5.2 Definition von Selbsthilfegruppen 337
9.5.3 Entwicklung der Selbsthilfe in Österreich 337
9.5.3.1 Themenbereiche der Selbsthilfe 338
9.5.3.2 Wissenschaftliche Evidenz der Wirksamkeit von Selbsthilfe 339
9.5.3.3 Perspektiven und Handlungsoptionen der Selbsthilfe 339

9.6 Komplementär- und Alternativmedizin, Medical Wellness für Frauen 339
9.6.1 Begriffsdefinition 340
9.6.2 Frauenspezifische CAM- und Medical Wellness-Methoden und deren Effektivität 341
9.6.2.1 Bekanntheit von CAM-Methoden und Heilmitteln 341
9.6.2.2 Wirksamkeit von CAM-Methoden für frauenspezifische Beschwerden 342
9.6.2.3 Wirksamkeit von Medical Wellness-Angeboten für Frauen 345
9.6.3 Rahmenbedingungen der CAM in Österreich 346
9.6.3.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen der CAM 346
9.6.3.2 Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherungen 346
9.6.3.3 CAM-Aus- und Fortbildungen für medizinisch-therapeutische Berufe im Bereich der Frauengesundheit 349
9.6.4 Anbieter für frauenspezifische CAM und Medical Wellness in Österreich 350
9.6.4.1 CAM-Angebote in geburtshilflichen Abteilungen 350
9.6.4.2 CAM-Angebote in Krankenhäusern: Brustkrebs 352
9.6.5 Praxisbeispiel frauenspezifischer Komplementärmedizin: klassische Homöopathie in der Frauengesundheit 352
9.6.5.1 Abgrenzung der Homöopathie zu anderen medizinischen Behandlungen 352
9.6.5.2 Nutzungshäufigkeit der Homöopathie durch Frauen, Einstellung von Ärzt/innen 353
9.6.5.3 Kontrollierte Studien zur klinischen Effektivität der Homöopathie 353
9.6.5.4 Homöopathie in der Frauenheilkunde 354
9.6.5.5 Frauenspezifische homöopathische Angebote in Österreich 354
9.6.6 WHO-Strategie zur traditionellen Medizin 357

9.7 Geschlechts- und schichtspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen 358
9.7.1 Geschlechts- und schichtspezifische Verteilung der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen 358
9.7.1.1 Geschlechts- und Altersunterschiede 358
9.7.1.2 Soziale Schicht und Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten 360

9.8 Frauen und Qualität von Gesundheitseinrichtungen 362
9.8.1 Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen - Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) 363
9.8.2 Zufriedenheit mit der Qualität und Frauenfreundlichkeit ambulanter und stationärer Dienste 364
9.8.3 Qualitätssicherung im Krankenhaus 365
9.8.3.1 Qualitätssicherung an gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen 365
9.8.3.2 Qualitätssicherungsprojekte an Abteilungen mit internistischen oder geriatrischen Patient/innen 367
9.8.4 MedTogether – Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung 374
9.8.5 Entlassungsmanagement im Bezirk Hartberg: Modellprojekt zur Optimierung des Zusammenwirkens im regionalen Gesundheitswesen 375

10. Geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung 376

10.1 Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 378

10.2 Konzepte, Kategorien, Klassifikationen 378

10.3 Maßnahmen zur Früherkennung 381
10.3.1 Vorsorgeuntersuchungen 381
10.3.2 Der Mutter-Kind-Pass 382

10.4 Geschlechtsspezifische Ansätze in der Gesundheitsförderung 385
10.4.1 Ansatzpunkte für die Entwicklung geschlechtsspezifi-scher Prävention und Gesundheitsförderung 385
10.4.2 Psychische Gesundheitsförderung 386
10.4.3 Geschlechtersensible Ansätze in der Suchtprävention 387
10.4.4 Prävention im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Sexualpädagogik und HIV/AIDS/STD-Prävention 387
10.4.5 Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheits- und Krankenpflege 389
10.4.6 Prävention ungünstiger Ernährungsweisen: das Versagen des Rationalitätsprinzips 391
10.4.7 Der Gender-Aspekt in der Prävention der Nikotinabhängigkeit 393

10.5 Praxisbeispiele für frauenspezifische Gesundheitsförderung 394

11. Empfehlungen: Zehn Ziele für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem *396*

11.1 Ziele- und Forderungskatalog 398

12. Anhang *401*

12.1 Gesundheitsstatistische Quellen in Österreich 401

12.2 Literatur (zitiert und weiterführend) 403

12.3 Links 434

12.4 Glossar 441

12.5 Autor/innenverzeichnis (alphabetisch) 446

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1. Frauengesundheitsberichterstattung in Österreich (1995-2004) 48
Tabelle 1-2. Gender Development Index (1998), Gender Empowerment Measure (1998) 52
Tabelle 1-3. Frauenanteil in den nationalen Parlamenten der EU-15 und EU-Beitrittsländer (1995, 2003) 61
Tabelle 1-4. Frauenanteil in den Gesundheitsberufen (2002) 61
Tabelle 1-5. Frauenanteil bei Ärzt/innen (1994, 2004) 62
Tabelle 1-6. Frauenanteil an den Universitäten (1999, 2001) 62
Tabelle 1-7. Frauenanteil in den leitenden Gremien an den Universitäten (2001) 64
Tabelle 2-1. Bevölkerung nach Geschlecht, Alter und Bundesländern (2001) 67
Tabelle 2-2. Bevölkerungswachstum, Eheschließungen, -scheidungen (2002) 70
Tabelle 2-3. Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Geschlecht (1994, 2004) 72
Tabelle 2-4. Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht und Bundesländern (1981, 1991, 2001) 74
Tabelle 2-5. Lebenserwartung bei der Geburt, mit 1 Jahr, mit 65 Jahren in den EU-15-Ländern nach Geschlecht (2000) 74
Tabelle 2-6. Lebenserwartung in guter Gesundheit und mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Geschlecht (2003) 75
*Tabelle 2-7. Sterbefälle nach Geschlecht (1992-2002), absolute Werte und ASR** 76
Tabelle 2-8. Todesursachen nach Geschlecht (2002) 77
*Tabelle 2-9. Todesursachen nach Geschlecht und Bundesländern (2002), ASR** 79
*Tabelle 2-10. Todesursachen in den EU-15-Ländern und der Schweiz nach Geschlecht (1999-2001), ASR** 79
*Tabelle 2-11. Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht (2003), ASR** 82
Tabelle 2-12. Verstorbene nach Geschlecht und Bundesländern (1990, 1995, 2000, 2003) 87
Tabelle 2-13. Stationär behandelte Patient/innen aufgrund Ischämischer Herz-Erkrankungen nach Geschlecht (1990, 1995, 2000); Anzahl, durchschnittliche Aufenthaltsdauer 89
Tabelle 2-14. Herztote, Koronarangiographie (CA) und Bypass nach Geschlecht (1995, 2000) 91
Tabelle 2-15. Krebsneuerkrankungen (Bösartige Neubildungen) nach Geschlecht (2001) 96
*Tabelle 2-16. Krebsneuerkrankungen nach Geschlecht (1983-2001), ASR** 98
*Tabelle 2-17. Krebsneuerkrankungen nach Geschlecht und Bundesländern (2001), ASR** 98
*Tabelle 2-18. Krebsneuerkrankungen in den EU-15-Ländern nach Geschlecht (1998), ASR** 99
Tabelle 2-19. Sterblichkeit aufgrund von Krebs nach Geschlecht (2002) 100
Tabelle 2-20. Gesicherte Risikofaktoren für Brustkrebs bei Frauen 101
Tabelle 2-21. Stationäre Aufenthalte aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems nach Geschlecht (2001) 106
Tabelle 2-22. AIDS-Neuerkrankungen und HIV-Neuinfektionen in Österreich nach Geschlecht (1983-2004) 107
Tabelle 2-23. Eckdaten zu HIV/AIDS in Österreich, Deutschland und der Schweiz (2003) 108
Tabelle 2-24. HIV-Neuinfektionen in West-, Zentral-, Osteuropa (2003) 109
Tabelle 2-25. Globale Schätzung der Verbreitung von HIV/AIDS nach Geschlecht (2003) 110
Tabelle 2-26. Inzidenz von Gonorrhoe und Syphilis in Österreich und Wien nach Geschlecht (1990-2001) 112
Tabelle 2-27. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Krankheiten der Atmungsorgane, Diabetes mellitus nach Geschlecht (2001) 113
Tabelle 2-28. Internationale Suizidraten nach Geschlecht (1999) 115
Tabelle 3-1. Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen 120
Tabelle 3-2. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Anorexie/Bulimie nach Geschlecht (1989-2000) 122
Tabelle 3-3. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Essstörungen nach Geschlecht (2001) 122
Tabelle 3-4. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Essstörungen nach Geschlecht und Bundesländern (2001) 122
Tabelle 3-5. Geburten bei 12- bis 14-jährigen und 15-bis 19-jährigen Müttern (1991-2004) 127
Tabelle 3-6. Geburtenraten bei 15- bis 19-jährigen Müttern im internationalen Vergleich (1995) 127
Tabelle 3-7. Burden of Disease: die zehn schwerwiegendsten Gesundheitsbelastungen (1990, 2020) 128
Tabelle 3-8. Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen nach Geschlecht 130
Tabelle 3-9. Internationale und europäische Empfehlungen zur psychischen Gesundheit 133
Tabelle 3-10. Dimensionen und Indikatoren der psychischen Gesundheit 134
Tabelle 3-11. Body Mass Index nach Geschlecht (1999) 135
Tabelle 3-12. Häufigkeit der Adipositas (Body Mass Index von 30 oder darüber) nach Geschlecht und Bundesländern (1991, 1992) 136
Tabelle 3-13. Übergewicht und Adipositas in den EU-15-Ländern nach Geschlecht (2002) 137

Tabelle 3-14. Sportliche Betätigung nach Geschlecht (2000) 139
Tabelle 3-15. Prävalenz, Lebenszeitprävalenz und Inzidenz des chronischen Alkoholismus in Österreich (1994) 142
Tabelle 3-16. Stationäre Aufentalte aufgrund von Alkoholismus und alkoholassoziierter Leberkrankheiten nach Geschlecht und Bundesländern (2001) 143
Tabelle 3-17. Symptome der Alkoholembryopathie (Fetales Alkoholsyndrom – FAS) 144
Tabelle 3-18. Arzneimittelgruppen mit Missbrauchspotential 147
Tabelle 3-19. Verschreibungen von Antidepressiva (laut VIÖ - Verschreibungsindex Österreich), (2003-2004) 148
Tabelle 3-20. Anzahl der Verschreibungen von Antidepressiva nach Geschlecht, Alter und Region (2004) 148
Tabelle 3-21. Verschreibungen von Antidepressiva (geschätzte Anzahl der Patient/innen von Allgemeinmediziner/innen und Internist/innen) nach Alter und Region (1999, 2004) 149
Tabelle 3-22. Spektrum der in Österreich angebotenen Kontrazeptiva 156
Tabelle 3-23. Kontrazeptionsverhalten von Frauen in Österreich (2001) 157
Tabelle 3-24. Verschreibungen von hormonellen Kontrazeptiva (laut VIÖ – Verschreibungsindex Österreich) nach Alter und Region (2003-2004) 157
Tabelle 3-25. Verhütungsverhalten in Österreich (laut FFS – Familien- und Fertiltiätssurvey) nach Geschlecht und Alter (1996) 158
Tabelle 3-26. Erhältlichkeit der Pille danach in europäischen Ländern 159
Tabelle 3-27. Gesetzliche Regelung und Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruchs in europäischen Ländern 160
Tabelle 3-28. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Schwangerschaftsabbrüchen (1990-2001) 161
Tabelle 3-29. IVF-Vertragsanstalten nach Bundesländern (2002) 165
Tabelle 3-30. In Vitro-Fertilisationen (laut Österreichischem IVF-Register) nach Alter, Anzahl der Zyklen und Methode (2000-2002) 166
Tabelle 3-31. Ausgewählte Ergebnisse der IFFS-Surveillance 04 in den EU-15-Ländern (2004) 167
Tabelle 3-32. Pränataldiagnostische Untersuchungen inDeutschland (1996-1999) 169
Tabelle 3-33. Indikationen für die invasive Pränataldiagnostik (PND) inDeutschland (2001) 169
Tabelle 3-34. Basismerkmale von Schwangerschaften und Geburten (2002) 179
Tabelle 3-35. Indikationen zum Kaiserschnitt 185
Tabelle 3-36. Geburten und Kaiserschnitte nach Bundesländern (1995-2003) 187
Tabelle 3-37. Mütterliches Todesrisiko bei vaginaler Geburt und Kaiserschnitt (laut Bayerischer Perinatalerhebung), (1983-1999) 188
Tabelle 3-38. Studien zu möglichen Folgen der vaginalen Geburt 188
Tabelle 3-39. Notwendige Aufklärung über Risiken der vaginalen Entbindung und des Kaiserschnitts 188
Tabelle 3-40. Säuglingssterblichkeit nach Alter und Schulbildung der Mutter sowie nach Nationalität des Kindes bei der Geburt (2002) 193
Tabelle 3-41. Nationale und internationale Empfehlungen zum Stillen 196
Tabelle 3-42. Sexuelle Aktivität und sexuelles Interesse bei Frauen im Alter von 50+ 201
Tabelle 3-43. Lebenserwartung nach Geschlecht und Alter (1961, 1971, 1981, 1991, 2001) 203
Tabelle 3-44. Aspekte eines erweiterten Gesundheitsverständnisses 204
Tabelle 3-45. Häufigste Krankheitsgruppen bei Sechzigjährigen und Älteren in Wien nach Geschlecht (1999-2001) 205
Tabelle 3-46. Häufigste chronische Krankheiten nach Geschlecht und Altersgruppen (1999)* 205
Tabelle 3-47. Stationäre Aufenthalte nach Krankheitsgruppen, Geschlecht und Altersgruppen (2001) 207
Tabelle 3-48. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Geschlecht und Altersgruppen (2001) 207
Tabelle 3-49. Effekte bekannter Risikofaktoren und medikamentöser/diätetischer Interventionen 208
Tabelle 3-50. Häufigste Krebsneuerkrankungen[1] nach Geschlecht und Altersgruppen (2000) 209
Tabelle 3-51. Prävalenz der Osteopenie und der Osteoporose 210
Tabelle 3-52. Risikofaktoren für osteporotische Frakturen 211
Tabelle 3-53. Unfälle der Bevölkerung ab sechzig Jahre nach Geschlecht (2002) 216
Tabelle 3-54. Sturzrisikofaktoren bei älteren Menschen 217
Tabelle 3-55. Sturzfolgen bei geriatrischen Patient/innen 218
Tabelle 3-56. Gruppenspezifischer Erwartungswert psychischer Beschwerden in Wien (2001) 223
Tabelle 3-57. Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen nach Geschlecht und Alter (2000), in Prozent 226
Tabelle 3-58. Ausgewählte Indikatoren der Berliner Altersstudie zur Medikation im Alter (1996), in Prozent 233
Tabelle 4-1. Sexueller Missbrauch in Österreich und seine gynäkologischen Langzeitfolgen (1997) 241
Tabelle 4-2. Häufigkeit unterschiedlicher Gewaltformen inDeutschland (2004), in Prozent 241
Tabelle 4-3. Häufigkeit von Gewalt gegen Frauen in verschieden europäischen Untersuchungen 242
Tabelle 4-4. Opfer von Gewalt (laut Kriminalstatistik) nach Geschlecht und Altersgruppen (2003) 242
Tabelle 4-5. Täter-Opfer-Beziehung (laut Kriminalstatistik) nach Art der Beziehung (2003) 243
Tabelle 4-6. Wegweisungsstatistik für Österreich gesamt (1997-2003) und nach Bundesländern (2003) 246
Tabelle 5-1. Armutsraten für unterschiedliche soziale Gruppen (2002) 247
Tabelle 5-2. Armutsrisiko in den EU-15-Ländern (1995-2001) 248
Tabelle 5-3. Unzufriedenheit von Alleinerzieherinnen in Wien mit verschiedenen Lebensbereichen und der Berufstätigkeit (2001) 250
Tabelle 5-4. Haushalte und Familien (1995-2002) 250
Tabelle 5-5. Familien mit/ohne Kinder(n) und Alleinerzieher/innen (2002) 251
Tabelle 5-6. Erwerbsquoten von Alleinerzieherinnen nach Zahl und Alter des/der Kindes/r und nach Bundesländern (2002) 251
Tabelle 5-7. Lebenszeit-Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Alleinerzieherinnen inDeutschland (1998) 252

Tabelle 5-8. Staatsbürgerschaft der österreichischen Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Bundesländern (2002) 254
Tabelle 5-9. Staatsbürgerschaft nach Geschlecht und Altersgruppen (2002) 255
Tabelle 6-1. Unterschiedliche Datenquellen zur Häufigkeit von Behinderungen (1992, 2001) 262
Tabelle 6-2. Behindertenkonzept (1992) 264
Tabelle 6-3. Maßnahmen und gesetzliche Regelungen für behinderte Menschen in Österreich (1993-2003) 264
Tabelle 6-4. Barrierefreiheit von Ärzt/innenpraxen nach Bundesländern (2003) 268
Tabelle 6-5. Wohn-, Schlaf- und Notplätze der Wohnungslosenhilfe nach Bundesländern (1999) 283
Tabelle 7-1. Durchschnittlich geleistete wöchentliche Arbeitszeit nach Geschlecht (2002) 289
Tabelle 7-2. Außerfamiliale Kinderbetreuung nach dem Alter der Kinder und nach Bundesländern (2004) 289
Tabelle 7-3. Weibliche Rollenvielfalt: Ressourcen und Risiken 290
Tabelle 7-4. Frauenanteil bei Erwerbstätigen (2003) 290
Tabelle 7-5. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz 291
Tabelle 7-6. Schutzbestimmungen und Vorschriften für Schwangere und stillende Mütter 292
Tabelle 7-7. Krankenstandsfälle und -tage bei Arbeiter/innen und Angestellten nach Geschlecht (2003) 293
Tabelle 7-8. Krankenstände bei Arbeiter/innen und Angestellte nach Geschlecht und Altersgruppen (1994-2003) 293
Tabelle 7-9. Frauenanteil bei Krankenstandsfällen und –tagen nach Diagnosen (2003) 294
Tabelle 7-10. Frauenanteil bei anerkannten Berufskrankheiten (1999-2003) 294
Tabelle 7-11. Gesundheitliche Beschwerden nach Geschlecht und Erwerbstatus (1999) 299
Tabelle 7-12. Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten nach Geschlecht und Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit (1999) 300
Tabelle 7-13. Frauenanteil bei Pflegepersonal in Krankenanstalten (2002) 302
Tabelle 7-14. Pflegegeldbezieher/innen (Bund und Länder) nach Geschlecht und Alter (2002) 306
Tabelle 9-1. Klient/innenstatistik der österreichischen Familienberatungsstellen (2003) 335
Tabelle 9-2. Versorgungsdichte für Psychotherapie, Klinische- und Gesundheitspsychologie, Psychodiagnostik (2001) 336
Tabelle 9-3.Negativliste der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (laufendes Verfahren Verbotsliste), (2004) 347
Tabelle 9-4.Indikationen für Nadelakupunktur des Obersten Sanitätsrat 348
Tabelle 9-5. Gynäkolog/innen mit ÖÄK-Zertifikat in Akupunktur nach Bundesländern (2004) 349
Tabelle 9-6. CAM-Angebote in Krankenhäusern (2004) 351
Tabelle 9-7. CAM-Angebote in Krankenhäusern nach Bundesländern (2004) 351
Tabelle 9-8. Häufikgeit von CAM-Angeboten in Krankenhäusern innerhalb der Bundesländer (2004) 352
Tabelle 9-9. Inanspruchnahme von Ärzt/innen und Ambulanzen nach Geschlecht (1999) 358
Tabelle 9-10. Inanspruchnahme von Ärzt/innen und Abmulanzen nach Geschlecht und Alter (1999) 359
Tabelle 9-11. Inanspruchnahmen von Ärzt/innen nach Geschlecht und Bildung (1999) 361
Tabelle 9-12. Beurteilung der Qualität ambulanter und stationärer Versorgung (2000) 365
Tabelle 10-1. Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich (1996), in Millionen Euro 377
Tabelle 10-2. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht und Bundesländern (1997-2001) 381
Tabelle 10-3. Inanspruchnahme gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen im EU-15-Vergleich (1996,2002) 381
Tabelle 10-4. Untersuchungsprogramm des Mutter-Kind-Passes 383
Tabelle 10-5. Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Bekämpfung der psychischen Erkrankungen 386

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1. Frauenanteil bei Fachärzt/innen (1992 und 2004), in Prozent 63
Abbildung 2-1. Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen (2002), Absolutzahlen 68
Abbildung 2-2. Gesamtfertilitätsrate nach Bundesländern (1990, 1995, 2002) 69
Abbildung 2-3. Familientypen (1971-2001) 71
Abbildung 2-4. Eheschließungen und –scheidungen (1975-2002), Absolutzahlen 71
Abbildung 2-5. Geschlechtsspezifisches Mortalitätsspektrum (2002) 77
Abbildung 2-6. Todesursachen nach Geschlecht (1992-2002) 78
Abbildung 2-7. Sterberaten für koronare Herzerkrankungen im internationalen Vergleich; altersstandardisiert, je 100.000 EW 81
Abbildung 2-8. Verstorbene aufgrund von Ischämischen Herzerkrankungen, mit und ohne Altersobergrenzen (2003) 82
Abbildung 2-9. Todesursachen bei Frauen (2003) 85
Abbildung 2-10. Verstorbene aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht (1990, 1995, 2000, 2003) 88
Abbildung 2-11. Verstorbene aufgrund von Ischämischen Herzerkrankungen nach Geschlecht (1990, 1995, 2000, 2003) 88
Abbildung 2-12. Verstorbene aufgrund von Myokardinfarkt nach Geschlecht (1990, 1995, 2000, 2003) 88
Abbildung 2-13. Befragung von Patient/innen mit Herzdiagnose in der Notfallaufnahme 92
Abbildung 2-14. Geschlechtsspezifisches Spektrum der Krebsneuerkrankungen (2001) 95
Abbildung 2-15. Krebsneuerkrankungen bei Frauen (1983-2001) 97
Abbildung 2-16. Krebssterblichkeit bei Frauen (1983-2001) 100
Abbildung 2-17. AIDS-Neuerkrankungen und AIDS-Sterbefälle in Österreich nach Geschlecht (1990-2004) 107
Abbildung 2-18. Übertragungswege bei HIV-Neuinfektionen in Westeuropa (1994-2003) 110

Abbildung 2-19. Berichtete Fälle von Syhpilis und Gonorrhoe in Österreich (1985-2003) 111
Abbildung 2-20. Selbstmord und Selbstschädigung (ICD-10 X60-X84) nach Geschlecht (1980-2002), Absolutzahlen 114
Abbildung 2-21. Selbstmord und Selbstschädigung (IDC-10 X60-X84) nach Geschlecht (1980-2002), ASR 114*
Abbildung 2-22. Unfälle nach Lebensbereichen, Geschlecht und Alter (2002) 115
Abbildung 2-23. Tödliche Unfälle (ICD-10 V01-X59) nach Geschlecht und Alter (2002), Absolutzahlen 116
Abbildung 2-24. Tödliche Unfälle (ICD-10 V01-X59) nach Geschlecht und Alter (2002), ASR 116*
Abbildung 3-1. Konsum alkoholischer Mischgetränke von 15-Jährigen nach Geschlecht (2002) 117
Abbildung 3-2. Anteil 15-Jähriger, die vier Mal oder öfter richtig betrunken waren nach Geschlecht (2002) 117
Abbildung 3-3. Anteil 15-Jähriger, die zwei Mal oder öfter betrunken waren im EU-Vergleich nach Geschlecht (1999) 118
Abbildung 3-4. Anteil täglich rauchender 15-Jähriger nach Geschlecht (1990-2001) 118
Abbildung 3-5. Körperbewusstsein, Selbstwertgefühl bei 14- bis 17-Jährigen nach Geschlecht (2002) 119
Abbildung 3-6. Koituserfahrung bei Jugendlichen nach Geschlecht und Alter (2001), in Prozent 125
Abbildung 3-7. Verhütungsverhalten beim Ersten Mal / nach dem Ersten Mal nach Geschlecht (2001), in Prozent 126
Abbildung 3-8. Selbsteinschätzung des negativen psychischen Befindens im europäischen Vergleich (2003) 131
Abbildung 3-9. Inanspruchnahme professioneller Unterstützung aufgrund psychischer Probleme in den letzten zwölf Monaten im europäischen Vergleich (2003) 132
Abbildung 3-10. Inanspruchnahme einer Allgemeinmediziner/in aufgrund psychischer Probleme in den letzten zwölf Monaten im europäischen Vergleich (2003) 132
Abbildung 3-11. Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht und Altersgruppen (2002) 136
Abbildung 3-12. Ernährungsverhalten nach Geschlecht, Alter und Bildung (1998) 138
Abbildung 3-13. Anteil sportlich Aktiver (öfter als einmal pro Woche) in den EU-15-Ländern 139
Abbildung 3-14. Definition und Häufigkeit von Alkohol-Konsumgewohnheiten, Alkoholismus, Alkoholmissbrauch (1996) 142
Abbildung 3-15. Täglicher Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter 143
Abbildung 3-16. Rauchgewohnheiten nach Geschlecht und Alter (1997) 146
Abbildung 3-17. Verschreibungen von Antidepressiva (laut VIÖ - Verschreibungsindex Österreich) nach Alter und Region (2003-2004) 148
Abbildung 3-18. Einnahme ärztlich verordneter Medikamente in vier Wochen nach Geschlecht (1999) 150
Abbildung 3-19. Verschreibungen von Kontrazeptiva (laut VIÖ – Verschreibungsindex Österreich) nach Alter und Region (2003) 157
Abbildung 3-20. Altersabhängigkeit der IVF-Behandlungsergebnisse bei Frauen inDeutschland (2002) 166
Abbildung 3-21. Verhhältnis von IVF und ICS in der assistierten Reproduktion inDeutschland (1982-2002) 167
Abbildung 3-22. Internationale Kaiserschnitt-Raten (1970-1999) 185
Abbildung 3-23. Kaiserschnitte und Geburten in Österreich (1995-2003), absolute Zahlen 186
Abbildung 3-24. Kaiserschnitt-Raten nach Bundesländern (2002) 186
Abbildung 3-25. Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht (1983-2002) 192
Abbildung 3-26. Säuglingssterblichkeit nach Bundesländern (1999, 2002) 193
Abbildung 3-27. Säuglingssterblichkeit in den EU-15-Ländern (1986, 1999) 194
Abbildung 3-28. Chronische Krankheiten nach Geschlecht und Altersgruppen (1999) 204
Abbildung 3-29. Sterblichkeit von Personen ab fünfzig Jahren aufgrund hüftgelenksnaher Frakturen nach Geschlecht (1980, 1985, 1990, 1995, 2000) 212
Abbildung 3-30. Tödliche Sturzunfälle nach Geschlecht und Alter (2002) 219
Abbildung 3-31. Lebenszufriedenheit in Wien nach Geschlecht und Alter (1999-2001), Index 222*
Abbildung 3-32. Geschätzte Entwicklung der Zahl der Demenzkranken in Österreich von 2000 bis 2050 226
Abbildung 4-1. Klientinnen österreichischer Frauenhäuser (1.335 Frauen) nach demografischen Merkmalen (2003) 244
Abbildung 5-1. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes von allein erziehenden und verheirateten Müttern nach Einkommenszufriedenheit inDeutschland (2000) 252
Abbildung 6-1. Geschlechtskrankheiten am STD-Ambulatorium der Stadt Wien (2001), Prozent der Behandelten 287
Abbildung 7-1. Anerkannte Arbeitsunfälle nach Geschlecht (1999-2003) 294
Abbildung 7-2. Arbeitslosenquote nach Geschlecht (1985-2003), Jahresdurchschnitt 298*
Abbildung 7-3. Belastungen in der beruflichen Tätigkeit bei Mitarbeiter/innen in Alten-, Pflegeheimen, bei mobilen Diensten (2003) 303
Abbildung 7-4. Hilfe bei persönlichen Verrichtungen; Zeitaufwand für die Betreuung Hilfs- und Pflegebedürftiger nach Geschlecht (2002) 308
Abbildung 9-1. Themen der psychosozialen Beratung des F.E.M. in Wien (2003) 324
Abbildung 9-2. Themen der psychosozialen Beratung des F.E.M. Süd in Wien (2003) 325
Abbildung 9-3. Themen der psychosozialen Beratung des FGZ in Graz (2003) 327
Abbildung 9-4. Themen der psychosozialen Beratungen des Linzer FGZ (2003) 329
Abbildung 9-5. Teilnahme an Selbsthilfegruppen inDeutschland nach Geschlecht und Alter (2003) 337
Abbildung 9-6. Stationäre Aufenthalte nach Geschlecht und Altersgruppen (2001), pro 100.000 360

Boxes

Box 1-1. Gender Equality Index (GEI) (1999) 52
Box 1-2. Definition Gender Mainstreaming 53
Box 1-3. Umsetzung des Gender Mainstreaming in Österreich 53
Box 1-4. Umsetzung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen 55
Box 5. Formen der Mammographie 102
Box 6. Europäische Leitlinien zum qualitätsgesicherten Mammographie-Screening 103
Box 3-1. Diagnosekriterien der Anorexia nervosa 121
Box 3-2. Definition der psychischen Gesundheit 129
Box 3-3- Alkohol in der Schwangerschaft - Fazit der BZgA (2002) 145
Box 3-4. Prämenstruelles Symptom (PMS) und prämenstruelle Störung (PMDS) 152
Box 3-5. Gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich 162
Box 3-6. Methoden der künstlichen Befruchtung: IVF und ICSI 164
Box 3-7. Methoden der Pränataldiagnostik 171
Box 3-8. Zehn Stufen der mother-friendly/mütterfreundlichen Geburts-Initiative 181
Box 3-9. Formen postpartaler psychischer Beeinträchtigungen 195
Box 3-10. Bremer Erklärung wechseljahre multidisziplinär 199
Box 5-1. Die zwölf Sonneberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Versorgung von Migrant/innen 256

Symbole und Abkürzungen

	EU-15-Mitgliedsstaaten		
EU	Europäische Union		
EU-15	die 15 EU-Mitgliedssaaten	I	Italien
B	Belgien	L	Luxemburg
DK	Dänemark	NL	Niederlande
D	Deutschland	A	Österreich
EL	Griechenland	P	Portugal
E	Spanien	FIN	Finnland
F	Frankreich	S	Schweden
IRL	Irland	UK	United Kingdom (England)

ÄKH	Ärztegesellschaft für Klassische Homöopathie
AMWF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (DEUTSCHLAND)
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (DEUTSCHLAND)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Köln)
CAM	Complementary and Alternative Medicine
CEDAW	Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung von Frauen
EU	Europäische Union
EUROSTAT	Europäisches Statistisches Zentralamt
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
ICPD	International Conference on Population and Development
IOM	Institutes of Medicine (USA)
NCAM	National Centre for Complementary and Alternative Medicine (USA)
NCI	National Cancer Institute (USA)
NHS CRD	National Health Services, Centre of Review and Dissemination
NIH	National Institutes of Health (USA)
ÖAK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGA	Österreichische Gesellschaft für Akupunktur
ÖGGG	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
ÖGF	Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
ÖGHM	Österreichische Gesellschaft für Homöopathische Medizin
ÖHG	Österreichisches Hebammen-Gremium
ÖWÄA	Österreichische Wissenschaftliche Ärztegesellschaft für Akupunktur
RCT	Randomisierte Kontrollstudie
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
TENS	Transkutane Nervenstimulation
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UNFPA	Weltbevölkerungsfonds
WHO	World Health Organisation - Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Definition von Handlungsfeldern, Zielsetzungen, Diskussion

Nachfolgende Zusammenfassung gibt einen Überblick über die einzelnen Kapitel des Österreichischen Frauengesundheitsberichts 2005. Abgesehen von der Charakterisierung der demographischen Situation und der generellen Betrachtung von Gesundheit und gesundheitsbezogenem Lebensstil unter der Gender-Perspektive wurden schwerpunktmäßig folgende Themen behandelt: sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen und Mädchen in unterschiedlichen Lebensphasen (Mädchen und junge Frauen, Frauen im reproduktiven Alter, Wechseljahre, gesundes Alter(n)); Gewalt gegen Frauen; lesbische Frauen im Gesundheitssystem; Zugang von Frauen zum Gesundheitssystem: soziale, sprachliche und kulturelle Barrieren (Alleinerzieherinnen, Migrantinnen); Frauen in besonderen gesundheitlichen und sozialen Lagen (Behinderung, Psychiatrie, Drogenabhängigkeit, HIV/AIDS, Wohnungslosigkeit, Prostitution); Frauen, Arbeit und Gesundheit; Umwelt – Gender – Gesundheit; frauenspezifische Gesundheitsversorgung in Österreich; geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung. Forderungen und Ziele für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem runden den Bericht ab.

1. Etablierung der Frauengesundheit als eigenständige Größe im Gesundheitssystem

Der Ursprung der Frauengesundheitsbewegung ist in der Frauenbewegung der 1970er Jahre zu sehen. Wichtigen Anteil an der Etablierung der Frauengesundheitsforschung und darauf aufbauender politischer Maßnahmen hatten die Initiativen des Europabüros der Weltgesundheitsorganisation (vor allem aufgrund der Initiative *Investition in die Gesundheit von Frauen*; WHO, 1994 und 1995). Gesundheit wurde zunehmend zum zentralen Begriff in der Forderung nach der Selbstbestimmung der Frau; zentrale Themen waren und sind die Kritik an der Medikalisierung des weiblichen Körpers, die Diskussion über den Schwangerschaftsabbruch, die Forderung nach Angeboten der *sanften Geburt* vor dem Hintergrund 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. Mitte der 1990er Jahre wurden auf europäischer Ebene in Glasgow, in Wien und in mehreren deutschen Städten Frauengesundheitsprogramme etabliert. Seit Ende der 1990er Jahre findet die Strategie des Gender Mainstreaming zunehmend Eingang in den Gesundheitsbereich.

2. Gesundheitsdaten aus der Gender-Perspektive

Soziodemografische Trends

Zu den für die Frauengesundheit relevantesten demographischen Trends zählen:

- Die so genannte **Feminisierung des Alters.** Zwei Drittel der über 75-Jährigen sind weiblich. Für die EU-15-Länder wird bis zum Jahr 2010 von Eurostat ein weiterer Anstieg der 65-Jährigen und Älteren erwartet.
- Die **Geburtenentwicklung.** 2002 wurden in Österreich 78.399 Kinder geboren. Die Gesamtfertilität[1] ist in den letzten Jahrzehnten zurück gegangen. Sie betrug in Österreich 1990 1,48, im Jahr 1995 1,44 und im Jahr 2002 1,40. Vorarlberg hatte 2002 die höchste (1,53), das Burgenland die niedrigste Gesamtfertilitätsrate (1,21). Der bisherige Tiefststand wurde im Jahr 1999 erreicht, seither hat sich der Geburtenrückgang verlangsamt.
- Der Anstieg des durchschnittlichen **Alters von Müttern bei der Geburt des ersten Kindes**. Das durchschnittliche Fertilitätsalter[2] betrug in Österreich im Jahr 2002 28,6

[1] Lebendgeborene, die eine Frau im Laufe ihres Lebens zur Welt bringen würde, wenn ihre Geburtenhäufigkeit in jedem Alter in Zukunft so beschaffen wäre, wie sie im Berichtsjahr in der Bevölkerung zu beobachten war.
[2] Mittelwert des Alters aller Frauen, die innerhalb eines Geburtenjahrgangs Kinder geboren haben.

Jahre und ist seit 1990 um 1,4 Jahre gestiegen. Zwischen den Bundesländern bestehen nur geringe Unterschiede im durchschnittlichen Fertilitätsalter.

- Die Veränderung der **Familientypen.** Seit den 1970er Jahren sind ein kontinuierlicher Rückgang von Ehepaaren mit Kindern, sowie ein Ansteigen der Zahl von Lebensgemeinschaften und Alleinerzieher/innen zu verzeichnen. Der Anteil der Alleinerzieher/innen an allen Familien betrug 1971 12 Prozent, 2001 bereits 16 Prozent.
- Die Veränderung in der **Erwerbstätigkeit von Frauen.** Von 1991 und 2002 ist die weibliche Erwerbsquote[3] von 37,7 Prozent auf 42,3 Prozent gestiegen, wobei allerdings Teilzeitbeschäftigung bei Frauen überdurchschnittlich hoch ist.
- Eine nach wie vor bestehende **Benachteiligung von Frauen hinsichtlich des Einkommens bzw. der Pension**. Das Einkommen von Frauen beträgt nach wie vor nur rund zwei Drittel von jenem der Männer (1995: 68,8 Prozent; 2003: 67,2 Prozent). Die durchschnittliche monatliche **Alterspension von Frauen** beträgt je nach Versicherungsträger zwischen 62 und 50 Prozent jener der Männer.

Geschlechtsunterschiede bei Lebenserwartung und Todesursachen

Die **Lebenserwartung** ist seit Anfang der 1980er Jahre kontinuierlich gestiegen. Männer hatten im Jahr 2001 eine durchschnittliche Lebenserwartung von 75,5 Jahren, Frauen von 81,2 Jahren. Zu beobachten ist ein **Ost-West-Gefälle**: Tirol, Kärnten, Vorarlberg, Salzburg liegen sowohl bei Männern als auch bei Frauen über dem Österreich-Durchschnitt, Wien, Niederösterreich und Burgenland darunter, Oberösterreich und Steiermark weisen durchschnittliche Werte auf. Im EU-Vergleich liegt Österreich hinsichtlich der Lebenserwartung bei Männern an zweiter Stelle hinter Schweden, bei Frauen an vierter hinter Spanien, Frankreich und Italien. Der Vorsprung der weiblichen Lebenserwartung verringerte sich in den beiden letzten Jahrzehnten kontinuierlich. Während die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen in Österreich im Jahr 1981 noch bei 7,0 Jahren lag, betrug sie 2001 nur mehr 5,7 Jahre.

Die **Zahl der Sterbefälle** ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gesunken und hat im Jahr 2001 in Österreich mit 74.757 Verstorbenen einen historischen Tiefstand erreicht. Im Jahr 2002 sind 35.166 Männer und 40.965 Frauen verstorben. Häufigste Todesursachen sind bei Frauen und Männern Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs.

Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Auch international stehen **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** unter den Todesursachen der meisten industrialisierten Länder an erster Stelle. Obwohl Männer – gemessen an der altersstandardisierte Rate[4] - eine höhere Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben, sterben jedes Jahr in absoluten Zahlen deutlich mehr Frauen als Männer an einer Krankheit dieser Todesursachengruppe. Die kardiologische Forschung war bis vor kurzem fast ausschließlich auf Männer fokussiert, vor allem was die Medikamentenstudien betrifft. Erst in den 1990er Jahren wurden Frauen in kardiologische Studien mit einbezogen und Frauendaten gesondert ausgewertet. Die in Österreich vom Ludwig Boltzmann Institut für kardiologische Geschlechterforschung an den Universitätskliniken Innsbruck durchgeführten kardiologischen Studien bestätigen die internationalen Trends und zeigen, dass sich Frauen von Männern in der Symptompräsentation wesentlich unterscheiden, eine höhere Mortalität bei Herzinfarkten und Herzoperationen und geringere Chancen auf Zugang zu kardiologischer Spitzenmedizin haben.

Frauen und Krebs

In Österreich erkrankten im Jahr 2001 16.968 Frauen an Krebs, das sind 48 Prozent aller in diesem Jahr neu entdeckten Krebsfälle. 8.878 sind im Jahr 2002 an Krebs verstorben. Sowohl in absoluten Zahlen als auch relativ betrachtet sterben Frauen seltener als Männer an Krebs. Die häufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen ist der Brustkrebs (29 Prozent aller weiblichen Krebsneuerkrankungen), gefolgt von Krebs der Verdauungsorgane (26 Prozent), Krebs der weiblichen Genitalorgane (15 Prozent), Krebs der Atmungsorgane

[3] Die Erwerbsquote ist der Anteil der Erwerbspersonen an der gesamten Wohnbevölkerung.
[4] Mit Hilfe der Altersstandardisierung wird versucht, den aus der unterschiedlichen Altersstruktur der Geschlechter resultierenden Einfluss auf die Sterblichkeit auszuschalten.

(7 Prozent), Krebs des Harnorgane und des lymphatischen Gewebes (je 6 Prozent), Krebs der Schilddrüse bzw. endokrinen Drüsen (3 Prozent).

Dem stetigen Anstieg an Neuerkrankungen an Brustkrebs in den vergangenen Jahrzehnten steht seit 1999 ein Rückgang gegenüber, ein Phänomen, das in ganz Europa zu beobachten ist. Bei Lungekrebs steigt jedoch die Neuerkrankungsrate bei Frauen weiterhin an. Hingegen ist die Neuerkrankungsrate für Magenkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Darmkrebs und Eierstockkrebs rückläufig. Die Sterblichkeit von Frauen an Krebs ist mit Ausnahme des Lungenkrebses für alle Krebslokalisationen gesunken.

Seit Ende der 1990er Jahre wird über **Nutzen und Grenzen des Mammographie-Screenings** diskutiert. Österreich ist bislang das einzige EU-Mitgliedsland ohne qualitätsgesichertes Screening-Programm nach den EU-Leitlinien. Pilotprojekte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen stehen unmittelbar vor der Durchführung.

Ein wichtiger Schritt für die Qualitätssicherung der Versorgung von Frauen mit Brustkrebs ist die von der EU bereits im Jahr 1998 empfohlene **Etablierung von Brustkrebszentren** mit Qualitätszertifikat. In Österreich gibt es erst seit Neuerem solche Brustzentren, und zwar nur in Wien (AKH, Rudolfstiftung, Donauspital, Kaiser Franz Josef-Spital, Hanusch-Krankenhaus), Innsbruck und Salzburg. Eine flächendeckende Versorgung steht bislang noch aus.

Psychische und Verhaltensstörungen, neurologische Erkrankungen (Spitalsentlassungsstatistik)

Bisher mangelt es in Österreich an epidemiologischen Studien zu diesen Krankheitsgruppen. Laut Spitalsentlassungsstatistik haben Frauen deutlich weniger Spitalsaufenthalte aufgrund von Störungen durch Alkohol und im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit als Männer, jedoch deutlich mehr stationäre Aufenthalte aufgrund affektiver Störungen (Depression) und aufgrund Demenzerkrankungen und Alzheimer-Erkrankung.

HIV/AIDS und sexuell übertragbare Infektionen (STIs)

In Österreich leben laut AIDS-Statistik derzeit rund 1.000 an AIDS erkrankte Menschen. 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; Angaben zu Geschlecht, Alter oder Übertragungsweg werden für die Neuinfektion nicht erhoben. Seit Mitte der 1990er Jahre ist aufgrund der antiretroviralen Therapien ein deutlicher Rückgang der Erkrankungen und Sterbefälle zu verzeichnen, die Neuinfektionsrate stagniert zurzeit. Die Zahl der Neuinfektionen ist in Osteuropa um ein Vielfaches höher als in West- und Zentraleuropa.

Unter den sexuell übertragbaren Erkrankungen sind Frauen unter Berücksichtigung der gemeldeten Fälle seltener von Syphilis und Gonorrhoe betroffen als Männer. Zu beobachten ist eine Zunahme der gemeldeten Fälle bei beiden Erkrankungen. Zu berücksichtigen ist, dass die sexuell übertragbaren Erkrankungen nur unvollständig erfasst sind (z.B. was die Inzidenz von Chlamydien oder die Häufigkeit von Erkrankungen bei Geheimprostituierten betrifft).

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

Laut Spitalsentlassungsstatistik sind Frauen häufiger als Männer von **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** (Arthrosen, Rückenschmerzen, Deformitäten der Wirbelsäule, des Rückens) und **Diabetes mellitus** betroffen.

Dagegen finden sich **Krankheiten der Atmungsorgane** (Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Pneumonie, Grippe, Asthma) laut Spitalsentlassungsstatistik bei Männern häufiger.

Selbstmorde und Selbstmordversuche

Die Zahl der Selbstmorde ist seit den 1980er Jahren in Österreich kontinuierlich zurückgegangen und zwar bei Männern stärker als bei Frauen. Im internationalen Vergleich ist die Selbstmordrate in Österreich bei beiden Geschlechtern überdurchschnittlich hoch. Nur Japan, Ungarn, Russland, Finnland, Belgien und die Schweiz haben bei Frauen eine höhere Selbstmordrate als Österreich.

Es wird geschätzt, dass das Verhältnis von Suiziden zu **Suizidversuchen** 1 zu 10 ist: dies ergibt für Österreich jährlich rund 15.000 Selbstmordversuche. Frauen begehen seltener Selbstmord als Männer, unternehmen jedoch häufiger Selbstmordversuche. Schätzungen zufolge entfallen auf einen Selbstmord 5,5, Selbstmordversuche bei Männern und 18 Selbstmordversuche bei Frauen. Danach wäre für Österreich von mehr als 10.000 Selbstmordversuchen pro Jahr von Frauen auszugehen.

Verletzungen und Unfälle

Während Männer häufiger als Frauen von Unfällen mit tödlichem Ausgang betroffen sind, sind Unfälle ohne tödlichen Ausgang bei beiden Geschlechtern in etwa gleich häufig. Drei Viertel aller Unfälle sind Heim-, Freizeit- und Sportunfälle (217.000 Frauen und 191.000 Männer). Vor allem ältere Frauen erleiden überproportional häufig Heim- und Freizeitunfälle, mit nicht selten gravierenden Folgen (z.B. Frakturen).

3. Gesundheit von Frauen und Mädchen in unterschiedlichen Lebensphasen

Mädchen und junge Frauen

Pubertät und Adoleszenz bringen massive körperliche und einschneidende psychosoziale Veränderungsprozesse mit sich und erfordern eine hohe Anpassungsleistung.

- Lebensstile und Körperbewusstsein

In den 1990er Jahren ist es zu einem Anstieg des **Alkoholkonsums** bei 15-Jährigen gekommen, der aber seit 2000 wieder zurückgegangen ist. Rund ein Drittel der 15-Jährigen konsumiert einmal pro Woche Alkohol. Mädchen mit Burschen unterscheiden sich hierin kaum.

In Österreich hat sich unter den **15-Jährigen** seit Mitte der 1980er Jahren der Anteil der Raucher/innen bei den Mädchen verdreifacht, bei den Burschen verdoppelt. Im Jahr 2001 haben laut HBSC-Survey der WHO in Österreich 25 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Burschen angegeben, täglich zu rauchen.

Die unter dem Begriff **Essstörungen** zusammen gefassten Erkrankungen Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) betreffen zum überwiegenden Teil junge Mädchen und Frauen, Adipositas tritt auch bei Burschen und Männern häufig auf. Anorexia und Bulimia nervosa beginnen in etwa im Alter von 17 Jahren, bei der Anorexia nervosa ist bereits mit 14 Jahren ein Altersgipfel zu beobachten. **Extremes Essverhalten** als Vorstufe von Essstörungen ist sehr häufig: Beinahe jedes zweite Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren hat schon einmal eine Diät gemacht, jedes vierte Mädchen, aber nur jeder zehnte Junge ist mit den eigenen Körperproportionen extrem oder sehr unzufrieden. Für Österreich fehlen bisher gesicherte Angaben zur Verbreitung von Essstörungen.

- Erste Liebe und Sexualität

Zum Thema Partnerschaft und Sexualität liegen in Österreich nur wenige Studien vor. Eine Studie aus dem Jahr 2001 kam zu dem Ergebnis, dass im Alter von 16 Jahren etwas weniger als die Hälfte der Mädchen und etwas mehr als die Hälfte der Burschen bereits **zum ersten Mal** Geschlechtsverkehr hatte. Beim ersten Mal **verhüten** ca. 75 Prozent der Jugendlichen mit Kondom, 20 Prozent mit der Pille; bei den nachfolgenden sexuellen Kontakten nimmt die Häufigkeit der Verwendung des Kondoms ab, die Häufigkeit der Verhütung mit der Pille dagegen zu. Informationen zum Thema Sexualität tauschen die Jugendlichen vor allem im Freundeskreis aus, aber auch die Eltern, vor allem die Mütter, sind wichtige Ansprechpartner.

Im Jahr 2002 wurden 12 **Geburten von Müttern unter 15 Jahren** und 3.244 Geburten bei 15- bis 19-jährigen Mädchen registriert. Die Geburtenrate ist bei 15- bis 19-Jährigen

ist in Österreich parallel zum allgemeinen Geburtenrückgang von 1991 bis 2002 von 22,82 Geburten auf 13,85 Geburten pro 1.000 Gleichaltriger gesunken. Österreich liegt damit international im Mittelfeld.

Frauen im reproduktiven Alter

- Psychische Gesundheit

In Österreich mangelt es an **epidemiologischen Studien** zur Häufigkeit psychischer Störungen. Nach Angaben aus anderen Ländern sind viele **psychische Störungen** bei Frauen häufiger als bei Männer: Depressionen sind bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern, auch Angststörungen treten bei Frauen häufiger auf, Essstörungen betreffen nahezu ausschließlich Frauen; bei Männern finden sich hingegen häufiger Störungen im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen.

Bei der Erklärung für die Geschlechtsunterschiede wird vor allem auf die Gender-Perspektive, und hier vor allem auf die gesellschaftlich tradierte Frauenrolle, Bezug genommen. Als potentielle Ursachen werden die Sozialisation zur passiven, abhängigen Frau, die Mehrfachbelastung durch Beruf und Familie und die stärkere Betroffenheit von Frauen durch häusliche Gewalt und sexuellen Missbrauch genannt.

- Gesundheitsbezogener Lebensstil von Frauen

Übergewicht und Adipositas sind einer der wesentlichen Risikofaktoren für Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. Frauen sind zwar seltener übergewichtig als Männer (21 vs. 54 Prozent), jedoch sind rund 9 Prozent der Frauen (und Männer) in Österreich adipös. Letzterer Wert ist seit Anfang der 1990er Jahre nahezu konstant.

Aus wenn in Österreich bisher umfassende Studien zum **Ernährungs- und Bewegungsverhalten** fehlen, gibt es Hinweise, dass Frauen eher gesunde Ernährung (wenig Fleisch, viel Obst, Gemüse und Vollkorn) bevorzugen, Männer eher österreichische Normalkost (fast täglich Fleisch), dass sich Frauen aber seltener sportlich betätigen als Männern.

Ausgehend von der Tatsache, dass Frauen im Vereins- und Profisport deutlich unterrepräsentiert sind, fand seit Mitte der 1990er Jahre das Prinzip des **Gender Mainstreaming im Bereich des Sports** zunehmend Beachtung. Zahlreiche internationale Konferenzen und Deklarationen, aber auch österreichische Initiativen plädieren für eine Gleichstellung der Geschlechter in allen Bereichen des Sports.

Obwohl sich problematischer **Alkoholkonsum** bei Frauen seltener als bei Männern findet, stellt Alkoholismus bei Frauen nicht zuletzt wegen der großen Zahl Betroffener ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem dar. Schätzungen für Österreich gegen von rund 270.000 Frauen mit problematischem Alkoholkonsum aus, davon sind rund 65.000 Frauen chronisch alkoholabhängig. Alkoholkonsum ist besonders in der Schwangerschaft problematisch. Das **fetale Alkoholsyndrom** (FAS; auch: Alkoholembryopathie) zählt mit einer jährlichen Neuerkrankungsrate von 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.

Nikotinkonsum ist in Österreich weit verbreitet. 1997 haben in Österreich rund 1,9 Millionen Menschen täglich geraucht, das ist beinahe ein Viertel der Bevölkerung, und zwar rund 790.000 Frauen (23 Prozent aller Frauen ab 16 Jahren) und 1,1 Millionen Männer (rund 36 Prozent aller Männer ab 16 Jahren). Das Rauchverhalten unterscheidet sich nach Geschlecht, Alter, Erwerbsstatus (z.B. Arbeitslosigkeit), Bildungsniveau und regionalen Aspekten. Rauchen stellt ein massives, aber **vermeidbares Gesundheitsrisiko während der Schwangerschaft** dar. Sowohl bei aktivem als auch bei passivem Rauchen ist das Risiko für Fehl- oder Frühgeburten erhöht, ebenso kann Untergewicht oder Unterentwicklung der Lungentätigkeit beim Neugeborenen auftreten. Schätzwerte gehen von einem Raucherinnenanteil von 20 Prozent bei Schwangeren aus.

Es liegen zahlreiche Befunde vor, dass Frauen mehr **Medikamente** verschrieben bekommen als Männer. Besonders deutlich ist dieser Geschlechtsunterschied bei **Antidepressiva**: 70 Prozent aller Verordnungen betreffen Frauen. Vorhandene Daten beziehen sich vor allem auf die Verschreibungspraxis, über das Konsumverhalten liegen kaum Untersuchungen vor. Risikofaktoren für die Entwicklung von **Medikamentenabhängigkeit**

von Frauen sind abgesehen von der ärztlichen Verschreibungspraxis höheres Lebensalter, niedriges Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit oder niedriger Berufsstatuts.

- Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die Konzepte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gehen weit über das medizinische Krankheitsmodell hinaus. Im Mittelpunkt dabei stehen Aspekte der Gesundheitsförderung, wie etwa die Ermöglichung eines befriedigenden Sexuallebens, Respekt vor und Schutz von sexuellen Rechten und Entscheidungsfreiheit.

Über **Häufigkeit und Rahmenbedingungen der Verwendung von Kontrazeptiva** liegen in Österreich nur wenige Studien vor. Häufigste Verhütungsmethode ist die Pille, die von rund einem Drittel der Frauen zwischen 20 und 54 Jahren verwendet wird. An zweiter Stelle steht das Kondom, das von rund einem Fünftel der Frauen als Verhütungsmethode genannt wird. Die Verwendung von Pille und Kondom ist bei jungen Frauen häufiger als bei älteren, die mit zunehmendem Alter vermehrt die Spirale bevorzugen.

Seit Ende der 1990er Jahr wurde in vielen europäischen Ländern die **rezeptfreie Vergabe der Pille danach (Notfallskontrazeption)** ermöglicht, die bei Einnahe innerhalb von 72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr je nach Zyklustag den Eisprung oder die Einnistung der Eizelle in die Gebärmutterschleimhaut verhindert. Vor allem für Jugendliche wird international die Pille danach als gute Methode zur Verhinderung unerwünschten Schwangerschaften empfohlen. Auch in Österreich steht eine rezeptfreie Abgabe der Pille zur Diskussion.

Seit 1975 gilt in Österreich die Fristenlösung, welche den **Schwangerschaftsabbruch** innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate straffrei stellt. Straffrei ist ebenso der Abbruch aufgrund einer medizinischen bzw. embryopathische Indikation und zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr. Österreich ist eines der wenigen europäischen Länder, in denen Schwangerschaftsabbrüche nicht systematisch statistisch erfasst werden. Angaben liegen lediglich aus der Spitalsentlassungsstatistik vor, nicht aber aus dem niedergelassenen Bereich. Schätzungen gehen von einer Anzahl von 19.000 bis 25.000 Schwangerschaftsabbrüchen pro Jahr in Österreich aus.

Im Jahr 2000 wurde in Österreich per Bundesgesetz ein Fonds zur finanziellen Unterstützung von Paaren eingesetzt, die sich in einer der bundesweit 22 IVF-Vertragsanstalten einer **In-vitro-Fertilisation** unterziehen. Zugleich wurde eine umfassende Dokumentation initiiert. In den Jahren 2000 bis 2002 wurden mit Unterstützung des IVF-Fonds 13.332 IVF-Versuche durchgeführt, 9.650 Paare waren daran beteiligt. Die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion betrug im Jahr 2002 27,3 Prozent.

Das wachsende Angebot an Methoden der **Pränataldiagnostik** führt zum einen 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. In Österreich ist psychosoziale Beratung im Rahmen der humangenetischen Beratung, im Besonderen der Pränataldiagnostik, im Gentechnikgesetz verankert. Mitte der 1990er Jahre wurden Richtlinien für die psychosoziale Beratung im Rahmen der genetischen Beratung erarbeitet und ein Fortbildungs-Curriculum Pränataldiagnostik für die gesetzlich anerkannten Familienberatungsstellen erstellt.

- Gesundheit und Geburt

Noch nie zuvor in der Geschichte waren die Geburtenraten so niedrig wie derzeit, dem steht ein zunehmender medizinischer und technischer Aufwand bei der Schwangeren- und Geburtsbetreuung gegenüber. In Österreich fanden im Jahr 2002 98,4 Prozent der 77.112 Geburten im Krankenhaus statt, das heißt nur 753 Frauen haben ihr Kind zu Hause zur Welt gebracht, weitere 148 Frauen haben bei ihrer Hebamme geboren. Nur wenige Frauen (1,7 Prozent) haben sich für eine ambulante Geburt, d.h. für eine Geburt mit einem Spitalsaufenthalt von weniger als 24 Stunden nach der Geburt, entschieden.

Hinsichtlich des **Stillverhaltens** hat sich sowohl die Anfangsstillrate als auch der Prozentsatz der Frauen, die voll bzw. teilweise stillten, in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht. Während im Jahr 1985 nur 7,3 Prozent ihr Kind sechs Monate voll gestillt haben, waren es im Jahr 1998 bereits 46,2 Prozent. Laut einer Forderung der WHO, sollten alle Kinder zumindest ein halbes Jahr lang ausschließlich gestillt werden.

Die **Kaiserschnitt-Rate** ist von 12,4 Prozent aller Geburten im Jahr 1995 auf 22,1 Prozent im Jahr 2003 gestiegen (17.017 Kaiserschnitte im Jahr 2003).

Die Zeit nach der Geburt ist für viele Frauen nicht ausschließlich von Glück geprägt: Neben leichten depressiven Verstimmungen und Angstsymptomen (Heul-Tage, Postpartum-Blues, Baby Blues; bei 30-75 Prozent der Frauen) können auch schwere, lang anhaltende Depressionen auftreten (Wochenbettdepression; **Postpartale Depression (PPD)).** 10 bis 15 Prozent aller Frauen erleiden nach der Geburt eine Postpartale Depression, das sind in Österreich 8.000 bis 10.000 Frauen jährlich. Postpartale Psychosen dagegen sind deutlich seltener und betreffen rund 0,1 bis 0,2 Prozent der Frauen, d.h. ein bis zwei Frauen pro 1.000 Frauen nach der Geburt. Risikofaktoren für die Entwicklung postpartaler Depressionen sind depressive Zustände während der Schwangerschaft, frühere depressive Episoden, psychosoziale Faktoren, vor allem chronische Belastungen wie Partnerschaftsprobleme, finanzielle Schwierigkeiten, mangelnde soziale Unterstützung durch das Umfeld. Besonders hohes Risiko einer PPD haben allein erziehende Mütter.

Wechseljahre, sexuelle Gesundheit und Altern

Menopause ist keine Krankheit, sondern Teil des normalen Alterungsprozesses, der keiner therapeutischen Intervention bedarf. Diese Sichtweise der Menopause wurde von der WHO bereits 1981 betont: Der Gesundheitszustand von Frauen stelle keinen endokrinologischer Mangelzustand dar, der durch Hormonsubstitution korrigiert werden sollte. Das Auftreten und die Stärke von **Wechseljahr-Symptomen** variieren sehr stark zwischen Frauen und zeigen auch starke interkulturelle Unterschiede. Es wird geschätzt, dass etwa ein Drittel der Frauen die Wechseljahre als einschränkend oder belastend erfahren.

Seit die bislang größte Studie zu Nutzen und Risiken der **Hormonersatztherapie** im Mai 2002 vorzeitig abgebrochen wurde, wird dieses Thema öffentlich sehr kontrovers diskutiert. Zahlreiche Erklärungen und Empfehlungen wurden seither publiziert. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) hat im November 2003 gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG) ein Konsensusstatement zur Hormonersatztherapie veröffentlicht.

Der Sexualität und der **sexuellen Gesundheit von Frauen 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 Befunden vor, die auf eine große individuelle Bandbreite der sexuellen Aktivität und des sexuellen Interesses im höheren Alter hinweisen.

Gesundes Alter(n)

Quantitativ und qualitativ unterschiedliches Altern der Geschlechter meint, dass Frauen mit mehr und länger dauernden grundlegenden Veränderungen bzw. Verlusten lebensbestimmender Aufgaben und Beziehungen konfrontiert sind, wie z.B. die Pflege des Partners oder kranker und/oder alter Familienmitglieder. Durch die längere Lebenswartung sind Frauen auch häufiger mit der Bewältigung des Partnerverlusts und der Problematik der eigenen Pflege konfrontiert. In früheren Lebensphasen angelegte geschlechtsspezifische Disparitäten setzen sich im Alter fort und kumulieren.

- Körperliche Gesundheitsrisiken im Alter: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Osteoporose, Harninkontinenz

Ältere Frauen leiden häufiger an chronischen Krankheiten als ältere Männer, wobei die Betroffenheit mit dem Alter steigt. Multimorbidität im höheren Alter betrifft besonders Frauen, einer der wesentlichen Gründe dafür ist die höhere Lebenserwartung der Frauen.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren im Jahr 2002 bei 58,8 Prozent der im Alter von 65 und mehr Jahren verstorbenen Frauen Haupttodesursache.

Neuerkrankungen an Krebs betreffen zum überwiegenden Teil Personen ab sechzig Jahren: 70 Prozent aller Neuerkrankungen bei Frauen und 73 Prozent aller Neuerkrankungen bei Männern entfielen auf diese Altersgruppe.

Osteoporose und **Osteopenie** als deren Vorstufe betreffen vor allem Frauen. Für Österreich liegen keine Angaben zu Inzidenz und Prävalenz der Osteoporose vor. Es wird geschätzt, dass rund zwanzig Prozent der Frauen und fünf bis acht Prozent der Männer über

fünfzig Jahren an Osteoporose leiden, das bedeutet, dass in Österreich 301.000 Frauen von Osteoporose betroffen sind.

Harninkontinenz, d.h. unfreiwilliger Harnverlust, ist nach wie vor stark tabuisiert. Sie ist bei älteren Frauen weit verbreitet und deutlich häufiger als bei älteren Männern. Und zwar wird geschätzt, dass von der Bevölkerung ab sechzig Jahren Frauen doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Genaue Angaben zu deren Häufigkeit liegen - mit Ausnahme von Wien - für Österreich jedoch nicht vor.

- Unfallhäufigkeit und Stürze im Alter

Unfälle im Alter haben erhebliche volksgesundheitliche und individuelle Folgen. Im Jahr 2002 wurden in Österreich für die Bevölkerung ab sechzig Jahren 104.400 Unfälle von Frauen und 52.100 von Männern registriert. Rund neunzig Prozent aller Unfälle älterer Frauen und drei Viertel der Unfälle älterer Männer sind Heim- und Freizeitunfälle. Im Jahr 2000 führten Heim- und Freizeitunfälle in der Bevölkerung ab sechzig Jahren bei Frauen zu 40.338 stationären Aufenthalten mit 494.592 Spitalstagen, bei Männern zu 18.095 Spitalsaufenthalten bzw. 180.975 Spitalstagen.

- Psychische Beeinträchtigungen im Alter (Demenz, Depression)

Ca. ein Viertel der über 65-Jährigen an einer psychischen Störung leidet an einer psychischen Störung. Während in der globalen Prävalenz psychischer Störungen im Alter keine großen Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen, finden sich bei den einzelnen psychischen Störungen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: so sind z. B. chronische Angstzustände und Depressionen im Alter bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern.

Die Verbreitung der Demenzerkrankungen bei Frauen in Österreich kann zurzeit nur ausgehend von Ergebnissen internationaler Studien geschätzt werden. Frauen haben, insbesondere im höheren Alter ein im Vergleich zu den Männern deutlich erhöhtes Risiko an einer Demenz zu erkranken als Männer. Aufgrund einer Meta-Analyse wird ein Anstieg der Demenzerkrankungen bei den Frauen von einem Prozent bei den 65- bis Siebzigjährigen auf 30,8 Prozent bei den Neunzigjährigen und Älteren berichtet, bei den Männern dagegen sind von den 65- bis Siebzigjährigen 1,6 Prozent betroffen, von den Neunzigjährigen und Älteren 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 und hoch betagter Menschen in Zukunft mit einer erheblichen Zunahme demenzieller Erkrankungen zu rechnen. Und zwar wird nach neusten Berechungen für Österreich ein Anstieg von etwa 90.500 Demenzkranken im Jahr 2000 auf 233.800 Demenzkranke bis zum Jahr 2050 erwartet. 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 den über Sechzigjährigen von 5,41 Prozent im Jahr 2000 auf 8,28 Prozent im Jahr 2050 zunehmen.

4. Gewalt gegen Frauen

Gewalt gegen Frauen ist ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, das als Ausdruck der bestehenden Geschlechterverhältnisse zu verstehen ist und in vielen Ausprägungen körperlicher, sexualisierter oder seelischer Gewalt auftritt. Mitte der 1970er Jahre hat mit Beginn der Frauenhausbewegung ein öffentlicher Sensibilisierungsprozess für Gewalt gegen Frauen eingesetzt. In einem der bekanntesten Dokumente der internationalen Frauenbewegung, der Beijing-Deklaration zur vierten internationalen UN-Frauenkonferenz im Jahr 1995 in Peking, China, wurde 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.*"

Für Deutschland liegt erstmals eine aktuelle repräsentative Studie zur **Gewalt gegen Frauen** vor. Auch für Österreich wäre eine solche Studie erforderlich. Die Studie, bei der mehr als 10.000 Frauen befragt wurden, erbrachte folgende Ergebnisse: Nahezu jede

zweite Frau (37 Prozent) gab an, ab dem 16. Lebensjahr körperliche Gewalt und Übergriffe erlebt zu haben; beinahe jede siebente Frau (13 Prozent) berichtete über Formen von sexueller Gewalt. Vierzig Prozent der befragten Frauen haben körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides erfahren. Über Erlebnisse unterschiedlicher Formen von sexueller Belästigung berichteten 58 Prozent der Frauen. 42 Prozent gaben an, psychischer Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein. Rund ein Viertel der Gewalttaten wurden in aktuellen oder früheren Partnerschaften erlebt.

Das **Gesundheitswesen spielt eine entscheidende Rolle**, wenn es um das Erkennen von häuslicher Gewalt und um erste Hilfestellungen geht. Erste Anlaufstelle für Frauen und Kinder, die Opfer von Gewalt sind, sind meist Ärzt/innen oder Notfallsambulanzen. Vor allem wenn die körperlichen und seelischen Verletzungen länger zurück liegen, ist Gewalt als Ursache für Erkrankungen nicht so leicht erkennbar. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen manifestieren sich über die körperlichen Verletzungen hinaus in psychischen Traumen und Verletzungen des Selbstwertgefühls, in Angst- und Schlafstörungen, Depressionen, in selbst schädigendem Suchtverhalten, in Problemen mit Beziehungen und einer Gefährdung der sexuellen Gesundheit.

Angesichts des Schwergrads und der Langfristigkeit der gesundheitlichen Folgen von Gewalt ist den Betroffenen ein fundamentales Recht auf kompetente und umfassende Versorgung zur Prävention und Heilung von gesundheitlichen Folgen von Gewalt einzuräumen. Das erfordert als ersten Schritt, dass häusliche **Gewalt als gravierendes Gesundheitsproblem im Gesundheitssystem** erkannt wird. Ein Handlungsansatz dabei stellt die Sensibilisierung und Aus- bzw. Weiterbildung des Personals in den Gesundheitsberufen dar.

5. Lesbische Frauen im Gesundheitssystem

Bisher wurden Fragen der Gesundheit von lesbischen Frauen kaum thematisiert. Lesbische Frauen bleiben im Gesundheitssystem sehr oft *unsichtbare Patientinnen.* Da das Thema sexuelle Orientierung in der Ausbildung der Gesundheitsberufe nicht vorkommt, ist mit Unwissenheit und Vorurteilen lesbischen Patientinnen gegenüber zu rechnen. In Österreich wird aktuell vor allem von im Gesundheitssystem arbeitenden lesbischen Frauen mit Nachruck darauf aufmerksam gemacht, dass in der österreichischen Gesundheitsversorgung die Wahrnehmung und Berücksichtung der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse lesbischer Frau nicht adäquat ist, zum Beispiel gibt es in Österreich kein direkt an lesbische Frauen gerichtetes öffentliches Gesundheitsangebot, was besonders in den Bereichen der sexuellen Gesundheit und der Betreuung psychischer Folgen von Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen ein folgenschweres Defizit darstelle. Zudem finden lesbische Frauen weder in der medizinischen Forschung noch in der Lehre Erwähnung (Netzwerk Lesbischer Medizinerinnen / LESMED, Arbeitskreis Lesbischer Psychotherapeutinnen, Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Lesbenberatung Lila Tipp, u. a.). Vorrangig scheint

- eine Forcierung von Maßnahmen zur Verhinderung von Diskriminierung und Bekämpfung der Gewalt gegenüber lesbischen Frauen;
- eine Sensibilisierung der Angehörigen der Gesundheitsberufe für die Bedürfnisse lesbischer Frauen;
- eine Anpassung der Gesundheitsdienste an die Bedürfnisse lesbischer Frauen, besonders in den Bereichen Vorsorge zur sexuellen Gesundheit und Gewalt;
- grundlegende Forschung zu Lebenszusammenhängen, Lebenslagen und Gesundheitsrisiken lesbischer Frauen.

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

Barrieren für Frauen im Zugang zum Gesundheitssystem können z.B. Armut und soziale Benachteilung sein, wie sie etwa Alleinerzieherinnen erfahren: Die Hälfte der Alleinerzieherinnen ist von Armut bedroht – dies hat langfristig Auswirkungen auf die Gesundheit. Auch sprachliche und kulturelle Barrieren können den Zugang zur Gesundheitsversorgung

verstellen. Für viele Migrantinnen und Asylerberinnen ist der Zugang zu einer reglementierten Gesundheitsversorgung schwierig.

Gesundheit allein erziehender Mütter

In Österreich gibt es keine repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Alleinerzieherinnen. Laut einer deutschen Studie ist die Lebenszeit-Prävalenz von chronischen Krankheiten bei Alleinerzieherinnen - also die Häufigkeit der jemals im Lauf des Lebens erlebten Krankheiten - signifikant höher als bei verheirateten Müttern. Ein Drittel der Alleinerzieherinnen leidet unter Migräne, jeweils ein Viertel unter gynäkologischen Erkrankungen und Allergien. Weiters sind allein erziehende Mütter signifikant häufiger als verheiratete von psychischen Erkrankungen, Nieren- und Lebererkrankungen und chronischer Bronchitis betroffen. Dem entsprechend beurteilen nur 56 Prozent der Alleinerzieherinnen vs. 62 Prozent der verheirateten Mütter 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.

Migrantinnen im Gesundheitssystem

Die Dreifachbelastung von Migrantinnen aufgrund der Diskriminierung als Minoritätsangehörige, aufgrund der beruflichen Benachteiligung und aufgrund geschlechtsspezifischer ungleicher Arbeitsteilung in der Familie führt häufig zu einer Potenzierung von Gesundheitsrisiken.

In Österreich lebten 2001 rund 707.900 Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, das sind 8,8 Prozent der Gesamtbevölkerung. Die größten Gruppen sind Personen aus dem früheren Jugoslawien und der Türkei.

Abgesehen von spezifischen Gesundheitsbedürfnissen der Migrantinnen ist vor allem aufgrund der zu erwartenden steigenden Zahl älterer Migrant/innen ein dramatischer Anstieg des Bedarfs an professioneller Altersversorgung für Migrantinnen zu erwarten.

Vordringliche **Maßnahmen für die zukünftige Versorgung älterer Migrant/innen** sind in der interkulturellen Öffnung der sozialen Dienste, in der Schaffung von Zugangserleichterungen und bedarfsgerechter Angebote mit Anpassung an den kulturellen Hintergrund der Betroffenen zu sehen. In jedem Fall ist eine zielgruppenspezifische muttersprachliche Information erforderlich.

Für die kommenden Jahre wird auch ein **steigender Bedarf an psychosozialer Versorgung von Migrantinnen** erwartet, da vor allem Arbeitsmigrant/innen 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 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 erfassen. Vorliegende Studien zusammen fassend 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. Bereitschaft zu einer **interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens** im Sinne einer Integration psychisch belasteter oder kranker Migrantinnen bedeutet, dass nicht eine einseitige Anpassung der Migrantinnen erwartet wird, sondern dass ein wechselseitiger Prozess der Vertrauensbildung in Gang gebracht wird, der Migrant/innen dieselben hohen Qualitätsstandards zumisst wie der einheimischen Bevölkerung.

7. Frauen in besonderen gesundheitlichen und sozialen Lagen

Frauen in **besonderen gesundheitlichen Lebenslagen** haben individuelle gesundheitliche Bedürfnisse und spezielle Wünsche ans Gesundheitssystem. Die Routineversorgung

ist hier meistens nicht ausreichend. Gemeint sind zum Beispiel **Frauen mit Behinderung**, die nach wie vor eine Vielzahl von Barrieren – nicht nur räumliche – erfahren. Gemeint sind aber auch **Frauen, die mit der Psychiatrie in Berührung kommen**, hier ist ein sensibler Umgang mit den Bedürfnissen von Frauen noch nicht Standard. Ebenso sind **frauenspezifische Angebote für drogenabhängige Frauen** selten. Ein weiteres Beispiel sind **Frauen mit einer HIV-Infektion**, die zwar in spezialisierten Zentren sehr gut versorgt sind, darüber hinaus ist der Zugang zu Gesundheitsangeboten oft problematisch; die Medikamentenforschung, die gerade für Menschen mit AIDS eine Überlebensfrage ist, hat Frauen mit AIDS bislang nicht ausreichend berücksichtigt.

Frauen in **besonderen sozialen Lebenslagen**, wie zum Beispiel **wohnungslose Frauen**, sind oft nicht *sichtbar* und haben aus unterschiedlichen sozialen oder rechtlichen Gründen Probleme, die Regelversorgung des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen. Dies gilt auch für Frauen, die in der **Prostitution** arbeiten, im Besondern für jene in der Grauzone des Sexgewerbes. Hier sind besondere Bemühungen und aufsuchende Angebote erforderlich.

8. Frauen, Arbeit und Gesundheit

Die Arbeitswelt von Frauen unterscheidet sich grundlegend von jener der Männer: Zu den Mehrfachbelastungen von Frauen aufgrund von Beruf und Familie kommen gravierende Unterschiede in den allgemeinen Arbeitsbedingung hinzu, die sich vor allem in einer geringeren Bezahlung und einem schlechteren beruflichen Status im Vergleich zu Männern zeigen. Frauen arbeiten häufiger als Männer in einseitig körperlich anstrengenden Berufen oder solchen mit starken psychosozialen Belastungen – oder mit beiden Belastungsquellen, wie etwa in den Pflegeberufen. Viele Frauenberufe bringen monotone Arbeitsgestaltung und fehlende Entscheidungsspielräume mit sich und sind von Zeitdruck und hohem Arbeitspensum geprägt. Schließlich sind es Frauen, die in überwiegendem Ausmaß von Mobbing betroffen sind und sexuelle Belästigung erfahren.

Die **Erwerbsquote von Frauen** ist in Österreich seit den 1950er Jahren kontinuierlich gestiegen, derzeit sind etwa 1,5 Millionen Frauen berufstätig. Rund eine Million Frauen haben eine Vollzeit-Stelle, 472.400 sind teilzeitbeschäftigt und 58.900 Frauen geringfügig beschäftigt.

Arbeitsteilung in der Familie: Frauen in der Mütterrolle

Nach wie vor leisten Frauen die Hauptarbeit in den Bereichen Familie, Kinder und Haushalt. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Müttern beträgt häufig bis zu achtzig Stunden. Frauen verbringen 38 Prozent ihrer Gesamtarbeitszeit mit bezahlter Erwerbstätigkeit, Männer 79 Prozent. Frauen wenden mehr Zeit für Haushalt, Kindererbetreuung etc. auf. Die durchschnittliche Gesamtarbeitszeit von Frauen ist um rund 16 Stunden pro Woche länger als die der Männer.

Das Angebot an **außerfamilialer Kinderbetreuung** ist für die Berufstätigkeit von Frauen essenziell. In Österreich ist eine außerfamiliale Betreuung von Kindern unter drei Jahren selten: nur elf Prozent werden hier extern betreut, dagegen sind es in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Schweden und Norwegen mehr als zwanzig Prozent.

Typische Frauenberufe

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. Nach wie sind der Friseur/innenberuf (92 Prozent), Reinigungsberufe (91 Prozent), Buchhaltung (81 Prozent), Gesundheitsberufe (78 Prozent) und pädagogische Berufe (74 Prozent) die typische Frauenberufen.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Aufgrund des Mikrozensus 1999 lassen sich 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 oftmaliges Krank-Sein verbunden mit Bettlägrigkeit oder Unterbrechung der gewohnten Tätigkeit kommt bei arbeitslosen Frauen (und Männern) häufiger als bei erwerbstätigen vor. Gesundheitsriskantes Verhalten, wie z.B. tägliches bzw. starkes Rauchen und Übergewichtigkeit sind bei Arbeitslosen beiderlei Geschlechts häufiger.

Frauen in den Pflegeberufen

Wichtige Kernbereiche der Pflege sind die Krankenanstalten und die Altenpflege (Alten- und Pflegeheime sowie mobile Dienste). Die besonderen physischen und psychischen **Belastungen im Berufsalltag des Pflegepersonals** sind seit langem bekannt und in zahlreichen Studien belegt.

Zur Charakterisierung der Situation der Pflege wird oft der plakative Begriff **Pflegenotstand** verwendet, der eine Verknüpfung von drei Komponenten, die sich gegenseitig verstärken, umschreibt: nämlich dem Mangel an Pflegepersonal, den Qualitätsmängeln in der pflegerischen Versorgung und der Berufswirklichkeit des Pflegepersonals.

Die Ursachen für den Mangel an Pflegepersonal sind vielfältig: 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 der Rekrutierung von Pflegepersonal aus dem Ausland.

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 zukünftig eine Reihe von Maßnahmen erforderlich.

Frauen als pflegende Angehörige

Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit der Frauen wird die Pflege im familiären Umfeld nach wie vor vornehmlich von Frauen erbracht. Es handelt sich dabei um einen weiteren Bereich, der meist mit bereits bestehenden Verpflichtungen in der Erwerbs-, Haus und Familienarbeit in Einklang zu bringen ist. Bei pflegenden Angehörigen ist häufig ein hohes Maß an Belastungen vorhanden, das zu körperlichen und psychischen Erkrankungen, wie z.B. Burnout führen kann.

Unter den Personen, die Pflegegeld beziehen, sind doppelt so viele Frauen wie Männern. Ewa 15 Prozent der Pflegegeldbezieher/innen werden in Pflegeheimen betreut, etwa achtzig Prozent des Pflegebedarfes wird in der Familie durch Angehörige oder private Helfer (insbesondere Frauen) abgedeckt und etwa zehn Prozent durch soziale Dienste.

Laut Mikrozensus 2002 gibt es in Österreich 281.900 Frauen und 144.000 Männer über 17 Jahre, die nahe Angehörige bzw. Bekannte (überwiegend unbezahlt) betreuen oder pflegen. 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 Ehegatt/innen (Lebensgefährt/innen) betreut.

Wer wen betreut, 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, überwie-

gen bei den Frauen Hilfeleistungen bei persönlichen Verrichtungen (also im Wesentlichen die Pflege).

Praxis- und theorierelevant sind vor allem fünf Zielgruppen pflegender Angehöriger:

- Ältere und alte pflegende Ehepartner/innen und Lebensgefährt/innen
- 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 jüngerem oder mittleren Lebensalters pflegen
- Angehörige (vor allem Mütter), die Menschen mit angeborenen oder früh erworbenen Behinderungen betreuen.

9. Umwelt - Gender - Gesundheit

In Österreich werden geschlechtsspezifische Unterschiede bei umweltbezogenen Gesundheitsrisiken und deren medizinischer Behandlung immer noch zu wenig berücksichtigt.

In der Diskussion umweltbedingter gesundheitlicher Beeinträchtigungen werden vor allem Zusammenhänge zwischen **Atemwegserkrankungen, Bluthochdruck, Herz- und Lungenerkrankungen** und Luftverschmutzung erwähnt. Auch bei der **Entstehung von Krebs,** bei **Störungen der Fertilität und Reproduktionsfähigkeit** und bei der Entstehung von **Allergien** spielen Umweltbelastungen eine wichtige Rolle.

Für mehrere **Umweltsyndrome** – wie z.B. das Sick Building Syndrom, die Multiple Chemical Sensitivity (MCS) oder elektromagnetische Hypersensibilität – wird eine größere Häufigkeit bei Frauen angenommen.

Frauen und Geschlechtergerechtigkeit in der Agenda 21

Auf der **UN-Konferenz für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro 1992** wurden angesichts der zunehmenden ökologischen und sozialen Probleme Zielvorstellungen für eine zukünftige Entwicklung erarbeitet. Das bekannteste Resultat dieser Verhandlungen ist die **Agenda 21,** der Aktionsplan für den Weg ins 21. Jahrhundert. In der Agenda 21 verpflichtete sich die internationale Staatengemeinschaft zu einem nachhaltigen Umgang mit den natürlichen Ressourcen unserer Umwelt. Kapitel 24 der Agenda betont die **Mitwirkung von Frauen**: „Die internationale Staatengemeinschaft hat mehrere Aktionspläne und Übereinkommen für die volle, gleichberechtigte und nutzbringende Integration der Frau in alle Entwicklungsmaßnahmen gebilligt, insbesondere die Zukunftsstrategien von Nairobi zur Förderung der Frau, welche die Mitwirkung der Frauen an der Bewirtschaftung von Ökosystemen und dem Schutz der Umwelt auf nationaler und internationaler Ebene herausstellen." Der Auftrag für eine nachhaltige und gerechte Entwicklung der natürlichen Lebensgrundlagen wird mit der Herstellung von Geschlechtergerechtigkeit in globalen, nationalen und regionalen Aktionsplänen verbunden. Der **Weltgipfel in Johannesburg 2002** bot zehn Jahre nach der Rio-Konferenz die große Chance, die globalen Herausforderungen Armut und Umweltzerstörung wieder ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Für zahlreiche Staaten - so auch für Österreich - war der Weltgipfel Anlass, **Nachhaltigkeitsstrategien** zu entwickeln und vorzustellen. Da weltweit aber etwa die Hälfte der Länder der Agenda 21-Aufforderung, Nachhaltigkeitsstrategien zu erstellen, noch nicht nachgekommen waren, wurde das Jahr 2005 für deren Implementierung genannt.

10. Frauenspezifische Gesundheitsversorgung in Österreich

Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung

Besonders im vergangenen Jahrzehnt wurden in Europa und international die ersten Schritte zur Realisierung einer frauengerechten und geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung gesetzt. Dennoch sind – wie dies die Empfehlung der WHO in der *Madrider Erklärung - Gender Mainstreaming in health* (2001) verdeutlicht -, lokale Strategien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung im Sinne eines Gender Mainstreaming in allen

Belangen des Gesundheitswesens erst zu entwickeln und umzusetzen. Dabei sind folgende allgemeine **Grundprinzipien** zu berücksichtigen[5]:

- **Lebenswelten von Frauen,** psychosozialen Ursachen und Folgen von Erkrankungen sind in die medizinische Versorgung zu integrieren.
- **Über-, Unter- und Fehlversorgung** sind durch bedarfsgerechte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherten Behandlungskonzepte unter Einbeziehung schonender Behandlungsalternativen zu vermeiden.
- **Umfassende Gesundheitsinformation und -aufklärung** ist unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Frauen so zu gestalten, dass sie die Mündigkeit der Patientinnen fördert (shared decision making).
- **Ungleichheiten und Barrieren im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung** sind zu reduzieren, z.B. bei Frauen unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit, sozialer Lebenssituation und im ländlichen Raum.
- **Vorhandene frauenspezifische Infrastrukturen** (Frauengesundheitszentren, Frauenberatung, Frauengesundheitsforschung) sind zu fördern und zu erweitern z.B. durch Gesundheitskonferenzen oder Koordinationsstellen für Frauengesundheit.
- Die Diskussion über eine frauengerechte Gesundheitsversorgung ist in die **allgemeine Diskussion des Gesundheitswesens** (Finanzierung, Nutzerorientierung, Qualitätssicherung) zu integrieren.
- **Gesundheitsziele**, die frauenspezifische und Gender-Aspekte berücksichtigen, sind zu formulieren und zu verfolgen.
- **Vernetzung** ist auf allen Ebenen zu fördern (Schnittstellenproblematik, Versorgungsketten, Praxiskooperationen, Psychosomatik).
- **Gesundheitsberufen** sind im Hinblick auf Gender- und Diversitäts-Kompetenz zu sensibilisieren und qualifizieren.

Bisher haben sich in Österreich folgende **frauenrelevante Gesundheitsbereiche und -sektoren** etabliert, die im Frauengesundheitsbericht eingehend beschrieben sind:

- die österreichischen Frauengesundheitszentren;
- das Netzwerk Österreichischer Frauenberatungsstellen;
- das Netzwerk der österreichischen Familienberatungsstellen;
- psychologisch-psychotherapeutische Angebote;
- Selbsthilfegruppen;
- Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) und Medical Wellness.

Untersucht wurden des Weiteren Aspekte der **Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen**. Beispiele der **frauenspezifischen Qualitätssicherung in Krankenanstalten** (in gynäkologischen, internistischen und geriatrischen Abteilungen) und ein exemplarischer Hinweis auf die Problematik der **mangelnden klinischen Prüfung von Medikamenten** bei Frauen runden die Angaben zur frauenspezifischen Gesundheitsversorgung in Österreich ab.

[5] Jahn und Kolip, 2003; S.7ff

Überblick: Empfehlungen, Richtlinien, Leitlinien, Qualitätskriterien, die im vorliegenden Bericht enthalten sind	enthalten in Kapitel
Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen	1.2.1
WHO Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten	1.2.1
Umsetzung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen	1.4.2
Europäische Leitlinien zum qualitätsgesicherten Mammographie-Screening	2.4.1
Kriterien der Qualitätszertifizierung von Brustzentren	2.4.1
WHO- und EU-Empfehlungen zur psychischen Gesundheit	3.3.1
Frauen, Gender Mainstreaming und Sport (EU-Parlament)	3.3.3.2
Richtlinien der psychosozialen Beratung zur Pränataldiagnostik	3.4.7.
Kriterien für Mother Friendly / Baby Friendly Hospitals	3.5.1
Nationale und internationale Empfehlungen zum Stillen	3.5.3.3.
Konsensusempfehlungen zur Hormonersatztherapie (BMGF, OEGGG)	3.6.1
Bremer Erklärung *wechseljahre multidisziplinär*	3.6.1
Handlungsvorschläge für den Bereich der stationären Altenhilfe	3.7.6.4
Zehn-Punkte-Programm gegen Gewalt an Frauen, Verein Autonome Frauenhäuser	4.5
Die zwölf Sonneberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Versorgung von Migrant/innen	5.3.3
Maßnahmenkatalog Frauen mit Behinderung	6.1.8
Handlungsleitende Grundprinzipien frauengerechter Angebote in der stationären Psychiatrie	6.2.1
All Around Women – Empfehlungen: Forschungsbedarf zu Frauen und HIV/AIDS	6.4.1
EU-Richtline zu Präventionsstrategien bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz	7.3.1
Handlungsfelder einer geschlechtersensiblen betrieblichen Gesundheitsförderung	7.3.2
Schlussfolgerungen zur Situation von arbeitslosen Frauen	7.4.5
Pflegepersonalmangel – Strategien gegen den *Pflegenotstand*	7.5.2, 7.5.3
Maßnahmen zur Erleichterung der Situation pflegender Angehöriger	7.6.2.5
Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung	9.1.1
Perspektiven und Handlungsoptionen im Bereich der Selbsthilfe	9.5.3.3.
WHO-Strategie zur Komplementär- und Alternativmedizin	9.6.6
Forderungen zur klinischen Prüfung von Medikamenten	9.8.6
Geschlecht als Kriterium für die Projektvergabe im Bereich der Gesundheitsförderung	10.4.1
Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens	10.4.5

11. Geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung

Der Stellenwert von Primärprävention und Gesundheitsförderung ist im Vergleich zur Kuration nach wie vor gering, dies gilt im Besonderen für geschlechtsspezifische Ansätze.

Primärprävention und Gesundheitsförderung

Obwohl geschlechtsspezifisches gesundheitsbezogenes Risikoverhalten eine gut dokumentierte Tatsache ist und Wissen über die Notwendig geschlechtersensibler Präventionsansätze zwar vorhanden ist, werden Geschlechtsunterschiede in den meisten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten häufig vernachlässigt.

Für den vorliegenden Bericht wurde eine Auswahl von Ansätzen der Gesundheitsförderung getroffen, die – im engeren oder weiteren Sinn – in den Bereich der Frauengesundheit fallen. Dazu zählen Präventionsmaßnahmen in den Bereichen

- Essstörungen und Ernährungsverhalten;
- Gewalt;
- psychische Gesundheitsförderung;
- geschlechtersensible Suchtprävention; darunter Prävention von schädigendem Alkohol- und Nikotinkonsum;
- Prävention im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (Sexualpädagogik, Prävention von HIV, AIDS und anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen);
- Pflegeprävention (Gesundheitsförderung und Prävention durch Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Verhinderung von Pflegebedürftigkeit, Sturzprävention etc.).

Früherkennung durch Vorsorgeuntersuchungen

Seit 1974 ist es für alle Österreicher/innen 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 abgegolten. Aus der Gender-Perspektive scheint es vorrangig, dass eine Neukonzeption der Gesundenuntersuchung stärker auf die Bedürfnisse verschiedener Gruppen vor Frauen ausgerichtet wird.

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen haben wesentlich zur Verringerung der Säuglingssterblichkeit beigetragen. Sie umfassen gynäkologische und Ultraschall-Untersuchungen der schwangeren Frau und für das Kind neben allgemeinen Untersuchungen auch solche im Bereich der Orthopädie, HNO und Augenheilkunde. Seit Jänner 2002 ist eine neue Regelung des Mutter-Kind-Passes in Form einer Koppelung mit dem ebenfalls neu eingeführten Kinderbetreuungsgeld in Kraft.

12. Zehn Ziele für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem

Generelles Ziel ist es, **Geschlechtergerechtigkeit** im Sinne des Gender Mainstreaming im Gesundheitssystem bei Klient/innen und in den Gesundheitsberufen zu erreichen. Voraussetzung dafür ist eine strukturelle Verankerung der frauen- und genderspezifischen Gesundheit. Grundlage der nachfolgenden Zielsetzungen ist das Rahmenkonzept **Gesundheit für alle / Health for All (HFA)** des WHO Regionalbüros Europa aus dem Jahr 1999. Aus den dort formulierten 21 Gesundheitszielen wurde eine Auswahl von zehn Zielen getroffen, die in weiteren Einzelzielen zu konkretisieren sind.

1. Gewährleistung gesundheitlicher Chancengleichheit für Frauen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen
2. Reduzieren und Bekämpfen von Erkrankungen, von denen Frauen hauptsächlich betroffen sind (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, …)
3. Berücksichtigung der besonderen Gesundheitsbedürfnisse von Frauen in den einzelnen Lebensphasen von der Geburt bis zu den Hochbetagten
4. Eindämmung von Tabak-, Alkohol- und Psychopharmaka-Missbrauch und anderer durch die Lebensweise bedingter Gesundheitsrisiken
5. Förderung der psychischen Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung frauen- und genderspezifischer Belastungen
6. Stärkung des Bewusstseins der Bedeutung gesunder Umwelten (natürliche Umwelt, soziale Umwelt in Familie, Schule, Arbeitsplatz, ...)
7. Qualitätssicherung und Transparenz in der primären Versorgung und der Krankenhausversorgung von Frauen
8. Berücksichtigung von Patientinnenrechten, Selbsthilfe für besondere gesundheitliche Bedürfnisse, Empowerment und Partizipation im weitesten Sinn
9. Frauen- und genderspezifische Gesundheitsforschung entsprechend dem Public Health Ansatz zur Erlangung evidenzbasierter Gesundheitsinformation
10. Ausbau der gender-, zielgruppen- und settingspezifischen Gesundheitsförderung

Frauengesundheit: Handlungsfelder – Zielsetzungen – Maßnahmen

Handlungsfelder	*Allgemeine Zielsetzung im Sinne einer Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Frauen*	Was heißt das konkret für die Gesundheit von Frauen?
Frauengesundheit: Welche Krankheiten sind für Frauen relevant?		
Körperliche Gesundheit und Krankheit	– *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*	Beispielsweise sind aufgrund erhöhter/steigender Inzidenz/Mortalität relevant: – **Herz-Kreislauf-Erkrankungen (als häufigste Todesursache bei Frauen):** o Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiter forcieren (Rauchen, Bluthochdruck, Übergewicht, bewegungsarme Lebensweise, …) o zielgruppenspezifische Vorsorgeprogramme unter Berücksichtigung sozial schwacher Frauen o gleicher Zugang zur kardiologischen Spitzenmedizin von Männern und Frauen, aber auch aller gesellschaftlichen Gruppen (z.B. Migrant/innen) sicherstellen o frauenspezifische Forschung im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen finanzieren – **Brustkrebs (als häufigste Krebslokalisation bei Frauen):** o evidenzbasierte, patientinnenorientierte Information über Nutzen und Grenzen der Krebs-Früherkennung und neuer Behandlungsmethoden o Qualitätssicherung der Mammographie o Flächendeckend qualitätsgesicherte Brustkrebszentren implementieren – **Lungenkrebs (steigende Inzidenz und Mortalität bei Frauen):** o Der steigenden Inzidenz und Mortalität aufgrund einer Zunahme des Rauchens bei Frauen durch frauenspezifische Präventionsprogramme entgegenwirken
Psychische Gesundheit und Krankheit	– *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, …)*	– **Depressionen bei Frauen** sind in den unterschiedlichen Lebenszusammenhängen zu adressieren (junge Frauen, Schwangere (PPD), ältere Frauen, chronisch kranke Frauen z.B. mit Krebs, …) – **Übermedikalisierung durch Antidepressiva** bekämpfen: Verschreibungspraktiken hinterfragen; Ärzt/innen aufklären; spezifische Konsummuster von Frauen erforschen und verstehen – Entwicklung von Programmen zur frauenspezifischen Stressprävention und **psychischen Gesundheitsförderung** von Frauen forcieren
Soziale Ungleichheiten und Gesundheit	– *Zusammenhänge zwischen sozialer Lage, frauenspezifischer Sozialisation und Gesundheit bewusst machen und berücksichtigen* – *niederschwelligen Zugang für soziale benachteiligte Frauen gewährleisten*	– spezifische Bedürfnisse von relevanten **Zielgruppen** in der Gesundheitsversorgung berücksichtigen (siehe unten) – **Altersgerechte Versorgung** planen (siehe unten) – **sektorenübergreifende Ansätze** erarbeiten (Arbeitsplatzsicherung von Frauen, Grundsicherung, Kinderbetreuung, …)
Gewalt und Diskriminierung von Frauen	– *Gewalt gegen Frauen als Folge des Ungleichheit im Geschlechterverhältnis erkennen und bekämpfen* – *Prävention von Gewalt erfordert multidisziplinäre, sektorenübergreifende Zusammenarbeit* – *Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Gewalt*	– Prävention und Heilung von **gesundheitlichen Folgen von Gewalt** gewährleisten – eine **aktive Rolle** des Gesundheitssystems im Erkennen und in der Bekämpfung von Gewalt, Diskriminierung und Stigmatisierung stärken – **Aus- und Fortbildung** der Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen

Handlungsfelder	*Allgemeine Zielsetzung im Sinne einer Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Frauen*	Was heißt das konkret für die Gesundheit von Frauen?
Weibliche Lebensphasen: Was sind die speziellen Bedürfnisse?		
Mädchengesundheit	– *Entwicklung eines realistischen Selbstwerts ermöglichen* – *körperliche Kompetenz stärken* – *Entstehung eines gesundes Körperselbstbildes fördern* – *Bildung tragfähiger Beziehungen unterstützen* – *Interesse für Berufsfelder außerhalb der traditionellen Frauenberufe wecken*	– geschlechtsspezifische Prävention von **Essstörungen** (Anorexie, Bulimie, Adipositas) ausbauen – **Darstellung des weiblichen Körpers** in Medien und Werbung hinterfragen; vielfältige Frauenbilder fördern – mädchenspezifische Prävention von **Alkohol-, Zigaretten-, Drogenkonsum** – mädchenspezifische **Sportangebote** – **Sexualpädagogik** verstärken, um selbst bestimmte Sexualität und verantwortete Elternschaft zu fördern und der Verbreitung sexuell übertragbarer Erkrankung entgegenzuwirken
Sexuelle und reproduktive Gesundheit	– *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*	– **Kontrazeption:** umfassende, objektive Information für Entscheidung zur individuell passenden Verhütungsmethode gewährleisten; unbürokratische Kostenübernahme bei jungen und sozial schwachen Frauen; Nebenwirkungen objektiv dokumentieren – **Pille danach:** niederschwelligen Zugang gewährleisten – **Geburt:** bestehende Kriterien für mütter- und babyfreundliche Geburtseinrichtungen weiter verankern und für Frauen transparent machen; umfassende, evidenzbasierte Information über Vor- und Nachteile des Kaiserschnitts; alternative geburtshilfliche Zugänge fördern, wie z.B. die Hebammengeburt – **Stillen:** Förderung des Stillens unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Frau – **Pränataldiagnostik, Präimplantationsdiagnostik (PID):** umfassende, evidenzbasierte Information über Nutzen und Grenzen pränataldiagnostischer Untersuchungen; weiterer Ausbau einer unabhängigen psychosozialen Beratung – **In-vitro-Fertilisation:** psychosoziale Beratung ausbauen, bestehende Angebote transparent machen – **Schwangerschaftsabbruch:** Qualitätssicherung des medizinischen Eingriffs etablieren; Methodenwahl als Standard; Recht der Frauen auf Information und Entscheidungsfreiheit – **Wechseljahre:** evidenzbasierte Information über körperliche und seelische Veränderungen in den Wechseljahren und über die Behandlung von Beschwerden gewährleisten
Gesundes und aktives Alter(n)	– *Verlängerung der gesunden Lebensjahre* – *Verbesserung der Lebensqualität im Alter* – *humane und frauengerechte Altersversorgung gewährleisten* – *Pensionssicherung / Grundsicherung für Frauen* – *Enttabuisierung der Sexualität im Alter fördern*	– **Alteneinrichtungen** einer geschlechtersensiblen/kultursensiblen Organisationsentwicklung unterziehen – **unterschiedliche, individuelle angepasste Wohnformen** ermöglichen – **Bewegung** im Alter fördern – einseitig auf Jugendlichkeit fixierte **gesellschaftliche Anerkennung und Schönheitsideale** hinterfragen und aufdecken – **psychische Probleme** älterer Frauen adäquat berücksichtigen (Depression, Demenz)

Handlungsfelder	*Allgemeine Zielsetzung im Sinne einer Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Frauen*	Was heißt das konkret für die Gesundheit von Frauen?
Solidarität mit Frauen in besonderen sozialen und gesundheitliche Lagen: Welches sind die relevanten Zielgruppen?		
Alleinerzieherinnen	– *der Armutsgefährdung und den damit verbundenen gesundheitlichen Risiken entgegenwirken*	– materielle Unterstützung gewährleisten – Gesundheitsangebote auf die speziellen Bedürfnisse von Alleinerzieherinnen anpassen (niederschwellig, kostengünstig, mit Kinderbetreuung)
Migrantinnen	– *interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems durch niederschwellige, kultursensible und kulturkompetente Angebote*	– niederschwellige, kultursensible, kulturkompetente frauenspezifische Gesundheitsangebote ausbauen: prioritäre Bereiche sind die psychosoziale Versorgung, Gynäkologie und Geburtshilfe, Gewalt, Altenpflege, Gesundheitsförderung und Prävention (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, …) – Frauen ausländischer Herkunft als Gesundheitsexpertinnen fördern (Medizin, Pflege, Betreuung, Gesundheitsförderung, …) – aufsuchende Angebote ausbauen
Frauen mit Behinderung	– *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*	– bauliche und andere Barrieren (z.B. für blinde oder gehörlose Frauen) zu Gesundheitseinrichtungen abbauen (z.B. Zugängigkeit mit Rollstuhl) – barrierefreie Gesundheitsangebote publik machen – persönliche Assistenz rechtlich verankern und Finanzierung zusichern – Schulung aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen im Umgang mit behinderten Frauen
Frauen mit Psychiatrieerfahrung	– *psychische Krankheit ist als das Ergebnis der weiblichen Sozialisation und Rollenzuschreibungen zu sehen* – *Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen von Frauen*	– frauengerechte Psychiatrie definieren und umsetzen – Frauenräume schaffen (Traumastation für von Gewalt betroffene Frauen, rooming in bei Spitalsaufenthalt aufgrund von Postpartalen Depressionen) – Frauen als Behandelnde und Betreuende für betroffene Frauen – Sensibilisierung von Gesundheitspersonal für Bedürfnisse psychisch kranker Frauen
Drogenabhängige Frauen	– *breites Bewusstsein für die Gender-Aspekte der Drogenproblematik schaffen*	– frauenspezifische Betreuungseinrichtungen für drogenabhängige Frauen – Gender-Aspekte in die Suchtprävention einbringen
Frauen mit HIV/AIDS	– *Ausgrenzung und Isolation von Frauen mit HIV/AIDS bekämpfen* – *gleichen Zugang von HIV-positiven Frauen zu Forschung und Versorgung sicher stellen*	– Frauen bei Erforschung der HIV-Therapien berücksichtigen – psychosoziale Betreuung von betroffenen Frauen nicht vergessen – frauenspezifische HIV/AIDS-Prävention ausbauen – unter Berücksichtigung aller Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Frauen
Wohnungslose Frauen	– *wohnungslose Frauen sichtbar machen*	– frauengerechtes Hilfesystem: weibliches Fachpersonal, Frauenräume bereitstellen – Selbstwertstärkung zur Überwindung von Gewalt, Abhängigkeit, Schuldgefühlen
Prostituierte / Sexarbeiterinnen	– *Unterstützung von Frauen, die in der Prostitution arbeiten, aber gegen die Prostitution als Diskriminierung von Frauen eintreten*	– Gesundheitsversorgung von Prostituierten sichern – niederschwellige Gesundheitsangebote für Geheimprostituierte ausbauen

Handlungsfelder	*Allgemeine Zielsetzung im Sinne einer Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Frauen*	Was heißt das konkret für die Gesundheit von Frauen?
Gesundheitsverhalten, Settings, Gesundheitssektoren: Wo sind die Ansatzpunkte?		
Gesundheitsverhalten	– *Förderung gesunder Lebensstile*	– Frauengerechte, zielgruppen- und settingspezifische Maßnahmen gegen Rauchen, Alkohol, Drogenkonsum und anderes Suchtverhalten, ungesunde Ernährung, bewegungsarmen Lebensstil setzen; bestehende Aktivitäten evaluieren und ausbauen – Frauen vor Gefahren des Alkoholkonsum in der Schwangerschaft warnen – Initiativen gegen das Rauchen (aktiv und passiv) in der Schwangerschaft setzen – Gender Mainstreaming im Sport forcieren
Settings		
Kindergarten, Schule	– *Prävention und Gesundheitsförderung so früh als möglich in der Entwicklung ansetzen*	– Mädchenspezifische Ansätze in Gesundheitsförderung und Prävention weiter entwickeln – Geschlechtersensible Gesundheits- und Sexualpädagogik
Arbeit, Arbeitsplatz	– *Gleichstellung von Frauen und Männern in der Arbeitswelt hinsichtlich Einkommen, Position* – *pflegende Angehörige unterstützen* – *arbeitslose Frauen unterstützen* – *beruflichen Aufstieg von Frauen fördern*	– Prävention von sexueller Belästigung und Mobbing am Arbeitsplatz forcieren – Frauen bei Stress durch Mehrfachbelastung unterstützen; Stressprävention – Frauen, die unbezahlte Arbeit leisten, v. a. Frauen in der häuslichen Pflege unterstützen – wissenschaftliche Fundierung der Gesundheitsberufe ausbauen (z.B. Pflege) – Frauen in Führungspositionen
Krankenhaus	– *gesundheitsfördernde, geschlechtersensible und kultursensitive Krankenhäuser entwickeln und ausbauen …*	– … für Patientinnen (Schwangerenbetreuung, Geburtshilfe, Psychiatrie, psychosoziale Versorgung, Kardiologie, Onkologie, Geriatrie, …) – … für weibliches Gesundheitspersonal („Pflegenotstand", Arbeitbedingungen von Pflegenden und Ärztinnen)
Natürliche Umwelt	– *die Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen Umwelt und Gesundheit auf die politische Agenda setzen*	– Zusammenhänge zwischen Umwelt und Gesundheit aus der Gender-Perspektive erforschen (Lufterschmutzung und Klimaschutz, Wasserverunreinigung, Lebensmittelsicherheit und Gentechnik, Strahlenbelastung, Lärm als Stressfaktor, …)
Gesundheitswesen und Gesundheitssektoren	– *gleicher und niederschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem für alle* – *Gleichwertigkeit aller Gesundheitsberufe im Sinne eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriffs sicherstellen (Medizin, Pflege, psychosoziale Berufe, Alternativmedizin, Selbsthilfe, …*	– Frauengesundheit intersektoral verankern (in kurativen, rehabilitativen und gesundheitsfördernden Sektoren) – Selbsthilfe in die Gesundheitsversorgung stärker einbeziehen – komplementärmedizinische Behandlungsmethoden fördern und deren Qualität sichern – Gender Mainstreaming und Karriereförderung für Frauen in Pflege, Medizin, den psychosozialen Berufen
Gesellschaftliche Ebene	– *Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen* – *Betonung der Rolle des Gesundheitssystems in der Anti-Diskriminierung* – *Gender und Diversity Mainstreaming im Gesundheitswesen forcieren*	– bestehende Maßnahmen zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen fördern und Ausbauen (Frauenhäuser, Interventionsstellen, Gewaltschutzgesetz) – bestehende Initiativen, die die Rolle des Gesundheitssystems in der Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen thematisieren, fördern und ausbauen (z.B. durch Sensibilisierung des Personals in den Gesundheitsberufen)

Handlungsfelder	*Allgemeine Zielsetzung im Sinne einer Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Frauen*	Was heißt das konkret für die Gesundheit von Frauen?
Frauengesundheit in der Praxis: Wer sind die Akteur/innen? Wie kann eine Umsetzung erfolgen?		
Gesundheitspolitik	– *Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Umsetzung von Frauengesundheit schaffen* – *Bindung von Subventionszahlungen an geschlechtsspezifische Anträge und Umsetzung von Projekten und Initiativen* – *Gender budgeting*	– Etablierung eines **multidisziplinären Expert/innenforums** für frauen- und genderspezifische Gesundheit – geschlechtsspezifische **Gesundheitsziele** formulieren und umsetzen – Erarbeitung einer **Gesamtstrategie** für frauen- und genderspezifische Gesundheit – Einrichtung einer **koordinierenden Stelle** für Frauengesundheit (Vernetzung, Verbreitung von Gesundheitsinformationen) – Einrichtung zumindest **eines Frauengesundheitszentrums in jedem Bundesland** – langfristige Bereitstellung von **Ressourcen** zur Umsetzung konkreter Vorschläge
Umsetzung einer frauengerechten und geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung	– *genderspezifische Qualitätssicherung und Transparenz in der Gesundheitsversorgung* – *Patientinnenorientierung* – *Wahrung von Patientinnenrechten* – *Zweitmeinung als Standard etablieren* – *shared decision making* – *Information durch nicht-medizinische Expert/innen gleichwertig behandeln* – *Beteiligung von Konsumentinnen gesundheitlicher Leistungen auf allen Ebenen von Planung über Umsetzung zur Evaluation ermöglichen* – *Vertretung von Patient/innen in Gremien und Arbeitsgruppen, Landesgesundheitsagenturen*	– **Lebenswelten von Frauen** berücksichtigen und psychische und soziale Ursachen und Folgen von Erkrankungen in die medizinische Versorgung einbeziehen – **Über-, Unter- und Fehlversorgung** vermeiden - durch bedarfsgerechte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Behandlungskonzepte und die Einbeziehung schonender Behandlungsalternativen – **Ungleichheiten und Barrieren** im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung reduzieren, z.B. von Frauen mit unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit, sozialer Lebenssituation und in ländlichen Regionen – **vorhandene frauengesundheitsspezifische Infrastruktur** nutzen, fördern und erweitern (Frauengesundheitszentren, Frauenberatung, Frauengesundheitsforschung, Frauengesundheitskonferenzen, Koordinationsstellen für Frauengesundheit, …) – frauengerechte Gesundheitsversorgung in die **allgemeine Diskussion** des Gesundheitswesens einbeziehen (Finanzierung, Nutzer/innenorientierung, Qualitätssicherung) – **frauenspezifische Gesundheitsziele** formulieren und verfolgen – **Vernetzungen fördern** (Schnittstellenproblematik, Versorgungsketten, multiprofessionelle und interdisziplinäre Vernetzung, Praxiskooperationen, Psychosomatik, …) – **Gender- und Diversitäts-Kompetenz** an die in den Gesundheitsberufen Tätigen vermitteln (Aus-, Fort- und Weiterbildung im Sinne einer Sensibilisierung)
Gesundheitsförderung, Prävention	– *Evidenzbasierung von Screening-Programmen sicherstellen* – *geschlechtersensible Ansätze in der Gesundheitsförderung*	– evidenzbasierte **Prioritätensetzung** in Gesundheitsförderung und Prävention – **Qualitätssicherung und Evaluation** von Gesundheitsförderung und Prävention – **Geschlecht als Kriterium** für Maßnahmen in Gesundheitsförderung und Prävention
Forschung, Public Health	– *Gender-Aspekte und gesellschaftliche Diversität in alle Forschungsvorhaben integrieren* – *Kooperation zwischen Wissenschaft, Praxis und Gesundheitspolitik verstärken*	– **geschlechtsspezifische Forschung** finanzieren – **(Frauen-)Gesundheitsberichterstattung** koordinieren (Länder, Bund, WHO, EU) – **Frauengesundheitsforschung** in eine (noch zu etablierende) interdisziplinäre Public Health-Forschung einbetten

1. Einleitung: Rahmenbedingungen der Gesundheit von Mädchen und Frauen in Österreich

1.1 Warum geschlechtsspezifische Gesundheit? Entwicklungen der Frauen- und Männergesundheit

1.1.1 Die Entwicklung der Frauengesundheit

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 gesellschaftlichen 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 gesundheitlichen Bedürfnisse, Risiken und Ressourcen von Frauen und Männern in allen Bereichen des Gesundheitswesens nachhaltig zu berücksichtigen.

Hintergrund der neuen frauenzentrierten und geschlechtersensiblen Ansätze in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung ist zum einen die Frauengesundheitsbewegung der 1970er Jahre; eine andere wesentliche Triebkraft war und ist die sozialwissenschaftliche Frauenforschung (z.B. Arbeitskreis Frauen und Gesundheit, 1998; Maschewski-Schneider, 1981, 1996,1997; Helfferich, 1996; Wimmer-Puchinger 1983, 1998; Wimmer-Puchinger und Helfferich, 1996), die im Sinne einer neuen medizinkritischen *Körperpolitik* agiert (Kickbusch, 1991) und dem medizinischen Weltbild ein ganzheitliches, bio-psycho-soziales Gesundheitskonzept und die Einforderung alternativer Heil- und Behandlungsmethoden gegenüber stellt. Dieser gemeinsame Protest von Forschung und Praxis gegen die Medikalisierung des weiblichen Körpers resultierte schließlich in der Gründung von Frauengesundheitszentren und setzte somit der *„Entmündigung von Frauen im Medizinsystem einer Aktivierung des Selbsthilfepotenzials entgegen*" (Kolip und Hurrelmann, 2002, S.13). Im Laufe der 1980er Jahre geriet somit ein Bewusstseinprozess in Gang, der nicht nur Frauen der Allgemeinbevölkerung, sondern auch in Gesundheitsberufen tätige Frauen erfasste. Gesundheit wurde zunehmend zum zentralen Begriff in der Forderung nach Selbstbestimmung der Frau; 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. Als eine Konsequenz der Kritik an diesen massiven frauenspezifischen Forschungsdefiziten wurde Mitte der 1990er Jahre in den USA von den *National Institutes of Health (NIH)* ein offizielles Büro für Frauengesundheitsforschung, das *Office of Research on Women's Health*[6], eingerichtet und das Großprojekt, *The Women's Health Initiative,* mit einer Laufzeit von 15 Jahren und einem Fördervolumen von 628 Millionen US-Dollar initiiert.

In Europa wurde die Frauengesundheitsinitiative durch eine Erklärung der WHO (Weltgesundheitsorganisation) 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). [siehe auch Kapitel 1.2. und Kapitel 1.3.]

In Deutschland wurde durch die landesweite Etablierung und öffentliche Förderung der Public Health Forschung in Form von fünf regionalen *Forschungsverbänden Public Health* auch die Frauengesundheit(-sforschung) institutionalisiert (Hurrelmann und Kolip, 2002). Zum einen wurde dadurch die gesundheitswissenschaftliche Forschung generell vorangetrieben, zum anderen bildet die Public Health Bewegung einen soliden Rahmen für die Frauengesundheitsforschung (Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health, Nationales Netzwerk Frauengesundheit, mehrere Arbeitskreise *Frauen und Gesundheit* in den Fachgesellschaften).

Auf europäischer Ebene und international betrachtet ist jedoch für die Zukunft ein *Trend zur Professionalisierung der Frauengesundheit* zu erwarten: "*Eine professionelle Diskussion trägt durch Kritik und Veränderungsvorschläge zur Reform der gesundheitlichen Versorgung im Interesse von Frauen bei. Getragen wird sie von ausgewiesenen Vertreterinnen der Versorgungspraxis auf der Grundlage oft langjähriger klinischer bzw. beruflicher Erfahrung*." (BMFSFJ, Erster Deutscher Frauengesundheitsbericht, 2001, S.583)

Zentrale Themen, die das nächste Jahrzehnt der Frauengesundheit bestimmen werden, sind:
- die Forderung nach einer Betrachtung der natürlichen Lebensphasen der Frauen,
- der Umgang mit Schwangerschaft und Geburt,
- die Entwicklungen der Reproduktionsmedizin,
- Empfehlungen zur Mammographie und zur Hormonbehandlung,
- die Verschreibungspraxis von Psychopharmaka,
- die Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen,
- eine Sensibilisierung für Gewalt gegen Frauen;
- die weitere Erhellung der Zusammenhänge zwischen sozialen Ungleichheiten, Gender und Gesundheit(-spolitik) in allen Gesellschaftsschichten (sowohl für sozial benachteiligte Frauen als auch für Frauen in Führungspositionen oder in der Forschung);
- Gesundheit vor dem Hintergrund frauen- und sozialpolitischer Maßnahmen im Rahmen des Gender Mainstreaming und des Diversitäts-Managements (z.B. Einkommensunterschiede, kulturelle und ethnische Unterschiede)

[6] http://www4.od.nih.gov/orwh

1.1.2 Männergesundheit in Österreich

Mitte der 1990er Jahre hat, etwa zwanzig Jahre nach den ersten Aktivitäten im Bereich der Frauengesundheit, die Männergesundheitsinitiative eingesetzt. In einem aktuellen Sammelband zum gesundheitsfördernden und präventiven Potential in der Diskussion der Männergesundheit (Altgeld, 2004) zieht die Bremer Sozialepidemiologin und Gender-Forscherin Petra Kolip eine kritische Bilanz der Männergesundheit aus der Perspektive der Frauengesundheitsbewegung: Sie sieht einen zentralen Unterschied zwischen Männer- und Frauengesundheitsbewegung darin, dass die Frauengesundheitsbewegung sich seit jeher als emanzipatorisch verstanden hat und im Gegensatz dazu eine politische Verankerung der Männergesundheitsbewegung nicht zu erkennen sei, sondern sich vielmehr eine Kommerzialisierung abzeichne, die auf Themen wie männliche Potenz, Sexualität und körperliche Fitness fokussiere (Kolip, 2004; S.219).

In Österreich sind zwei unterschiedliche Entwicklungstendenzen in der Männergesundheit zu erkennen:

- Im psychosozialen Bereich wurde bereits Ende der 1980er Jahre erstmals Männerberatung angeboten. Diese Initiative war eine der Grundlagen der aktuellen psychosozialen Männergesundheitsbewegung in Österreich, wie sie sich z.B. im Wiener Männergesundheitszeitrum m.e.n. manifestiert.
- Im Bereich der Medizin gibt es ausgehend vom Ersten Wiener Männergesundheitsbericht (Magistrat der Stadt Wien, 1999) aktuelle Bemühungen, eine *Gender-Medizin* zu etablieren: ein aktuelles Kompendium der Gender-Perspektive in der Medizin liegt vor (Rieder und Lohff, 2004). Auch die in Wien ansässige *International Society for Men's Health and Gender* (ISMH, gegründet 2001 von Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn) zielt auf geschlechtsspezifische Medizin ab; bislang haben seit 2001 drei internationale Weltkongresse für Männergesundheit in Wien stattgefunden.

Chronologie der Entwicklung der Männergesundheit in Österreich:

1984	Wiener Männerberatung
1999	Erster Wiener Männergesundheitsbericht
2001	*International Society for Men's Health & Gender (ISMH)* mit Sitz in Wien
2001	Männerpolitische Grundsatzabteilung im BMSG
2001	Erster Weltkongress für Männergesundheit, Wien
2002	Männergesundheitszentrum m.e.n., Wien
2004	Erster Österreichischer Männergesundheitsbericht (ÖBIG im Auftrag des BMSG)

1.1.3 Gender-Medizin: Beispiele für Ansatzpunkte in Österreich

Gender-Medizin hat sich als ein Fachbergriff für eine Richtung in der Medizin etabliert, welche vermehrt geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt. Neben sozialen und psychologischen Geschlechtsunterschieden geht die Gender-Medizin vor allem von den biologischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen aus.

Eine Definition von Gender-Medizin stammt von einer der Pionierinnen der Gender-Medizin, Marianne Legato. Sie hat 1997 die *Partnership for Gender-Specific Medicine* an der Columbia University gegründet, ist weiters Herausgeberin des *Journal of Gender-Specific Medicine* und Autorin von populärwissenschaftlichen Büchern über Gender-Medizin (The Female Heart, 1992; Evas Rippe, 2004).

Marianne Legato definiert *Gender-Specific Medicine* als die Wissenschaft über die Unterschiede der normalen menschlichen Biologie zwischen Männern und Frauen und darüber, wie die Symptome, Mechanismen und die Behandlung in Abhängigkeit von Gender-Aspekten variieren.[7]

Trotz der wenigen bislang vorliegenden wissenschaftlichen Beweise, wie Gender-Aspekte die menschliche Biologie beeinflussen, kann man, laut Legato, davon ausgehen, dass sich beinahe jedes physiologische System des Körpers von Männern und Frauen unterschei-

[7] Quelle: http://www.cumc.columbia.edu/dept/partnership/index.html

det. Auch die subjektive Wahrnehmung von Krankheiten ist von Gender-Aspekten beeinflusst, wie z.B. bei den Symptomen des Herzinfarkts. Spezifische Geschlechtsunterschiede wurden in den folgenden Bereichen dokumentiert: Knochensystem, Gehirn, Schmerz, Kopfschmerz, kardiovaskuläre Erkrankungen, Medikamentenwirkung, Immunologie, Darmfunktion, Infektionen.

Eine der ersten deutschsprachigen Übersichten über die Gender-Medizin stammt von Rieder und Lohff (2004; Gender Medizin – Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis). Das Kompendium behandelt Geschlechtsunterschiede im Bereich verschiedener medizinischer Disziplinen: Allgemeinmedizin, Intensivmedizin, Kardiologie, Herzchirurgie, Angiologie, Psychiatrie, Onkologie, Neurologie, Rheumatologie, physikalischen Medizin und Rehabilitation; des Weiteren werden Gender-Aspekte hinsichtlich folgender Fragestellungen berücksichtigt: im Kindesalter (Wachstum, Entwicklung und Krankheit); bei (neuro-)psychologischen und psychosomatischen Störungen aus der Sicht der pädiatrischen Psychologie; bei angeborenen Stoffwechselstörungen; in der Ernährungsberatung, bei Gewichtsreduktion und Essstörungen; bei der alternden Bevölkerung (Demographie, gesundheitliche Einschränkungen, Krankheiten und Prävention); im Zusammenhang mit Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse und im Bereich der Public Health.

1.1.4 Gender Mainstreaming als Element der Qualitätssicherung

Ein Beitrag von Dr. Lucia Ucsnik, MAS

Von der Qualitätssicherung zum Gender Mainstreaming: das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz

Etablierung einer umfassenden Qualitätssicherung

Im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz BetriebsGmbH führen die Geschäftsführenden und Vorstände seit dem Jahr 2000 regelmäßige Zielvereinbarungs-, Planungs- und Mitarbeiter/innengespräche mit den Leitenden der Abteilungen, Bereiche und Institute. Weiters finden seit 2002 quartalsweise Zielevaluierungsklausuren der Geschäftsführung und der Vorstände statt. Dieser Prozess wird durch die Umsetzung von Qualitätsmanagement[8] in den medizinischen Abteilungen (Stationen, Ambulanzen, Operationsbereich) unterstützt, wo der Dienstleistungscharakter durch die Behandlung, Betreuung, Begleitung und Pflege der Patient/innen vorherrscht.

Ein Ziel des Prozesses ist die nachhaltige Integration von Gender Mainstreaming in die Führungsinstrumente des Krankenhauses und die konstante Formulierung von Gender Mainstreaming-Zielen im Bereich der fünf Dimensionen Kund/innen, Finanz, Qualität, Mitarbeitende, Werte nach einer hausinternen Balanced Score Card (d.h. eines Konzepts zur Umsetzung einer Unternehmensstrategie). Angestrebtes Ergebnis ist die routinemäßige Anwendung von Gender Mainstreaming sowohl bei der Dienstleistungserbringung in Form einer geschlechtergerechten Medizin und Pflege als auch in der Personal- und Organisationsentwicklung.

Dieses Modell wurde bereits von mehreren medizinischen Abteilungen beschritten (z.B. den Abteilungen für Anästhesie und Intensivmedizin, der Akutambulanz und -station). Der Servicebereich, die Geschäftsführung und der Vorstand folgten mit der Selbstbewertung nach einem neu adaptierten Quick-Scan-Modell.

Am 13. Oktober 2004 erfolgte die erste hausweite Selbstbewertung durch Mitarbeitende aus Medizin, Pflege und Service-Bereichen gemeinsam mit der Geschäftsführung und den Vorständen. Dadurch werden Führungs- und Qualitätsmanagementsysteme, -instrumente und -prozesse zusammengeführt.

Zielsetzung: Gender Mainstreaming im Krankenhaus

Geschlechtersensible Personalentwicklungsmaßnahmen, wie z.B. die Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für Frauen oder die Förderung von Wiedereinsteiger/innen schaffen auch einen fruchtbaren Boden dafür, auf noch breiterer Ebene Gender Mainstreaming und den Ansatz der Chancengleichheit als Querschnittsthema zu integrieren. Ein Bewusstsein für diese Aktivitäten besteht alleine schon durch

[8] entsprechend dem European Foundation of Quality Management (EFQM)-Modells der ISO

die Geschlechterverteilung im Personal: 77 Prozent Frauen zu 23 Prozent Männer (Durchschnittsalter ist 32 Jahre).

Bereits vor Projektbeginn setzte das Top-Management folgende Maßnahmen:

- Integration von Gender Mainstreaming in die Fünf-Jahres-Strategie (Oktober 2003): *Zuwendung und Menschlichkeit sind uns ein bewusstes Anliegen. Wir gehen in jeweiligen Lebensabschnitt der Patientinnen und Patienten auf ihr privates und soziales Umfeld sowie auf ihr Geschlecht ein.*
- Integration von Gender Mainstreaming in die Abteilungs- und Bereichs-Ziele 2004;
- Einsetzen einer Gender Mainstreaming-Beauftragten als Stabstelle der Geschäftsführung und der Vorstände (November 2003);
- Verteilung von Richtlinien zu einer gendergerechten Sprache (Jänner 2003);
- Information der Leitungskräfte bei der Leitungskonferenz (Feber 2004);
- Beitrag in dem quartalsweise erscheinenden Krankenhaus-Journal *Miteinander.*

Gender Mainstreaming wird als fester inhaltlicher Themenpunkt in die neu entwickelte Vision und Strategie integriert, um eine nachhaltige Implementierung von Gender Mainstreaming in den Bereichen Kundschaft (Gender Based Medicine and Nursing), Qualität, Mitarbeitende sowie der in der Balanced Score Card festgelegten Werte umzusetzen.

Im zweiten Halbjahr 2004 beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) die Eigentümer/innen mit einer allgemein zugänglichen Zusammenfassung und Dokumentation ihrer Erfahrungen bei der Integration von Gender Mainstreaming in die Führungs- und Qualitätsmanagementinstrumente durch Erstellung eines Leitfadens. Dieser soll insbesondere folgende Elemente enthalten:

- Darstellung der Ausgangssituation bezogen auf die Methodik des Gender Mainstreaming und den Top Down Ansatz;
- strukturschaffende Prozesse für Gender Mainstreaming;
- Beschreibung der Prozesse, die die Organisation für Gender Mainstreaming sensibilisieren;
- Beschreibung der verwendeten Management- und Gender Mainstreaming-Instrumente und deren Zusammenführung im Hinblick auf die Bedürfnisse eines Spitalsbetriebes;
- Entwicklung eines Kennzahlensystems zur Reflexion der strukturschaffenden und sensibilisierenden Prozesse mittels eines geeigneten Evaluierungsbogens, der einen Nachweis der Nachhaltigkeit der Integration von Gender Mainstreaming ermöglicht;
- Integration von Gender Mainstreaming als fixer Bestandteil der quartalsweise tagenden Klausur der Vorstandsmitglieder;
- Erkenntnisse und deren Anwendbarkeit für Dritte.

1.1.5 Geschlechtergerechte Medizin: Prüfung von Medikamenten an Frauen

Ein Beitrag von Dr. Christiane Körner, Österreichische Apothekerkammer, Wien[9]

Frauen sind anders. Schon allein die physiologischen Unterschiede zwischen Mann und Frau sind evident. Insbesondere kann jedoch das unterschiedliche Hormonsystem 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.

[9] Der Inhalt dieses Abschnitts gibt die persönliche Meinung der Autorin wieder.

Dass diese mittlerweile gut erforschten Fakten der Unterschiede zwischen Frauen und Männern sich aber kaum in der Erforschung von neuen Arzneimitteln und deren Effizienz und Sicherheit niedergeschlagen haben, erstaunt. Bereits seit längerer Zeit gibt es Bedenken von Wissenschaftern, 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.

Daher stellt sich 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 untersuchen. So enthält das zentrale Normenwerk der Europäischen Union für Arzneimittel, die *EU-Richtlinie 2001/83 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel* lediglich Vorschriften in Bezug auf bestimmte Risikogruppen. So sind für die Phase der Testung gemäß Anhang 1, Teil 4 *Klinische Unterlagen*, „nähere Angaben darüber zu machen, ob sich in der Gruppe Risikopatienten befinden (alte Leute, Kinder, schwangere und menstruierende Frauen)" bzw. muss „eine kritische Beurteilung der Unbedenklichkeit unter Berücksichtigung nachteiliger Reaktionen in Bezug auf besondere Merkmale in *Subgruppen* von Patienten" erfolgen. Artikel 59 Abs. 1 litera c sieht für die Etikettierung und Packungsbeilagen vor, dass „die besondere Situation bestimmter Verbrauchergruppen (Kinder, schwangere oder stillende Frauen)" anzugeben ist.

Ein weiteres wichtiges Rahmengesetz des EG-Rechts, die *Richtlinie 2001/20 über die Anwendung der guten klinischen Praxis* enthält hingegen überhaupt keinen Anhaltspunkt auf geschlechtsspezifische Prüfkriterien. Die in der Praxis wichtigen Richtlinien und Empfehlungen der Europäischen Arzneimittel-Agentur EMEA gehen da bereits einen Schritt weiter. Zwar sind auch in deren allgemeinen EMEA *Guideline E 8 General Considerations for Clinical Trials* nur Empfehlungen für bestimmte Risikogruppen (Frauen im gebärfähigen Alter, schwangere und stillende Frauen) enthalten. In spezielleren, auf bestimmte Krankheiten bezogenen Guidelines wird aber bereits die Bedeutung von ausreichenden Testdaten hervorgehoben. Beispielsweise verlangt die EMEA *Note for Guidance on development of medicinal products for treatment of HIV*, dass „die Anzahl an Frauen und Personen von ethnischen Minderheiten ausreichend sein sollte, um allgemeine Schlussfolgerungen in Bezug auf Sicherheit und Effizienz zu erlauben" (Punkt 3.1.) oder, dass „Studien pharmakokinetische Wechselwirkungen, einschließlich möglicher Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts" untersuchen (4.2.2.). Auch die EMEA *Points to Consider über Arzneimittel für das Reizdarmsyndrom* fordern, dass „Männer und Frauen [in die Studie] in ausreichender Zahl aufgenommen werden sollten, um aussagekräftige Untergruppen-Analysen zum Beweis der Ergebniskonsistenz zu erlauben."

In den USA hat man diese Problematik bereits viel früher nicht nur erkannt, sondern auch schon früh einer Regelung unterzogen, um Pharmaunternehmen zu einer ausreichenden Erhebung von geschlechtsspezifischen klinischen Daten zu bewegen. Dazu erließ die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA im Juli 1993 die erste *Guideline for the Study and Evaluation of Gender Differences in the Clinical Evaluation of Drugs*, welche verlangt, dass „Medikamente an Personen getestet werden, die die volle Spannweite aller möglichen Patienten repräsentieren, die das Präparat voraussichtlich erhalten werden".

Auf EU-Ebene sind derzeit zwei Entwürfe für Richtlinien in Diskussion, die auf die speziellen Umstände bei seltenen Krankheiten bzw. auf die Besonderheiten bei Arzneimitteln für Kinder abzielen. Insbesondere der Vorschlag für pädiatrische Arzneimittel sieht eine Reihe von Maßnahmen vor, um Pharmaunternehmen einen Anreiz zu geben, aufwändige und sicher teure klinische Tests bei Kindern durchzuführen.

Eine allgemeine, rechtlich durchsetzbare Verpflichtung zur Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Unterschieden in klinischen Testungen ist daher aus fachlicher Sicht erforderlich. Den sicherlich reflexartig erschallenden Argumenten, dass dadurch die Kosten explodieren werden und der Aufwand viel zu groß sei, kann entgegen gehalten wer-

den, dass gesamt- und volkswirtschaftlich die heute existierenden und vermutlich steigenden Kosten falscher oder ungenauer Medikation um ein vielfaches höher sein dürften. Außerdem hat der jüngste Kommissionsvorschlag für pädiatrische Arzneimittel gezeigt, dass vernünftige Maßnahmen ausreichend Bonus für die Industrie darstellen können, um möglichen Mehraufwand zu tragen.

1.1.6 Gender-Medizin an den österreichischen Medizinischen Universitäten

Gender Mainstreaming an der Medizinischen Universität Wien[10]

Ein Beitrag von Ass.-Prof. Dr. Brigitte Litschauer

Grundlegende Zielsetzung der Medizinischen Universität Wien (MUW) ist es, die Potentiale von Frauen zu fördern und strukturelle Bedingungen zu schaffen, welche zukünftig mehr Frauen ermöglichen, Kompetenz und Kreativität in die Leistungen der Universität einzubringen. Die Gleichstellung von Frauen und Männern zählt zu den leitenden Grundsätzen und Aufgaben der Medizinischen Universität Wien. Um dieses Ziel zu erreichen, wird Gender Mainstreaming als allgemeines Leitprinzip an der MUW verankert und durch ein Portfolio für spezielle Frauenförderungsmaßnahmen ergänzt.[11]

Die Ausgliederung der Medizinischen Universität Wien im Jänner 2004 machte den Neuaufbau einer eigenen, die Spezifika einer Medizinischen Universität berücksichtigenden Dienstleistungseinrichtung notwendig, wobei Forschung und Lehre gleichzeitig mit der Patient/innen-Versorgung in Einklang zu bringen sind. Die MUW hat daher mit 1. Jänner 2004 die **Stabsstelle Gender Mainstreaming** als Organisationseinheit zur Koordination der Aufgaben der Gleichstellung, der Frauenförderung sowie der Geschlechterforschung eingerichtet (§ 19 Abs. 2 Z 7 UG 2002). Die Stabsstelle ist im Rektorat angesiedelt und untersteht direkt dem Rektor. Durch budgetäre Umschichtungen wurden 2004 vier Planposten (drei Akademikerinnen, eine Administrativkraft) geschaffen. Die Schwerpunkte der Arbeit lassen sich entsprechend den in der Satzung[12] und bei einer Gender-Klausur festgelegten Aufgaben in die Bereiche Gender Mainstreaming und Frauenförderung (Stärkung der Berufsposition von Frauen) sowie geschlechtsspezifische Forschung und Lehre gliedern.

Der Fokus der im Jahr 2004 entwickelten Maßnahmen und Projekte zur Frauenförderung war auf jene Wissenschafterinnen gerichtet, die sich in einer Schwellensituation befinden (z.B. Habilitation), um dem auch für die MUW feststellbaren *leaky pipeline*-Effekt[13] gegenzusteuern. Zur Umsetzung erster konkreter Maßnahmen und Projekte der Frauenförderung wurde im November 2004 ein aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) kofinanziertes medizinspezifisches **Mentoring-Programm** *Frauen netz.werk Medizin*, sowie zielgruppenspezifischer Frauenförderprogramme und Qualifizierungsmaßnahmen begonnen (Karriereplanung für Wissenschafterinnen, effektive Kommunikationsstrategien für Frauen, Medientraining für Frauen). Weiters wurde unter der Leitung der Stabsstelle Gender Mainstreaming eine eigene Arbeitsgruppe gebildet, die mit der Erarbeitung von **Gender Mainstreaming-Indikatoren** für die MUW und der Entwicklung finanzieller Anreizsysteme (**Gender Budgeting**) beauftragt ist.

Die MUW hat sich im Rahmen einer grundsätzlichen Reform der Studien der Humanmedizin (*Medizin Curriculum Wien* - MCW) für die Integration eines interdisziplinären Schwerpunkts Geschlechterforschung - **Women's Health und Gender-based Medicine** - in

[10] Links: Stabsstelle Gender Mainstreaming: http://www.meduniwien.ac.at/gender;
Frauenförderungsplan: http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=302&language=1;
Mitteilungsblätter: http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=167;
Satzung: http://www.meduniwien.ac.at/files/6/3/mtb9.pdf;
Entwicklungsplan: http://www.meduniwien.ac.at/files/6/3/16_mb_17_05.pdf;
Studienplan: http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=94&language=1;
GendeRing Sommersemester 2005: http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=302&language=1

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

[12] Mitteilungsblatt der MUW IX vom 23.12.2003

[13] Leaky pipeline = wörtlich „versickernde Pipeline"; umschreibt das Phänomen, dass mit steigender Hierarchiestufe der Frauenanteil geringer wird, d.h. Frauen auf dem Weg von Studienbeginn bis zur Etablierung in höheren beruflichen Positionen „versickern"

das Gesamtcurriculum entschieden. Bereits in der Studieneingangsphase (Block 1) wird den Studienanfänger/innen mit der Vorlesung *Gender in der Medizin* ein erster Einstieg ins Thema geboten. Weiters sind die Mitarbeiterinnen der Stabsstelle Gender Mainstreaming in diversen curricularen Planungsteams vertreten, um eine gendergerechte Curriculumsentwicklung sicherzustellen.

Seit dem Wintersemester 2004/05 werden mindestens zwei jeweils dreistündige **Ringvorlesungen** *GendeRing* von der Stabsstelle Gender Mainstreaming geplant und durchgeführt, die im Rahmen der freien Wahlfächer absolviert werden können.

Eine weitere Aufgabe der Stabsstelle besteht in der Bündelung, Koordination und Vernetzung vorhandener Forschungsaktivitäten an der MUW im Bereich der Frauen- und Geschlechterforschung, um dem im Entwicklungsplan fest gelegten Ziel, die MUW als **Nationales Zentrum für Frauengesundheit** zu positionieren, näher zu kommen.

Forschungsprogramm Gender-Medizin an der Paracelus Medizinischen Privatuniversität Salzburg (PMU)

An der Paracelsus Universität Salzburg (PMU) ist seit Jänner 2004 ein Forschungsprogramm Gender-Medizin situiert. Zielsetzung ist die Etablierung eines Instituts für Gender-Medizin, welches in personeller Hinsicht aus je einem/einer medizinischen und einem/einer sozialwissenschaftlich Fachwissenschafter/in bestehen soll. Das Forschungsprogramm widmet sich in den Bereichen Forschung und Lehre dem Thema Geschlecht in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Forschungsschwerpunkte sind z.B. Unterschiede in der Behandlungsintensität und der medizinischen Versorgung, die Beziehung zwischen Ärzt/in und Patient/in und die Betrachtung der medizinischen Berufshierarchie unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten. Die wissenschaftliche Forschung erhebt den Anspruch, Verbesserungsvorschläge zu machen und zum Thema Gesundheitsvorsorge aus Geschlechtersicht Stellung zu beziehen.

Den Auftakt für das Forschungsprogramm Gender-Medizin bildete im Herbst 2004 die erste Tagung an der neu eröffneten PMU mit dem Titel *frauen:männer gesundheit:krankheit*, zu der sich internationale Referent/innen und 300 Teilnehmer/innen aus Österreich und Deutschland einfanden. Ein Tagungsband zu dieser Veranstaltung ist in Vorbereitung.

Ein aktueller thematischer Schwerpunkt ist das Thema Essstörungen bei Männern mit besonderer Berücksichtigung des Sports (eine Publikation ist in der Zeitschrift *Gender Medicine* der *Partnership for Gender-Specific Medicine* an der Columbia University, New York City, geplant).

In Vorbereitung sind weiters: ein Vorsorgeprojekt im Bereich kardiovaskulärer Erkrankungen (Initiative Gesundes Salzburg); ein Projekt mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz (Geschlechtsspezifische und genderbasierte Medizin und Pflege); eine Tagung zum den Themen Schmerz – Abschied – Tod; eine Ringvorlesung gemeinsam mit der Paris Lodron Universität und der Universität Mozarteum zum Thema Gesundheit – Gesellschaft - Geschlecht mit Alternativen Nobelpreisträgern.

Medizinische Universität Innsbruck: Geschlechtergerechte Medizin wurde an der Medizinischen Universität Innsbruck bereits im Rahmen einer Ringvorlesung im Grundmedizinstudium angeboten, damit die Student/innen möglichst früh von deren Bedeutung erfahren. Eine Integration von geschlechtergerechter Medizin in das Doktoratsstudium wurde noch nicht realisiert und setzt bestimmte Beschlüsse der universitären Gremien voraus. Der derzeitige Rektor setzt sich dafür ein, möglichst viele Frauen in leitende Positionen zu bringen, da ja fünfzig Prozent der Studienbeginner/innen Frauen sind, ihre Repräsentanz aber in leitenden Positionen noch sehr schwach ist. An der Universitätsklinik Innsbruck gibt es seit mehreren Jahren eine Station für Frauengesundheit.

Medizinische Universität Graz: Einzelne Module geschlechtergerechter Medizin sind bereits im Grundstudium vorhanden. Zudem werden im Rahmen der interdisziplinären Grazer Koordinationsstelle für Geschlechterstudien, Frauenforschung und Frauenförderung seit 1999 Aigner-Rollett-Gastprofessuren für Frauen- und Geschlechterforschung vergeben (Octavia Aigner Rollet war die erste praktizierende Ärztin in Graz). Diese Gastprofessur wurde 2001 zum Thema kardiologische Geschlechterforschung abgehalten, weiter medizinische Schwerpunkte sind geplant.

1.2 Die Rolle der Frauengesundheitsberichterstattung

Die aktuelle Perspektive der Frauengesundheitsberichterstattung ist gekennzeichnet durch ihre Entwicklung in Richtung einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung, die sich wie folgt definieren lässt:

- sie beschreibt die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern
- sie betrachtet die für Frauen und Männer jeweils *spezifischen* Gesundheitsfragen (z.B. Eierstockkrebs, Prostatakrebs, ...)
- sie führt systematische *Vergleiche zwischen Frauen und Männern* durch (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Darmkrebs, ...)
- sie berücksichtigt die soziale Konstruktion von Geschlechtsidentitäten, das heißt den *Gender-Aspekt* in der Identifizierung und Erklärung von gesundheitlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern und wird damit der *sozialen Diversität* gerecht.

1.2.1 Frauengesundheitsberichterstattung in Österreich, in Europa und international

Ursprung der Frauengesundheitsberichterstattung ist die **Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen**, die 1994 als Abschlussdokument der WHO-Konferenz *Women's Health Counts* veröffentlicht wurde. Dieses Dokument enthält sechs Handlungsprioritäten (WHO, 1994):

1. erhöhte gesundheitliche Sicherheit von Müttern (frauenfreundliche Geburtspraktiken, Förderung des Stillens, ...)
2. Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (verbesserte sexuelle Aufklärung für Mädchen und Jungen, leichter erhältliche Verhütungsmittel, ...)
3. Einführung frauenfreundlicher Kostenstrategien
4. Schaffung von effizienten Vorsorgeprogrammen (v. a. Krebsprävention) und Unterstützung von Programmen zur Förderung gesunder Lebensweisen (Ernährung, Tabakkonsum, psychische und geistige Gesundheit, Altern, ...)
5. Bekämpfung von körperlicher und sexueller Gewalt gegen Frauen
6. Verbesserungen für Frauen, die in Gesundheitsberufen arbeiten (bessere Arbeitsbedingungen, Bezahlung, Fortbildungsmöglichkeiten)

Die WHO empfiehlt als Strategien zur Umsetzung dieser Handlungsprioritäten:

- geschlechtsspezifische Monitoring- und Berichtssysteme und Frauengesundheitsberichte zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation der Frau, die den Parlamenten, den Medien und der Öffentlichkeit vorgelegt werden sollen;

- forcierte Frauengesundheitspolitik durch Einrichtung eines Frauengesundheitsbüros und eines nationalen Frauengesundheitsforums;

- Entwicklung von Forschungsstrategien für den Bereich Gesundheit von Frauen in denen Prioritätsbereiche und sich daraus ergebende Maßnahmen beschrieben werden. Der Forschungsansatz sollte multidisziplinär sein.

Die **WHO-Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten** (Guidelines für *Women's Health Profiles*) umfassen neunzig Indikatoren zur Beschreibung der Gesundheit von Frauen. Diese ursprünglich empfohlenen neunzig Indikatoren der Frauengesundheit wurden in späteren Berichten ergänzt und erweitert. Die Erstellung des zweiten österreichischen Frauengesundheitsberichts nimmt Bezug auf die WHO Guidelines, wird diese aber ebenso aktualisieren, erweitern und ergänzen.

Die neunzig WHO-Indikatoren der Frauengesundheit sind in folgenden Schwerpunkten zusammen gefasst:

1. Demografische Situation: Geburten-, Sterberate, ...
2. Sozioökonomische und politische Situation: Frauenquoten, Bildung, Einkommen, Arbeitssituation etc.
3. Gesundheitszustand: Morbidität und Mortalität, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Frauen mittleren Alters und älterer Frauen
4. Gesunder Lebensstil: Gesundheitsförderung, Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten-, Drogenkonsum, Stress, ...

5. Umwelt und Arbeit: Umweltbezogene Erkrankungen und Berufskrankheiten
6. Gesundheitsversorgung, -einrichtungen: Zugang zu und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Frauen, Qualität, etc.
7. Politische Entwicklungen: Ziele, Dokumente, Diskussion, ... der Politik von Frauengesundheit**Überblick: bereits bestehende Frauengesundheitsberichte**

Ausgehend von der Empfehlung des europäischen Regionalbüros der WHO in Kopenhagen, länderspezifische Frauengesundheitsberichte zu erstellen, wurde in Österreich vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung im Jahr 1995 der erste österreichische Frauengesundheitsbericht (Austrian Women's Health Profile 1995) erstellt, der sich an den WHO-Richtlinien orientiert.

Neben dem 1995 erstellten ersten gesamtösterreichischen Frauengesundheitsbericht liegen bislang Berichte aus den Bundesländern Wien (1996), Niederösterreich (1998), Oberösterreich (1995), Steiermark (1998), Vorarlberg (1998) und Salzburg (2000) vor – nicht jedoch im Burgenland, in Kärnten und Tirol. Die vorliegenden Frauengesundheitsberichte aus den österreichischen Bundesländern unterscheiden sich sowohl methodisch als auch thematisch grundlegend voneinander. Ansätze, die Datenlage zu verbessern, wurden in den letzten Jahren zwar unternommen, sind aber bislang nicht ausreichend.

Tabelle 1-1. Frauengesundheitsberichterstattung in Österreich (1995-2004)

Region	Jahr	Auftraggeber	Erstellt durch
Österreich gesamt	1995	Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, Fonds Gesundes Österreich	LBI für Frauengesundheitsforschung (Beate Wimmer-Puchinger, Margit Hörndler)
Wien	1996	MA 15 Gesundheitswesen, Referat III/1 Gesundheitsberichterstattung	LBI für Frauengesundheitsforschung (Beate Wimmer-Puchinger, Martina Klotz)
Niederösterreich	1999	Amt der NÖ Landesregierung, GS1 Sanitätsdirektion	LBI für Frauengesundheitsforschung (Beate Wimmer-Puchinger, Barbara Fuchs)
Linz	1995	Linzer Frauenbüro	Martina Beham, Renate Kränzl-Nagl, Margarethe Ortmair
Steiermark	1998	Frauen- und Gesundheitsstadträtin Tatjana Kaltenbeck, Gesundheitslandesrat Günter Dörflinger	Institut für Sozialmedizin der Uni Graz (Éva Rásky)
	2004	Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B Gesundheitswesen	FH Joanneum, Gesundheitsmanagement im Tourismus (Gerlinde Grasser et al.)
Vorarlberg	1998	Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Sanitätsangelegenheiten	Elmar Bechter, Hans Concin
Salzburg	2000	Büro für Frauenfragen und Gleichbehandlung des Landes Salzburg, Frauenbüro der Stadt Salzburg	Solution (Birgit Buchinger, Ulrike Gschwandtner)

Ein wesentliches Ergebnis der bisherigen Frauengesundheitsberichte in Österreich ist die Feststellung, dass in gewissen Bereichen Daten bzw. Studien gänzlich fehlen: z.B. lagen im Jahr 1995 keine repräsentativen Studien zur Empfängnisverhütung, keine exakten Daten über polizeilich gemeldete Gewalt gegen Frauen und auch kaum Daten über die Situation von Frauen mit Behinderung oder zur Situation von Migrantinnen vor.

Auch auf europäischer Ebene regte die WHO frauenspezifische Gesundheitsberichterstattung an. Für Österreich interessant sind dabei vor allem die Berichte aus den deutschsprachigen Nachbarländern. Der Schweizer Frauengesundheitsbericht wurde 1996 veröffentlicht (Schweizer Nationalfonds, 1996), der Deutsche Frauengesundheitsbericht im Jahr 2001 (BMFJFS, 2001). In der Bundesrepublik Deutschland gibt es zudem mehrere Länderberichte zur Frauengesundheit, so z.B. in Nordrhein-Westfalen (2000), Bremen (2001), Baden-Württemberg (2000).

Neben der WHO hat auch die Europäische Kommission im Jahr 1997 einen Bericht zum *Status der Frauengesundheit in der Europäischen Union* veröffentlicht (Europäische Kommission, 1997). Im außereuropäischen Raum sind die Bemühungen des kanadischen Gesundheitsministeriums hervorzuheben – besonders, was die Vorgehensweise betrifft, nämlich eine *Women's Health Surveillance* im Gesundheitswesen zu etablieren.

1.3 Ziele und Methodik des vorliegenden Frauengesundheitsberichts

1.3.1 Fragen und Ziele des Frauengesundheitsberichts

1. Der zeitliche Rahmen des Frauengesundheitsberichts bezieht sich auf die *vergangenen zehn Jahre* mit der Fragestellung, welche Entwicklungstendenzen in der gesundheitlichen Lage von Frauen in Österreich zu erkennen sind. Themen der Frauengesundheit wie z.B. die Früherkennung von Brustkrebs, Hormonersatztherapien, die gesundheitliche Situation von Migrant/innen, Essstörungen – um nur einige davon zu nennen – sind in den letzten Jahren vermehrt von Fachleuten aufgegriffen worden und ins Interesse der Öffentlichkeit getreten.

2. Eine weitere zentrale Frage ist, wie frauenspezifisch, aber auch - im Sinne des *Gender Mainstreaming* -, wie *geschlechtssensibel* oder *geschlechtergerecht* Angebote der gesundheitlichen Versorgung, aber auch jene der Prävention und der Gesundheitsförderung sind. In den letzten Jahren wurden zum Beispiel die Geschlechtsunterschiede in Diagnostik und Therapie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen diskutiert. Aber auch bei Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung ist zunehmend die Forderung zu stellen, Rücksicht auf die speziellen Bedürfnisse von Frauen und Männern und von Mädchen und Burschen zu nehmen.

3. Die Frage nach der Berücksichtigung *geschlechtsspezifischer Aspekte in der Gesundheitsberichterstattung* durchzieht auch den vorliegenden Bericht und wurde unter anderem in der Auftaktveranstaltung zum Österreichischen Frauengesundheitsbericht im Mai 2004 auf breiter fachlicher Basis diskutiert.

4. Ein Ziel des Frauengesundheitsberichtes ist die Beantwortung der Frage, welche *gesundheitspolitischen Konsequenzen* sich aus der Bestandsaufnahme der Frauengesundheit im zweiten österreichischen Frauengesundheitsbericht ableiten lassen. Bereits in der Praxis bewährte Modelle (*Models of Good Practice*) sollen hier als Basis dienen.

5. Ein wesentlicher Beitrag des Frauengesundheitsberichtes soll die Förderung des Bewusstseins sein, dass *Geschlechtergerechtigkeit ein Teil der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen* sein muss. Durch Einfließen geschlechtsspezifischer Aspekte in die Formulierung von Qualitätsstandards wird die Adäquatheit der Gesundheitsversorgung gewährleistet. Die bisherigen Ergebnisse der Frauengesundheitsberichte zeigen, dass sowohl in der Prävention und Diagnostik als auch in der Versorgung die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern stärker berücksichtigt werden müssen. Dies bringt nicht nur mehr Lebensqualität für alle Beteiligten, sondern wird auch auf Dauer zu Kostensenkungen im Gesundheitswesen führen, weil Über- Unter- und Fehlversorgungen langfristig vermieden werden können.

1.3.2 Methodische Basis des Frauengesundheitsberichtes

Folgende allgemeine Arbeitsprinzipien fanden bei der Erstellung des Frauengesundheitsberichtes Berücksichtigung:

- Orientierung an in- und ausländischen Ansätzen der Gesundheitsberichterstattung, im Besonderen der Frauengesundheitsberichterstattung (z.B. Robert Koch Institut, 2001; Gender Berichterstattung Schweiz)
- Beiziehen eines multidisziplinären Expert/innenbeirats aus allen für die Frauengesundheit relevanten Bereichen
- Berücksichtigung einer Vielfalt von Datenquellen und Datentypen
- Einbeziehung aller gesundheitsrelevanten Handlungsfelder (Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung und Rehabilitation)
- Hinweis auf die multiplen Determinanten von Gesundheit und Krankheit (Lebensphasen, Zielgruppen, Settings, Ressourcen, ...)
- Berücksichtigung internationaler Leitlinien der Gesundheit (WHO Ottawa Charta, 21 Ziele zur *Gesundheit für alle*) und des Gender Mainstreaming.

Vielfalt von Datenquellen und Datentypen

Querverweis: siehe Anhang

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

1.4 Politische und institutionelle Rahmenbedingungen der Frauengesundheit

1.4.1 Frauengesundheit und internationale Frauen- und Gleichstellungspolitik

Dem Prinzip des Gender Mainstreaming, das seit Ende der 1990er Jahre die nationale und internationale Frauen- und Gleichstellungspolitik maßgeblich prägt, geht ein mehrere Jahrzehnte langer engagierter Kampf um die Gleichstellung der Geschlechter voraus. Die Gleichstellung von Frauen und Männer wurde bereits in der UN-Menschenrechts-Charta 1945 als fundamentales Prinzip der Menschenrechte anerkannt, zahlreiche Aktivitäten der Vereinten Nationen folgten, wie z.B. das *Internationale Jahr der Frau* 1975, welches das *Internationale Jahrzehnt der Frau* einleitete. Die ebenfalls 1975 veranstaltete *Erste Weltfrauenkonferenz* in Mexiko war der Auftakt einer Reihe von Meilensteinen der internationalen Frauenpolitik, die einen Höhepunkt in der *Vierten Weltfrauenkonferenz* in Peking fand, wo auch wesentliche Grundlagen für die heutige Frauengesundheitspolitik gelegt wurden.

Meilensteine der Frauen- und Gleichstellungspolitik der Vereinten Nationen:

1975	Internationales Jahr der Frau
1975	Erste Weltfrauenkonferenz in Mexiko
1976-85	Jahrzehnt der Frau
1979	CEDAW - Konvention zu Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau
1980	Zweite Weltfrauenkonferenz in Kopenhagen
1985	Dritte Weltfrauenkonferenz in Nairobi
1994	ICPD Kairo, International Conference on Population and Development (Weltbevölkerungskonferenz)
1995	Vierte Weltfrauenkonferenz in Peking
1999	Kairo+5 (Aktivitäten zur Evaluation der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994)
2000	Peking+5 (Aktivitäten zur Evaluation der Weltfrauenkonferenz in Peking 1995)
2005	Peking+10 (49. Sitzung der Commission on the Status of Women in New York)

Das *Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW)* wurde 1979 von der UN-Generalversammlung angenommen und bis zum Jahr 2000 von 165 Staaten unterzeichnet. CEDAW zielt ab auf die Beseitigung der Diskriminierung von Frauen im politischen und öffentlichen Leben, in Erziehung, Ehe, Familie, Arbeit und Gesundheit. Im Artikel 12 des CEDAW verpflichten sich die Vertragsstaaten zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Gesundheitswesen durch Gewährleistung des gleichen Zugangs von Frauen und Männer zur Gesundheitsversorgung und Familienplanung und durch angemessene Betreuung während und nach Schwangerschaft und Geburt.

1999 sprach der CEDAW-Ausschuss eine allgemeine Empfehlung zu Artikel 12 aus:

„Die Vertragsstaaten sollen eine umfassende *nationale Strategie zur Förderung der Gesundheit von Frauen während ihres gesamten Lebenszyklus* umsetzen. Das schließt Interventionen ein, die auf die Verhütung und Behandlung von Krankheiten und Leiden, die Frauen betreffen, und auf die Gewalt gegen Frauen abzielen und die einen universellen Zugang aller Frauen zur vollen Bandbreite hoch qualitativer und bezahlbarer Gesundheitsdienste, einschließlich der Dienstleistungen zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, sicherstellen."

„Weiter sollen die Vertragsstaaten angemessene Haushaltsmittel sowie Personal- und Verwaltungsressourcen bereitstellen, um zu gewährleisten, dass Frauen unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse in den Genuss eines *Anteils des gesamten Gesundheitsbudgets* kommen, *der dem der Männer entspricht*."

Evaluation internationaler Frauenpolitik: die Berichte Kairo+5 und Peking+5

Da sich sowohl die Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 als auch die internationale Frauenkonferenz in Peking 1995 langfristige Ziele gesetzt haben, wurden in vielen Ländern Komitees eingerichtet, die die Umsetzung dieser Ziele überwachen und in regelmäßigen Abständen Berichte erstellen. Folgende Aktivitäten wurden bislang gesetzt:

Die Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) in Kairo 1994 hat ein auf zwanzig Jahre angelegtes Aktionsprogramm zur Gleichberechtigung der Geschlechter und zum Empowerment von Frauen erstellt. Fünf Jahre nach der Konferenz, im Jahr 1999, evaluierten die Vereinten Nationen im Rahmen des Kairo+5-Prozesses die Entwicklung, weitere Evaluierungen wurden in Aussicht gestellt.

Die Peking+5-Aktionsplattform wurde auf der 23. Sondersitzung der UN-Generalversammlung *Frauen 2000: Gleichberechtigung der Geschlechter, Entwicklung und Frieden für das 21. Jahrhundert* (5. bis 10 Juni. 2000 in New York) ins Leben gerufen, um die auf der Vierten Weltfrauenkonferenz in Peking vereinbarten Ziele zu evaluieren.

Entwicklung von Indikatoren der geschlechtsbedingten Diskriminierung

Zur Bewertung der geschlechtsbedingten Diskriminierung gibt es mehrere komplexe Indikatoren, die auf einer sehr generalisierten Ebene internationale Ländervergleiche ermöglichen. Diese Indikatoren wurden im UNFPA-Weltbevölkerungsbericht 2000 vorgestellt (UNFPA - Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen; UNFPA, 2000, S. 59ff):

- Im *Human Development Index (HDI)* wird der Gesundheitszustand und der Zugang zu Gesundheitsleistung anhand der Lebenserwartung erfasst, weiters die wirtschaftliche Lage (BIP-Bruttoinlandsprodukt pro Kopf) und die Qualität des Bildungssektors (Analphabetenquote, Universitätsabsolventen).

- Der *Gender Development Index (GDI)* ergänzt seit 1996 den HDI und differenziert diesen nach Geschlecht.

- Das *Gender Empowerment Measure (GEM)* schließt den Anteil der Frauen in der Legislative, den Frauenanteil in den Führungsebenen von Staat und Wirtschaft, den Anteil der Frauen an den Facharbeiter/innen und den Anteil des Fraueneinkommens am nationalen Einkommen ein.

Für den GDI und den GEM liegen internationale Vergleichsdaten für Österreich vor (Tabelle 1-2): Was den *Gender Development Index* betrifft, lag Österreich im Jahr 1998 auf dem 16. Rangplatz, das bedeutet im europäischen Vergleich im unteren Drittel; für den *Gender Empowerment Measure*, der v. a. die berufliche Positionierung von Frauen erfasst, nahm Österreich den 12. Rangplatz ein (unteres Mittelfeld).

Tabelle 1-2. Gender Development Index (1998), Gender Empowerment Measure (1998)

Gender Development Index 1998 (GDI) Bruttoinlandsprodukt, Lebenserwartung, Alphabetisierungsrate, Beschäftigungsquote	**Gender Empowerment Measure 1999 (GEM)** Frauenanteil im Parlament, in Führungspositionen, in selbständigen und technischen Berufen, am BIP
1. Kanada	1. Norwegen
2. Norwegen	2. Island
3. Australien	3. Schweden
4. USA	4. Dänemark
5. Island	5. Finnland
6. Schweden	6. DEUTSCHLAND
7. Belgien	7. Niederlande
8. Niederlande	8. Kanada
9. Japan	9. Neuseeland
10. UK	10. Belgien
11. Finnland	11. Australien
12. Frankreich	**12. Österreich**
13. Schweiz	13. USA
14. DEUTSCHLAND	14. Schweiz
15. Dänemark	15. UK
16. Österreich	16. Bahamas

Quellen: UNDP Human Development Report: Gender and Human Development - Measuring the Global Gender Gap, 1995; Human Development Report 1998 und 1999 Das International Statistical Institute definiert einen *Gender Equality Index (GEI)* mit folgenden Kriterien, die international einen Vergleich der Gleichberechtigung der Geschlechter ermöglichen sollen:

Box 1-1. Gender Equality Index (GEI) (1999)

Lebensbereich	**Indikatoren**
Autonomie über den eigenen Körper	- Rechtlicher Schutz gegen und Hinweise auf geschlechtsbedingte Gewalt - Kontrolle über Sexualität und Fortpflanzung
Autonomie innerhalb von Familie und Haushalt	- Freies Recht auf Heirat und Scheidung - Sorgerecht für die Kinder im Falle einer Scheidung - Entscheidungsgewalt und Zugang zu Ressourcen im Haushalt
Politische Macht	- Entscheidungsgewalt im öffentlichen Bereich (Gewerkschaften, Regierung, Parlament) - Anteil von Frauen in Führungspositionen
Soziale Ressourcen	- Zugang zu Gesundheitsversorgung - Zugang zu den Bildungsangeboten
Materielle Ressourcen	- Zugang zu Land, Immobilien, Geld/Kredit
Beschäftigung und Einkommen	- Anteil an bezahlter/unbezahlter Arbeit - Lohngefälle zwischen Männern und Frauen - Unterscheidung von formeller/informeller Arbeit nach Geschlecht
Zeitverwendung	- Relativer Zugang zu Freizeit und Schlaf
Geschlechtsidentität	- Rigidität der geschlechtlichen Arbeitsteilung

Quelle: UNDP-Human Development Report Office 1999. First Global Forum on Human Development; New York 29.-31.7.1999.

1.4.2 Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich

Seit einigen Jahren wird das Prinzip des Gender Mainstreaming, ausgehend von den Internationalen Frauenkonferenzen in Peking 1995 und in Nairobi 1998, international diskutiert und dessen Umsetzung in Angriff genommen. Gender Mainstreaming verfolgt das Ziel, eine geschlechtersensible Sichtweise in alle gesellschaftlichen und politischen Konzepte einzubringen.

Box 1-2. Definition Gender Mainstreaming

Der Begriff Gender Mainstreaming:
Gender ist die englische Bezeichnung für das soziale, das heißt 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 Hauptströmung zu machen und zu etablieren.

Die *Gender-Perspektive* impliziert, dass Frauen und Männer in der Gesellschaft unterschiedliche Lebensbedingungen und Chancen vorfinden, auf Grund geschlechtspezifischer 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.*"

Umsetzung des Gender Mainstreaming auf Bundesebene

Wie alle europäischen Länder hat sich Österreich politisch und rechtlich verpflichtet, Gender Mainstreaming in die Praxis umzusetzen. Diese Verpflichtung geht von internationalen und europäischen Aktionsplänen aus; rechtliche Grundlage ist der Amsterdamer Vertrag. In Österreich wurden auf Bundesebene bislang folgende Aktivitäten gesetzt:

Box 1-3. Umsetzung des Gender Mainstreaming in Österreich

2000	Entsprechend den politischen und rechtlichen Vorgaben wurde mit Ministerratsbeschluss vom 11. Juli 2000 eine interministerielle Arbeitsgruppe für Gender Mainstreaming (IMAG GM) eingerichtet, um die Strategie des Gender Mainstreaming auf Bundesebene umzusetzen. Vertreten sind darin alle Bundesministerien, der Verfassungsgerichtshof, der Verwaltungsgerichtshof, der Rechnungshof, die Volksanwaltschaft sowie die Parlamentsdirektion durch Ressortbeauftragte für Gender Mainstreaming.
2002	Zweiter Ministerratsbeschluss (3. April 2004) - Arbeitsprogramm zur Umsetzung des GM auf Basis der Empfehlungen der IMAG GM: Das Arbeitsprogramm umfasst die Durchführung und Evaluierung von GM-Projekten, die Überprüfung von Gesetzen und Verordnungen unter dem Aspekt des GM, ressortspezifische GM-Schulung, die Einrichtung einer IMAG-GM-Website (http://www.imag-gendermainstreaming.net).
2004	Dritter Ministerratsbeschluss (9. März 2004) - Zielgerechte Implementierung vom GM auf Bundesebene und forcierte Anwendung der Strategie des GM: - Gender Budgeting - Selbstverpflichtung zur Einrichtung interner GM-Arbeits- bzw. Steuerungsgruppen in allen Bundesministerien - Selbstverpflichtung zur Durchführung je eines internen GM-Projekts pro Bundesministerium im Bereich der Personalpolitik und je eines weiteren internen oder externen GM-Projekts pro Bundesministerium - Planung eines Cross Mentoring Projekts auf Bundesebene - Prüfung der geschlechtsspezifischen Auswirkungen von Gesetzen und Verordnungen - Selbstverpflichtung zur geschlechtsspezifischen Datenerhebung, -erfassung, -auswertung und –darstellung in allen Bundesministerien Seitens der Bundesministerien ist bei der Auswahl der ressortinternen GM-Maßnahmen auf die Erreichung folgender Metaziele Bedacht zu nehmen: - Gleiche Teilhabe von Frauen an den Führungspositionen gemessen am Personalstand - Förderung der Inanspruchnahme von Karenzzeiten durch männliche Bedienstete - Geschlechtergerechter Sprachgebrauch in Veröffentlichungen und Publikationen - Integration der GM-Strategie in alle legistischen Arbeiten und in das Förder- und Berichtswesen - Berücksichtigung der Geschlechterperspektive in allen budgetpolitischen Maßnahmen - Bereitstellung notwendiger *personeller und finanzieller Ressourcen* zur Umsetzung der GM-Handlungsstrategie.

Quelle: www.imag-gendermainstreaming.net

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

Die Frage, wie Gender Mainstreaming im Bereich der Frauengesundheit und der Gesundheitsförderung umzusetzen ist, wird aktuell diskutiert. Ein erster Schritt in Richtung Gleichstellung im Gesundheitswesen besteht aus der Forderung, den so genannten *Gen-*

der Bias (Fehleinschätzungen aufgrund der Geschlechterrollen) in der Versorgung durch und im Zugang zu Gesundheitseinrichtungen zu verhindern. Das Frauenbüro der kanadischen Regierung (*Status of Women Canada*) hat die Strategie der *Gender Based Analysis (GBA)*[14] 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, 2002[15]). 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*, die dann vorliegt, wenn das biologische und das soziale Geschlecht nicht im jeweiligen relevanten Kontext wahrgenommen werden wie z.B. beim *Familiarismus* (Haushalt als Bezugsgröße) oder der Annahme der Gleichartigkeit der Geschlechter.
3. *Doppelte Bewertungsmassstäbe,* die offenkundig oder versteckt auftreten. 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 oder auch die Behandlung von Geschlechterstereotypien als naturgegeben.

Ein weiterer Schritt zur Realisierung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen wurde im Jahr 2001 von der WHO gesetzt durch die Proklamierung der *Madrider Erklärung - Mainstreaming gender in health: the need to move forward*. Die Madrider 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*."

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 im Bereich der Reproduktionstechnologien und bei 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 Mainstreming-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. Fol-

[14] http://www.swc-cfc.gc.ca
[15] http://www.ifg-gs.tu-berlin.de/workshop

gendes 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 1-4. 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 Entschließungen 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, Patient/innenvertretung, Medien, internationale Institutionen

Quelle: Maschewsky-Schneider (2002; S. 32ff.); geringfügig modifiziert

1.4.3 Internationale und europäische Frauengesundheitsprogramme

1.4.3.1 Frauengesundheit in den USA: das Office on Women's Health

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. Ein ähnlich umfassendes Programm wurde in Kanada etabliert. Das *Office on Women's Health* (OWH; Frauengesundheitsbüro[16]) 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 wurde. Dabei wurden Themen wie frauenspezifische Prävention, Gesundheitsversorgung, Forschung, Ausbildung in den Gesundheitsberufen und Karriereförderung von Frauen in Gesundheitsberufen und Forschung angesprochen. Das OWH arbeitet auch mit zahlreichen Regierungsabteilungen, sozialen Organisationen, Konsument/innengruppen und Berufsverbänden von Gesundheitsberufen zusammen. Die wesentlichsten Entwicklungsschritte der Frauengesundheit in den USA waren:

[16] www.4woman.gov/owh/

1989	Gesetzliche Verankerung der Frauengesundheit im *Women's Health Equity Act*
1990	Initiierung eines umfassenden *Forschungsprogramms* zur Frauengesundheit, Einrichtung eines Instituts für Frauengesundheitsforschung (*Office of Research on Women's Health, National Institutes of Health (NIH)*)
1991	Einrichtung eines zentralen *Koordinationsbüros* für Frauengesundheit (*Office on Women's Health* bei der *Food and Drugs Administration (FDA)* im Rahmen des *Centers for Disease Control (CDC)*)
1992	Gesetzliche Verankerung von *Qualitätsstandards für Mammographie* in Form eines *Mammography Quality Standards Act*
1993	Nationaler *Brustkrebs-Aktionsplan* (*National Action Plan on Breast Cancer (NAPBC)*)
1994	Gesetzliche Verankerung von Maßnahmen zur Bekämpfung von *Gewalt gegen Frauen* im *Violence Against Women Act*
1996	Einrichtung von 18 nationalen *Kompetenzzentren für Frauengesundheit* (*National Centers of Excellence in Women's Health*)
1996	Einbeziehung der Frauengesundheit in die *Curricula der Medizinausbildung* (*Women's Health in the Medical School Curriculum*)
1997	*Forschungsagenda* für Frauengesundheit im 21. Jahrhundert (*Agenda for Women's Health Research in the 21st Century*)
1998	Einrichtung eines nationalen *Informationszentrums* für Frauengesundheit (*NWHIC-National Women's Health Information Center*)
2000	Gesetzeserlass zur *Prävention von Brust- und Eierstockkrebs* (*Breast and Cervical Cancer Prevention and Treatment Act*)

1.4.3.2 Kanada: politische Strategien der Frauengesundheit

Der Entwicklung in den USA vergleichbar wurde in Kanada im Jahr 1993 eine politische Strategie der Frauengesundheit etabliert (*Women's Health Strategy*[17]) und durch ein Frauengesundheitsbüro in die Praxis umgesetzt und koordiniert (*Women's Health Bureau*). Die strategische Ausrichtung der kanadischen Frauengesundheitspolitik ist von vier Hauptzielen geleitet: die Gewährleistung, dass politische Programme Geschlechts- bzw. Gender-Unterschiede und die Gesundheitsbedürfnisse von Frauen berücksichtigen; die Erweiterung der Wissensbasis und des Verständnisses für die Gesundheit und die Gesundheitsbedürfnisse von Frauen; die Unterstützung der Etablierung adäquater Gesundheitsversorgung für Frauen; die Förderung von Gesundheit durch präventive Maßnahmen und durch Reduktion von Risikofaktoren, welche die Gesundheit von Frauen am meisten bedrohen.

In Kanada wurde 1996 ein Programm von fünf multidisziplinären Kompetenzzentren der Frauengesundheit (*Centres of Excellence for Women's Health*[18]) entwickelt, deren Arbeit eine der zentralen Aktivitäten des Kanadischen Frauengesundheitsbüros darstellt. Die Kompetenzzentren sind multidisziplinär ausgerichtet und arbeiten als Partnerschaften zwischen Gesundheitsexpert/innen, gemeindenahen Gesundheitseinrichtungen und Politiker/innen. Bislang wurden mehr als 250 Forschungsprojekte im Bereich der geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung und -versorgung durchgeführt, z.B. im Bereich der Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen, Frauen mit Behinderung, Krankenpflege bzw. Hauskrankenpflege, Zugang von Migrant/innen zum Gesundheitssystem, Politik des Tabakkonsums etc. . Gemeinsames Ziel aller Projekte der Kompetenzzentren ist, die in praxisnahen Forschungsprojekten gewonnenen Ergebnisse möglichst effektiv umzusetzen. Das *Kanadische Netzwerk für Frauengesundheit* ist zum einen für die Verbreitung von Forschungsergebnissen, aber auch anderer für die Frauengesundheit relevanten Informationen zuständig.

1.4.3.3 Das Frauengesundheitsprogramm von Glasgow

Die politische Frauengesundheits-Strategie von Glasgow wurde erstmals 1991 vorgestellt, im Oktober 1996 und im Januar 2002 wurde das Programm in neuerlichen Kampagnen propagiert. Um das generelle Ziel der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden aller Frauen und Mädchen von Glasgow zu erreichen, hat sich das aktuelle Programm vier Schwerpunkte gesetzt: Bewusstseinsbildung für Frauen- und Mädchengesundheit, politisches Lobbying und strukturelle Verankerung der Frauengesundheit, Behandlung der von

[17] http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/womenstrat.htm
[18] http://www.cewh-cesf.ca

den Frauen identifizierten Gesundheitsthemen, wie z.B. die Verbesserung der emotionalen und psychischen Gesundheit; die Einbeziehung der betroffenen Frauen in die Entwicklung von Maßnahmen zur Armutsbekämpfung; die Verbesserung der Gesundheit und Sicherheit von Frauen zu Hause, auf dem Arbeitsplatz und in der Gesellschaft; die Entwicklung von geschlechtersensiblen Strategien, die auf die Reduktion der Häufigkeit von Neuerkrankungen zielen; die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit; die Unterstützung für Frauen, die formell und informell in der Pflege arbeiten und Bekämpfung der Erwartung, dass Frauen die primären Pflegepersonen sind.

1.4.3.4 Nordrhein-Westfalen: Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung

Ein umfassendes Frauengesundheitsprogramm wurde im Mai 2001 im deutschen Bundesland Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufen. Unter Beteiligung aller politischen Parteien wurde im Landtag von Nordrhein-Westfalen eine Enquête-Kommission zur *Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW*[19] gebildet. Diese Kommission hat den Auftrag, konkrete politische Strategien und Maßnahmen zur Förderung einer frauengerechten gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen zu erarbeiten. Grundlage hierfür war eine detaillierte Bestandsaufnahme, Analyse und Bewertung gegenwärtiger Defizite. Es wurden Arbeitsgruppen eingerichtet für Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen; psychische Gesundheit und psychosoziale Versorgung von Migrantinnen; Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Frauen und Medikamente; Belastungen und Ressourcen von Müttern; gesundheitliche Folgen von Gewalt; Frauengesundheit und Erwerbsarbeit; Brustkrebs. Ein umfassender Bericht wurde Ende 2004 veröffentlicht (Landtag Nordrhein-Wetfalen, 2004).

1.4.4 Frauengesundheitsprogramme in Österreich

1.4.4.1 Fundamente der Frauengesundheit in Österreich: WHO, Gesundheitsförderung und Public Health

In den 1990er Jahren wurde in Europa vom WHO Regionalbüro in Kopenhagen die Entwicklung der Frauengesundheit eingeleitet und mit der *Wiener Erklärung* zur Frauengesundheit ein strategisches Programm mit konkreten Empfehlungen zur Umsetzung der Verbesserung der Gesundheit von Frauen in den europäischen Ländern formuliert (WHO-Konferenz *Women's Health Counts*, 1992 in Wien). Diese Empfehlungen der WHO zur Frauengesundheit wurden in Österreich aufgegriffen: Im Jahr 1995 wurde der erste österreichische Frauengesundheitsbericht erstellt; basierend auf diesem Bericht und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Gesundheitsförderung und Public Health entstand im Jahr 1998 in Wien als zweiter europäischer Stadt nach Glasgow ein Frauengesundheitsprogramm; weitere Programme folgten.

Einfluss der WHO auf die Entwicklung der Frauengesundheit in Österreich:

1986	Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung
1991	WHO-Konferenz *Women's Health & Urban Policies*, Wien
1992	WHO-Konferenz *Women's Health Counts*, Wien
1992	Wiener Erklärung zur Frauengesundheit (*Vienna Statement on Investing in Women's Health*)
1992	Modellprojekt Frauengesundheitszentrum F.E.M. (Frauen, Eltern, Mädchen), Wien
1995	Erster Österreichischer Frauengesundheitsbericht (*Women's Health Profiles* anhand der WHO-Guidelines)
1996	Wiener Frauengesundheitsbericht
1998	Wiener Frauengesundheitsprogramm
2001	FrauenGesundheitsProgramm Graz
2002	WHO-Konferenz *Gender and Health*, Wien
2002	Madrid Statement: Mainstreaming Gender Equity into Health

[19] http://www.frauengesundheit-nrw.de/
http://www.landtag.nrw.de/ (Parlament/Enquetekommissionen)

1.4.4.2 Das Wiener Frauengesundheitsprogramm

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 1996 nach dem Vorbild des ersten österreichischen Frauengesundheitsberichts 1995 erstellt. Die auf diesen Konferenzen aufgeworfenen Problemstellungen und die Ergebnisse der Frauengesundheitsberichte ließen deutliche Benachteilungen von Frauen im Bereich der Gesundheit erkennen. Um aus diesen Fakten zu lernen und Verbesserungen in Gang zu setzten, hat die Wiener Stadtregierung die Erarbeitung eines Frauengesundheitsprogramms beauftragt. Dieses wurde in einer multiprofessionellen Expert/innenkommission von 45 Expert/innen unterschiedlicher Forschungs- und Berufsrichtungen, sozialer Organisationen und Vereine, sowie Politikerinnen aller Parteien und unter Vorsitz der Frauenstadträtin sowie des Gesundheitsstadtrates erarbeitet und 1998 einstimmig von der Stadtregierung angenommen. Das Programm umfasst zwölf Handlungsschwerpunkte. Mit der Verabschiedung des Programms wurden ferner Pilotprojekte beschlossen, die ab 1999 umgesetzt wurden.

Schwerpunkte des Wiener Frauengesundheitsprogramms:

- Krebsvorbeugung, -betreuung und -nachsorge
- Schwangerenbetreuung und Hilfe bei nachgeburtlicher Depression
- Psychische Gesundheit
- Psychosoziale Versorgung von Frauen und Betreuungsstandards im Gesundheitswesen
- Suchtprävention
- Gewalt gegen Frauen
- Gesundheitsförderung für ältere Frauen (z.B. Osteoporose, ..)
- Frauen in Gesundheitsberufen
- Rechtliche Aspekte von Frauen im Gesundheitswesen
- Gesundheit von Frauen in der Arbeitswelt
- Integration von Migrantinnen im Gesundheitswesen
- Gesundheitliche Belastung von Müttern.

Das Wiener Frauengesundheitsbüro

Zur Institutionalisierung des Frauengesundheitsprogramms wurden ein Frauengesundheitsbüro sowie die Funktion einer Frauengesundheitsbeauftragten der Stadt etabliert. Die Aufgabenstellung umfasst sowohl die Entwicklung von Strategien, Realisation und Dokumentation von Projekten, Informationsmaterialien, Broschüren etc., sowie Kampagnen zu den im Programm entwickelten und beschlossenen Aufgabenstellungen.
Die Konstituierung eines Frauengesundheitsbeirats ist ein weiteres Instrument, Frauengesundheitsthemen in der Stadt aufzugreifen und in diesem multiprofessionellen Gremium, dem Expertinnen unterschiedlicher Berufsgruppen - Hebammen, Sozialarbeiterinnen, Psychotherapeutinnen, Gerontologinnen, Arbeitsmedizinerinnen, Gynäkologinnen, Leiterinnen der für Frauengesundheit relevanten Magistratsabteilungen, sowie Politikerinnen aller in der Stadtregierung vertreten Parteien - angehören, Maßnahmen zu beraten. Als Strategie sichert die Einrichtung des Beirates gleichzeitig eine Vernetzung und Problemsensibilisierung in vielen anderen Bereichen der Stadtverwaltung. Die Mitglieder des Beirates werden vom Bürgermeister der Stadt Wien bestellt.

Aktuelle frauenspezifische Projekte des Wiener Frauengesundheitsprogramms

- Auf der Basis des Wiener Frauengesundheitsprogramms wurde bisher ein Brustkrebs-Früherkennungsprogramm in Anlehnung an die EU-Richtlinien für Qualitätssicherung in der Mammografie für alle in Wien lebenden fünfzig- bis siebzigjährigen Frauen etabliert, das die gesetzten Ziele der verbesserten Information, Qualitätssicherung und Betreuungsqualität und eine Steigerung der Inanspruchnahme von rund zwanzig Prozent erreichen konnte.
- Seit seinen Anfängen ist es ein besonderes Anliegen des Wiener Frauengesundheitsprogramms, die Problematik von Essstörungen in seiner gesellschaftlichen Dimension zu adressieren und mehr Transparenz der Information zu Anlaufstellen, Qualitätsver-

besserung der Behandlung und Fortbildung bei Lehrer/innen, Schulärzt/innen, Jugendbetreuer/innen etc zu erzielen.

- Den Zugang und die adäquate Inanspruchnahme von Vorsorge und Versorgungsleistungen der Stadt Wien für Migrantinnen zu verbessern, aber auch Frauengruppen von Migrantinnen zu unterstützen (z.B. Selbsthilfegruppen für Migrantinnen mit Brustkrebs) sind weitere kontinuierliche Arbeitsschwerpunkte.
- Um deutlich zu machen, dass die verschiedensten Ambulanzen der öffentlichen Spitäler eine Schlüsselfunktion für das Erkennen der Problematik von Frauen mit körperlichen und sexuellen Gewalterlebnissen haben, wurde ein Schulungsprogramm, Broschüren, Notfalls-Checklist-Karten mit Adressen von ersten Anlaufstellen sowie eine permanente Ausstellung zum Thema realisiert.
- Als nächste Schritte hat sich das Wiener Frauengesundheitsprogramm zum Ziel gesetzt, in den Bezirken Frauengesundheitsforen zu etablieren, die den unterschiedlichen soziodemografischen und sozialen Aspekten auf regionaler Ebene gerecht werden können. Auch diese werden im Sinne der Vernetzungsstrategien interdisziplinär sein und private Gesundheitsvereine ebenso wie die Administration auf der Bezirksebene einbinden.

1.4.4.3 Die Arbeit des Tiroler Frauengesundheitsbüros

Ein Beitrag von Frau Univ.-Prof. Dr. Margarethe Hochleitner, Fachärztin für Innere Medizin, Leiterin des Frauengesundheitsbüros des Landes Tirol, Leiterin des Ludwig Boltzmann Instituts für kardiologische Geschlechterforschung[20]

Aktuell: Einrichtung eines Frauengesundheitszentrums

Derzeit wird an den Innsbrucker Universitätskliniken ein Frauengesundheitszentrum eingerichtet (Stand Ende 2004). Der Standort an der Klinik wurde gewählt, da laut Umfragen die Schulmedizin nach wie vor von der österreichischen Bevölkerung hoch akzeptiert wird und in Tirol die Innsbrucker Universitätskliniken als ihre Hauptanbieterinnen fungieren. Zudem ist auch das bisher einzig positiv evaluierte Frauengesundheitszentrum FEM in einem österreichischen Krankenhaus, der Semmelweisklinik in Wien, stationiert. Mit der Ansiedelung an der Klinik ist darüber hinaus die geforderte Niederschwelligkeit erreicht. Frauen ist hiermit ein Zugang zum Frauengesundheitszentrum über Krankenschein gewährleistet, da eine private Bezahlung der Angebote erwiesener Maßen die gewünschte Niederschwelligkeit schmälert und eine Zugangsbarriere bedeuten würde. Zudem bietet dieser Standort zahllose Synergieeffekte verschiedenster spitzenmedizinischer Einrichtungen. Dies ist von großer Bedeutung, da in den letzten Jahren unzählige Artikel zum Thema Zugangsprobleme zur sowie geringere Chancen auf Spitzenmedizin für Frauen publiziert wurden (Medline: Für die letzten fünf Jahre finden sich 6.713 Artikel zu gender differences und 5.549 zu sex differences!).

Das Tiroler Frauengesundheitsbüro: Forschungs- und Tätigkeitsbereiche und Entwicklungen

1997 Im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Kunst (bm:bwk) wurde eine Studie zu **Geschlechtsunterschieden in der kardiologischen Versorgung** in Österreich erstellt, um lokale Daten, die über die internationale Literatur hinausreichen, zu erheben (Hochleitner, 1997).

1998 Im Oktober 1998 wurde in Zusammenarbeit mit der Landes-Krankenanstalten GmbH das **Ludwig Boltzmann Institut für kardiologische Geschlechterforschung** eingerichtet und Frau Univ.-Prof. Dr. Margarethe Hochleitner mit der Leitung betraut. Die Themenschwerpunkte der Forschungsarbeit liegen in der Erhebung von Geschlechterdifferenzen in der Kardiologie, der Implementierung genderspezifischer Präventionsangebote sowie Fragestellungen zu Gesundheit von Migrantinnen.

(http://www.ludwigboltzmann.at/institute/institute_info.php?a_id=134).

Verschiedene Studien zur Evaluierung der lokalen Situation wurden durchgeführt:

1997 Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Eine Untersuchung der Geschlechtsunterschiede in den kardiologischen Patientenkarrieren an der Universität Innsbruck

[20] Der Inhalt dieses Abschnitts gibt die persönliche Meinung der Autorin wieder.

1998 Schrittmacherimplantation im Bundesland Tirol durch 10 Jahre: Geschlechts-, Alters- und Regionalunterschiede

1998 Tirol hat eine höhere weibliche als männliche Herz-Kreislauf-Mortalität: Sind Gender Differences an der Notfallaufnahme aufzeigbar?

1999 Zur Situation der älteren Frau ab dem 65. Lebensjahr in Tirol: Welche Folgerungen sind aus der erhobenen Pflege- und Sozialsituation abzuleiten?

1999 Tirol hat eine höhere weibliche als männliche Herz-Kreislauf-Mortalität: Sind Gender Differences bei den kardiologischen Patientenkarrieren an der Koronarangiographie aufzeigbar?

2000 Frauen und Herz-Kreislauferkrankungen

2003 Ärztinnenstudie 2002[21]

1999 Ernennung der Frauengesundheitsbeauftragten des Landes Tirol

Einrichtung des Frauengesundheitsbüros des Landes Tirol

Im Mai 1999 wurde Frau Univ.-Prof. Dr. Margarethe Hochleitner zur Frauengesundheitsbeauftragten 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.

1999 Eine Frauengesundheitshomepage (http://lbi-frauen.uibk.ac.at) in Deutsch, Serbokroatisch, Türkisch und Englisch informiert über Frauengesundheitsthemen und neue Forschungsergebnisse und bietet zahlreiche Links zu diversen Frauengesundheitsakteurinnen sowie eine monatlich neu gestaltete Seite zu aktuellen Themen. Im Beobachtungszeitraum Juli 1999 bis Oktober 2004 wurden mehr als 800.000 Hits und 75.000 Visits registriert.

1999 Zur Implementierung des Frauengesundheitsgedankens in Tirol wurden Informationsfolder (1,225.000 Stück) zu den Themengebieten Herzrisiko, Herzprävention, Rauchstopp, etc. entwickelt und über diverse Einrichtungen verteilt. Durch Zeitungsartikel, Auftritte in regionalen Radio- und Fernsehprogrammen wurde mediale Präsenz gezeigt und im Rahmen verschiedenster Veranstaltungen zahlreiche Vorträge zu Frauengesundheit gehalten.

Laufende Aktivitäten des Tiroler Frauengesundheitsbüros

Diagnosestraßen mit Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckermessung, Informationsstände und persönliche ärztliche Beratung wurden bei Großveranstaltungen, wie der Innsbrucker Frühjahrsmesse, Tage der offenen Tür von Großbetrieben (Swarovski oder GE Jenbacher Werke) und diversen Gesundheitstagen angeboten.

Eine **Moscheenaktion** wurde speziell für Migrantinnen entwickelt. Dabei werden jedes Jahr alle 26 Tiroler Moscheen (fünf Moscheenorganisationen und drei alevitische Vereine) besucht und ein türkischsprachiges Informationsprogramm angeboten. Zusätzlich wurde eine Diagnosestraße zur Prävention von Herz- Kreislauf-Erkrankungen durchgeführt.

Durch die **Frauengesundheitshomepage** in Serbokroatisch und Türkisch werden die zwei größten Gruppen von Migrantinnen in Tirol mit Gesundheitsinformationen und einer aktuellen Seite informiert.

1.4.4.4 Frauengesundheitsprogramm Graz

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 FrauenGesundheits-Programm 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 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).

[21] http://lbi-frauen.uibk.ac.at/deutsch/studien/html/studie_2002.htm

1.4.5 Frauen in Führungs- und Schlüsselpositionen - Karriere im Gesundheitssystem

Querverweis: Kapitel 7. Weibliche Arbeitswelt und Gesundheit (Frauen in der Pflege, frauentypische Berufe)

1.4.5.1 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 Vertreter/innen 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; damit liegt Österreich über dem Wert des europäischen Parlaments. Den höchsten Frauenanteil in nationalen Parlamenten in Europa hat Schweden zu verzeichnen, besonders gering ist der Frauenanteil in den Parlamenten der neuen Europäischen Länder (Malta, Ungarn, Litauen, Zypern, Rumänien, Slowenien; siehe Tabelle 1-3). 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.

Tabelle 1-3. Frauenanteil in den nationalen Parlamenten der EU-15 und EU-Beitrittsländer (1995, 2003)

EU15-Länder			EU-Beitrittsländer		Europäisches Parlament*		
Zahlen in Prozent	Frauen-anteil 1995	Frauen-anteil 2003		Frauenanteil 2003	Fraktionen	Prozent der Sitze	Frauen-anteil 2003
Schweden	40	45,3	Bulgarien	26,2	Volkspartei	37,1	26,7
Dänemark	33	38,0	Polen	20,2	Sozialdemokraten	28,9	37,6
Finnland	34	37,5	Litauen	21,0	Liberale, Demokr.	8,3	32,7
Niederlande	31	36,7	Slowakei	19,3	Grüne/Freie All.	7,3	43,5
Österreich	25	33,9	Estland	18,8	GUE/NGL	6,7	35,7
Deutschland	26	32,8	Tschechien	17,0	UEN	3,4	19,0
Spanien	23	28,3	Slowenien	12,2	TDI	3,0	5,3
Belgien	11	35,3	Rumänien	10,7	EDD	3,0	15,8
Portugal	12	19,1	Zypern	10,7	Fraktionslos	2,2	28,6
England	9	17,9	Litauen	10,6			
Luxemburg	17	16,7	Ungarn	9,8			
Irland	13	13,3	Malta	9,2			
Frankreich	6	12,2	Türkei	4,4			
Italien	14	11,5					
Griechenland	6	8,7					
Durchschnitt EU-15	18	25,0	Durchschnitt EU-Beitritts-länder	14,6		100	31,0

Quelle: Europäische Frauenlobby; Ressource Paper *Women in Decision-making*, Mai 2003; www.womenlobby.org; *Quelle: Europäisches Parlament, Ausschuss für die Rechte der Frau und Chancengleichheit (2003); S.14

1.4.5.2 Geschlechtsverteilung in den Gesundheitsberufen

Das Geschlechtsverhältnis in den Gesundheitsberufen ist in Österreich sehr ungleich verteilt: Während von den niedergelassenen Ärzt/innen lediglich 29 Prozent Frauen sind, finden sich bei den Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und den Medizinisch-technischen Diensten jeweils 87,7 Prozent Frauen (Tabelle 1-4).

Tabelle 1-4. Frauenanteil in den Gesundheitsberufen (2002)

	Gesamtanzahl	% Männer	% Frauen
Alle berufsausübenden Ärzt/innen	36.531	61,7	38,3
Niedergelassene Ärzt/innen	*18.607*	*71,0*	*29,0*
DGKS – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	46.796	12,3	87,7
Pflegehelfer/innen	10.786	21,9	78,1
MTA – Medizinisch-technischer Dienst	11.462	12,3	87,7
Sanitätshilfsdienst*)	5.046	56,9	43,1

*) Sanitäts-, OP-, Labor-, Prosektur-, Ordinations-, Heilbade-, Ergotherapie- Desinfektionsgehilf/innen); Stand 2002; Quelle: Statistik Austria, 2004, S.377ff.

Im Jahr 1994 gab es in Österreich 30.314 Ärzt/innen, 2002 waren es 38.447, das bedeutet einen Zuwachs von 27 Prozent des Wertes von 1994. Der Frauenanteil bei Ärzt/innen in Österreich ist von 33,2 Prozent im Jahr 1994 um 6,4 Prozentpunkte auf 39,6 Prozent im Jahr 2004 gestiegen. Den mit Abstand höchsten Frauenanteil hatte 2004 Wien (46,1 Prozent), den niedrigsten Vorarlberg (29,6 Prozent). Am größten war der Anstieg des Frauenanteils von 1994 auf 2004 in Niederösterreich (von 32,3 auf 41,1 Prozent).

Tabelle 1-5. Frauenanteil bei Ärzt/innen (1994, 2004)

	1994				2004				Zuwachs
	Männer	Frauen	Gesamt	Frauen-anteil %	Männer	Frauen	Gesamt	Frauen-anteil %	Frauen-aneil %
Burgenland	510	204	714	28,6	573	326	899	36,3	7,7
Kärnten	1.267	560	1.827	30,7	1.423	853	2.276	37,5	6,8
NÖ	2.960	1.411	4.371	32,3	3.792	2.651	6.443	41,1	8,9
OÖ	2.688	1.019	3.707	27,5	3.337	1.826	5.163	35,4	7,9
Salzburg	1.273	532	1.805	29,5	1.558	866	2.424	35,7	6,3
Steiermark	2.845	1.366	4.211	32,4	3.254	2.091	5.345	39,1	6,7
Tirol	1.866	643	2.509	25,6	2.370	1.125	3.495	32,2	6,6
Vorarlberg	730	225	955	23,6	908	382	1.290	29,6	6,1
Wien	6.111	4.104	10.215	40,2	5.990	5.122	11.112	46,1	5,9
Gesamt	20.250	10.064	30.314	33,2	23.205	15.242	38.447	39,6	6,4

Quelle: Standesmeldung / Österreichische Ärztekammer, Mag. Anton Sinabell

1.4.5.3 Geschlechtsverteilung innerhalb der Fachdisziplinen der Medizin

Besonders deutlich wird die ungleiche Geschlechtsverteilung bei Mediziner/innen durch eine Aufschlüsselung nach Geschlecht innerhalb der einzelnen Fachdisziplinen der Medizin (Abbildung 1-1). Einen geringen Frauenanteil wiesen im Jahr 2004 z.B. die Unfallchirurgie (7,2 Prozent), die Orthopädische Chirurgie (9,1 Prozent), die Allgemeine Chirurgie (12,5 Prozent), die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (12,7 Prozent) und die Plastische Chirurgie (21,2 Prozent) auf; hohe Frauenanteile wiesen z.B. die Fächer Physikalische Medizin (55,4 Prozent), Psychiatrie (50,4 Prozent), Kinder- und Jugendheilkunde (43,7 Prozent), Anästhesiologie (42,6 Prozent) auf. Im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe liegt der Frauenanteil mit 29,0 Prozent unter dem Durchschnitt.

1.4.5.4 Unterrepräsentation von Frauen an Universitäten

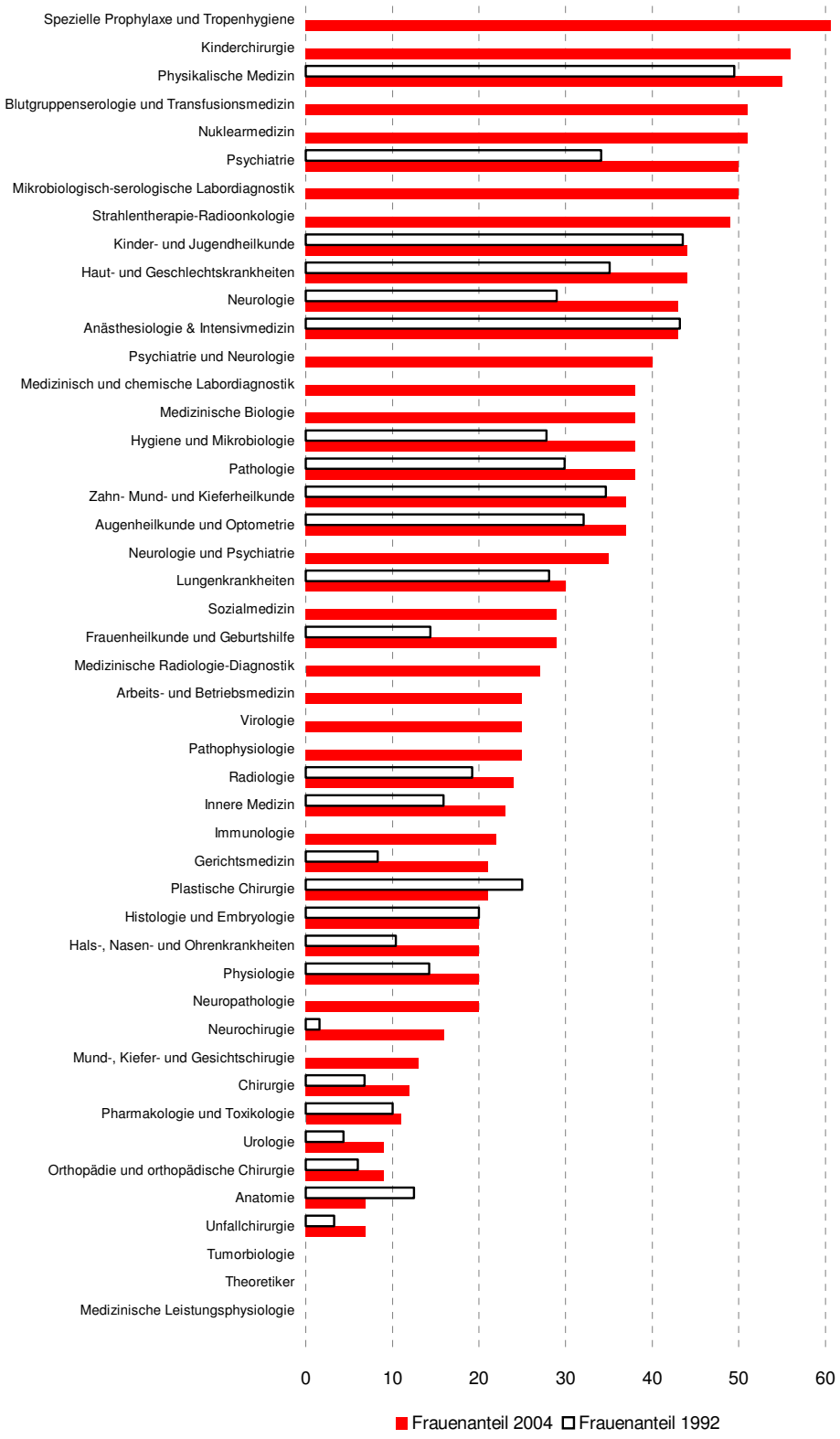
Entsprechend dem allgemeinen gesellschaftlichen Trend sind auch im Bereich von Medizin und Forschung Frauen in Führungspositionen unterrepräsentiert. Dies wird besonders deutlich, wenn man den Frauenanteil bei österreichischen Universitätsprofessor/innen betrachtet, der den geringer werdenden Frauenanteil mit steigender Hierarchiestufe evident werden lässt: Im Jahr 1999 waren 5,7 Prozent der Universitätsprofessor/innen Frauen. Der Frauenanteil ist seither nur geringfügig gestiegen (um 1,2 Prozent auf 6,9 Prozent im Jahr 2001). Mit abnehmender Hierarchiestufe nimmt der Frauenanteil zu, von den Universitätsassistent/innen waren im Jahr 2001 34,4 Prozent Frauen, vom gesamten wissenschaftlichen Personal an österreichischen Universitäten waren 28 Prozent Frauen, vom nichtwissenschaftlichen Personal 63,5 Prozent (BMBWK, 2002).

Tabelle 1-6. Frauenanteil an den Universitäten (1999, 2001)

	1999		2001		Veränderung des Frauenanteils in Prozent
	Anzahl (Männer und Frauen)	Frauenanteil in Prozent	Anzahl (Männer und Frauen)	Frauenanteil in Prozent	
Univ.-Professor/innen	1.670	5,7	1.662	6,9	+1,2
Univ.-Dozent/innen	2.258	12,3	2.606	14,4	+2,0
Assistent/innen	5.364	31,5	5.432	34,4	+3,0
Lehrbeauftragte	4.812	30,1	4.869	33,3	+3,2
Sonstige	729	39,2	688	41,6	+2,4
Wiss. Personal Gesamt	14.833	25,6	15.257	28,0	+2,4
Nichtwiss. Personal	8.606	62,4	8.889	63,5	+1,1
Gesamt	24.801	39,3	25.722	41,2	+1,9

Quelle: BMBWK, 2002, S. 28

Abbildung 1-1. Frauenanteil bei Fachärzt/innen (1992 und 2004), in Prozent



Quelle: Standesmeldung / Österreichische Ärztekammer, Mag. Anton Sinabell

In den leitenden Gremien an den österreichischen Universitäten sind sieben der zwölf Bibliotheksdirektor/innen Frauen und 31 der 39 Dekanatsdirektor/innen. Es gibt aber keine Frau als Rektorin, Senatsvorsitzende oder Vizedekanin, lediglich sieben der vierzig Vizerektor/innen-Posten und einer der vierzig Dekan/innen-Posten sind von Frauen besetzt. Extrem ist das Geschlechtsverhältnis auch innerhalb der 851 verfügbaren Funktionen als Instituts- oder Klinikleiter/in: nur 46 davon werden von Frauen eingenommen (5,4 Prozent).

Tabelle 1-7. Frauenanteil in den leitenden Gremien an den Universitäten (2001)

	Männer	Frauen	Gesamt	Frauenanteil %
Rektor/in	12	0	12	0
Vizerektor/in	33	7	40	17,5
Vorsitzende/r des Senats	12	0	12	0
Dekan/in	39	1	40	2,5
Vizedekan/in	3	0	3	0
Vorsitzende/r des Fakultätskollegiums	39	1	40	2,5
Studiendekan/in	42	2	44	4,5
Vize-Studiendekan/in	73	9	82	11,0
Vorsitzende/r der Studienkommission	257	35	292	12,0
Instituts- oder Klinikleiter/in	805	46	851	5,4
Leiter/in einer klinischen Abteilung	120	3	123	2,4
Fachbereichsvorsitzende/r	13	0	13	0
Universitätsdirektor/in	8	2	10	20,0
Dekanatsdirektor/in	9	31	39	76,9
Vorsitzende/r des Arbeitskreises für Gleichbehandlungsfragen	1	11	12	91,7
Leiter/in sonstiger Dienstleistungseinrichtungen	53	17	70	24,3
Bibliotheksdirektor/in	5	7	12	58,3
GESAMT	**1.524**	**171**	**1.695**	**10,1**

Quelle: BMBWK, 2002, S. 27; Stichtag 1. Juli 2001

1.4.5.5 Karrierehindernisse von Frauen im medizinischen Wissenschaftsbetrieb

Frauen in der Medizin sind mit zusätzlichen Belastungen und Behinderungen konfrontiert. In der Studie *Ärztinnen im Wissenschaftsbetrieb - Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierechancen*, die im Jahr 1996 an der Medizinischen Fakultät Wien abgeschlossen wurde, sind die wesentlichsten Karrierehindernisse erfasst worden (Mixa, 2000; im Auftrag des Wissenschaftsministeriums). Es wurden an 1.296 Mediziner/innen der Universität Wien Fragebögen versendet, die von 314 Personen (24 Prozent), 206 Männern und 108 Frauen, beantwortet wurden. Folgende Karrierehindernisse werden beschrieben:

Nachteile in den zeitlichen und materiellen Ressourcen für Forschung: Die Studie konnte zwar keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Wochenarbeitszeit finden (durchschnittlich 71 Stunden inklusive Nachtdienste), aber in der Art der Tätigkeiten. 47 Prozent der Frauen, aber nur 21 Prozent der Männer geben an, häufig Arbeiten für Vorgesetzte und Kollegen zu übernehmen. 54 Prozent der Frauen und 37 Prozent der Männer verwenden weniger als zehn Prozent ihrer Arbeitszeit für Forschung. Vierzig Prozent der Frauen und 18 Prozent der Männer sind unzufrieden mit dieser Unvereinbarkeit von Forschung und Patient/innenversorgung. 38 Prozent der Männer und nur 24 Prozent der Frauen können nach eigenen Angaben die Forschung problemlos in ihre Arbeit integrieren. 46 Prozent der Männer, aber nur 24 Prozent der Frauen geben an, die an der Klinik / dem Institut vorhandenen Forschungsressourcen nutzen zu können.

Fehlende Unterstützung für Frauen im Beruf und privat: Über fehlende Unterstützung an der Klinik klagen 44 Prozent der Frauen und 25 Prozent der Männer. 72 Prozent der Frauen und zwanzig Prozent der Männer geben an, in ihrem Privatleben einen Großteil der anfallenden Hausarbeit zu erledigen. Kinderbetreuung ist nur für drei Prozent der Männer Männersache, zwei Drittel der Frauen erledigen den überwiegenden Teil der Kindererziehung. Insgesamt haben mehr als die Hälfte der Männer und nur ein Drittel der Frauen Kinder.

Geschlechtsspezifische Medizinfächer: Für die Unterrepräsentation in den *Prestigefächern* (hohes Ansehen und Einkommen, wie z.B. Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie) stellten 78,2 Prozent der befragten Frauen fest, dass es den Frauen in diesen Fächern von

Vorgesetzten und Kollegen schwer gemacht werde, 42 Prozent der männlichen Kollegen bestätigten dies. Dementsprechend lässt sich auch die deutliche geschlechtsspezifische Fächerverteilung feststellen: Es finden sich vor allem dort (bis zu fünfzig Prozent) mehr Frauen, wo psychosoziale Kompetenz gefragt ist (Psychiatrie, Tiefenpsychologie), in rehabilitativen Fächern (Physikalische Medizin), in rollenspezifischen Fächern (Kinderheilkunde), oder Fächern mit hoher Belastung an (Zu-)Arbeiten im Hintergrund (Anästhesie).

1.4.5.6 Ergebnisse der Tiroler Ärztinnenstudie 2002

Ein Beitrag von Frau Univ.-Prof. Dr. Margarethe Hochleitner, Fachärztin für Innere Medizin, Leiterin des Frauengesundheitsbüros des Landes Tirol, Leiterin des Ludwig Boltzmann Instituts für kardiologische Geschlechterforschung[22]

An den Universitätskliniken Innsbruck wurde im Jahr 2002 eine Fragebogenaktion mit allen dort beschäftigten Ärztinnen durchgeführt. Ziel der Studie war es, eine Selbsteinschätzung der betroffenen Frauen bezüglich ihrer beruflichen Probleme und Karrierehindernisse sowie deren Lösungsmöglichkeiten zu erfragen (Hochleitner, 2002; S.59). Es wurden 352 damals beschäftigte Ärztinnen angeschrieben, 271 Fragebögen wurden retourniert (77 Prozent). Die hohe Rücklaufquote zeigt die große Betroffenheit der Ärztinnen. Von den 271 antwortenden Ärztinnen sind 9,3 Prozent Turnusärztinnen oder Dauer-Sekundarärztinnen, 55,7 Prozent Fachärztinnen in Ausbildung und 35 Prozent Fachärztinnen. Das Durchschnittsalter betrug 35,7 Jahre (24 bis 61 Jahre). Zusätzlich wurden biographische Interviews mit Vertreterinnen einzelner Ärztinnengruppen gemacht.

Die Ärztin an den Universitätskliniken des Landeskrankenhauses Innsbruck ist auch hundert Jahre nach Zulassung von Frauen zum Medizinstudium, und seit 2000 eine Mehrheit der Studierenden, noch nicht sehr weit gekommen. Sie *darf* zwar heute Medizin studieren, allerdings ist die Unterstützung der Familie offensichtlich unerlässlich (52,4 Prozent sehr, 35,4 Prozent eher), und sie *darf* ihren Beruf auch ausüben; aber auch dazu ist die Unterstützung der Familie vonnöten (42,0 Prozent sehr, 38,0 Prozent eher). Das heißt aber mit anderen Worten, nicht jede Frau mit Mittelschulabschluss und entsprechender Motivation kann diesen Beruf ergreifen, sondern nur jene Frauen, die zusätzlich eine sie unterstützende Familie aufweisen.

Die Ärztin hat diesen Beruf gewählt, um *Umgang mit Menschen* zu haben (81,9 Prozent sehr, 14,4 Prozent eher) und ihnen *helfen* zu können (53,1 Prozent sehr, 36,9 Prozent eher). Diese Hoffnungen sollten wohl erfüllbar sein. Dieser für praktisch alle Ärztinnen zutreffende Wunsch nach *Umgang mit Menschen* und *Helfen* ist fatalerweise in unserem jetzigen Medizinsystem eine Falle, festigt er doch das bekannte Rollenspiel. Frau kümmert sich um die Patient/innen, Mann macht Wissenschaft - der bekannte Gegensatz zwischen High-touch- und High-tech-Medizin (Bowman et al., 2002; Mixa, 2000).

Die trotz aller gesetzlichen Regelungen nach wie vor nicht frauenfreundliche Klinikatmosphäre erlaubt, dass alle Verstöße gegen geltende Frauenfördergebote einfach ignoriert werden können (Retti, 2002). So ist es nicht verwunderlich, dass jede vierte Ärztin, sogar noch mit einer geringen Steigerung von Studium (24 Prozent) zu Klinik (26,6 Prozent), eine sexuelle Diskriminierung angibt.

Die Situation an den Kliniken ist für die Ärztinnen eher traurig, obwohl mehr als drei Viertel (81,9 Prozent, vgl. *Umgang mit Menschen* 81,9 Prozent!) ihren Beruf nochmals wählen würden und obwohl knapp drei Viertel (19,2 Prozent sehr zufrieden, 54,6 Prozent eher) sich als halbwegs zufrieden bezeichnen.

Die Turnusärztinnen sind die unzufriedenste Gruppe. Jede zweite (34,5 Prozent *weniger zufrieden*, 4,3 Prozent *gar nicht zufrieden*) bezeichnet sich auch als unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation. Besonders die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal scheint problematisch, während die Bundesangestellten hauptsächlich durch Zeitaufwand und Stress für *Freizeitforschung* belastet sind. Nur ein Drittel der Ärztinnen gibt positive Aufstiegsmöglichkeiten an (8,9 Prozent sehr, 28,0 Prozent eher) (Nonnemaker, 2000). Ein unbefristetes Dienstverhältnis scheint, abgesehen von wenigen Einzelfällen, zumindest für Frauen die einzig erreichbare Karriere zu sein. Auch dieses bescheidene Ziel hat aber nur ein Viertel (24,4 Prozent) der Ärztinnen erreicht. Die Regelarbeitszeit für Ärztinnen ist

[22] Der Inhalt dieses Abschnitts gibt die persönliche Meinung der Autorin wieder.

vierzig Stunden pro Woche. Das tatsächliche Beschäftigungsausmaß der Ärztinnen ist generell hundert Prozent (89,6 Prozent), die Wunscharbeitszeit für mehr als die Hälfte liegt aber darunter (52,8 Prozent). Die zeitliche Unvereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben als Dauerzustand bedeutet natürlich einen massiven Verzicht auf Lebensqualität. Dass diese permanente Stress-Situation zu einer Fülle von physischen und psychischen Problemen führt, liegt auf der Hand (Lamberg, 1999). Das Ausmaß der angegebenen Gesundheitsprobleme ist erschreckend (psychische und physische Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit: sehr 9,6 Prozent, eher 29,3 Prozent). Nur jede sechste Ärztin (16,6 Prozent) gibt keine gesundheitlichen Schäden durch ihre Arbeit an. Die Wissenschaft bleibt meist auf der Strecke (4,1 Prozent haben eine Habilitation, 10,7 Prozent arbeiten an einer Habilitation).

Neben dem generellen Problem, dass die Lebensentwürfe der Ärztinnen nicht mit dem tradierten Wissenschaftsanspruch korrelieren, nämlich der *Freizeitforschung* nachts, an Wochenenden, im Urlaub stehen Frauen häufig vor der Notwendigkeit, sich zwischen Kindern und Wissenschaft entscheiden zu müssen (Ingrisch, 1992). Hier besteht eine hohe Diskrepanz zwischen Kinderwunsch und tatsächlicher Kinderzahl: nur 42,8 Prozent der Frauen haben Kinder, obwohl nur jede zehnte Frau keine Kinder will (10,3 Prozent).

Die Frage nach der Zukunftsplanung ergibt einen großen Sinn für Realitäten, leider ist dies aber eine Non-future-Option. Die Hälfte der Ärztinnen sieht ihre Zukunft im Krankenhaus (49,4 Prozent), ein Viertel (23,3 Prozent) in einer eigenen Praxis. Die Frage *Wo wollen Sie in zehn Jahren sein*? zeigt, die *Karrierehoffnung* scheint Oberärztin im Krankenhaus zu sein. Nicht eine einzige Ärztin gibt ein Primariat oder eine Professur an. Dies sagt wohl alles über die Personalentwicklungs-Angebote für Frauen (Mixa, 2000; S.212).

Die Wünsche der Ärztinnen an ihre Dienstgeber sind sehr bescheiden. Der Hauptwunsch aller Ärztinnen, nicht nur in Summe, sondern auch in jeder Untergruppe ist flexible Arbeitszeit. Dies wird nicht ausschließlich im Hinblick auf Kinderbetreuung formuliert, obwohl dies ohne Frage ein Leitmotiv darstellt, sondern darüber hinaus ist es auch eine Frage der Lebensqualität (Warde et al., 1999). Diese Forderung ist aus der bekannten Arbeitssituation der Ärztin nicht nur verständlich, sondern auch sehr bescheiden, bedenkt man, dass bei beiden Dienstgebern, Bund und Land, flexible Arbeitszeitmodelle selbstverständlich eingeführt sind, nur werden diese den Ärzt/innen mit wenig nachvollziehbaren Begründungen verwehrt. Die Argumente sind immer dieselben: es ginge einfach nicht bei diesem Betrieb, die Patient/innenversorgung wäre nicht mehr gewährleistet. Erstaunlicherweise konnten in demselben Betrieb flexible Arbeitszeitmodelle für andere Berufsgruppen, allerdings erst nach eklatantem Schwesternmangel, organisiert werden.

Die nächst häufig genannte Forderung ist der Wunsch nach Frauenförderung durch den Arbeitgeber. Dass dies derzeit für die meisten befragten Frauen nicht existent ist, aber sehr notwendig wäre, ist aus den Interviewantworten leicht abzuleiten. Das Traurige aber ist, dass beide Arbeitgeber, Bund und Land, seit Jahren eine gesetzlich vorgeschriebene Frauenförderung, die Dienstgeberpflicht ist, zwar eingeführt, aber offensichtlich nicht sichtbar umgesetzt haben. Derzeit übersteigt es eindeutig den Vorstellungshorizont fast aller unserer lokalen *Dienstgeber*, ihre Maßnahmen und Erlässe tatsächlich auf Auswirkungen auf die hier arbeitenden Frauen prüfen zu lassen. Genau das aber hat die österreichische Bundesregierung mit dem Gender Mainstreaming-Gebot am 7. Juli 2000 beschlossen!

Kinderversorgungsangebote, und zwar solche, die den Bedürfnissen der hier arbeitenden Frauen und vor allem ihren tatsächlichen Dienstzeiten entsprechen, sind der nächste Wunsch. Dies sollte für jeden Arbeitgeber, der Frauen beschäftigt, selbstverständlich sein. In einem Bereich mit langen Arbeitszeiten, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten sind die Probleme für Mütter in Anbetracht der vorhandenen öffentlichen und auch privaten Einrichtungen transparent.

Es ist es aber jederzeit mit geringem Aufwand möglich, die von den Frauen selbst genannt bescheidenen dringendsten Wünsche, die großteils sowieso bereits gesetzlich garantiert wären, nämlich flexible Arbeitszeit- und Teilzeitmodelle, sichtbare Frauenförderung durch die Arbeitgeber und eine den beruflichen Erfordernissen entsprechende Kinderbetreuung zu starten. Grundvoraussetzung ist nur etwas guter Wille der Arbeitgeber und natürlich das Ernstnehmen von Ärztinnen und ihren dringendsten Bedürfnissen. Diese Forderung soll nicht heißen, dass wir alte feministische Positionen aufgeben wollen.

Die Minimalforderungen der Frauen aber, wie in dieser Umfrage postuliert, können, sollen und müssen sofort umgesetzt werden! Umso mehr, da diese Forderungen nicht nur Ärztinnen betreffen. So hat eine neuerliche Umfrage im Jahr 2004 mit einem Rücklauf von 1.087 Fragebögen bei Ärztinnen, Frauen aus der Pflege, den Medizinisch-Technischen Diensten, sowie der Verwaltung die oben genannten Frauenforderungen in eindrucksvoller Weise bestätigt.

Dieser Forderungskatalog, flexible Arbeitszeitmodelle, sichtbare Frauenförderung sowie flexible Kinderbetreuungsmodelle, wurde seitens des Arbeitskreises für Gleichbehandlungsfragen bei den lokalen Dienstgebern, Medizinische Universität Innsbruck und Krankenhausholding, eingefordert. Zusätzlich kandidieren die Mitglieder des Arbeitskreises mit diesen Forderungen als Frauenliste bei den Betriebsratswahlen.

2. Gesundheitszustand und Gesundheitsdaten aus der Gender-Perspektive

2.1 Gesundheitsrelevante demografische Trends

Im Folgenden wird ein Überblick über ausgewählte demografische Indikatoren und Trends gegeben, die für eine geschlechtsspezifische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit relevant sind. Hervorzuheben sind vor allem die Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung, die Veränderungen in der Fertilität, in den Familienstrukturen und der Einkommenssituation.

2.1.1 Bevölkerungsstruktur

Im Jahr 2002 lebten in Österreich 8,1 Millionen Menschen, 4,2 Millionen Frauen (51,6 Prozent) und 3,9 Millionen Männer (48,4 Prozent), also um rund 250.000 mehr Frauen als Männer. Der Frauenanteil ist in Wien mit 52,7 Prozent am höchsten, in Vorarlberg mit 50,7 Prozent am niedrigsten).

Tabelle 2-1. Bevölkerung nach Geschlecht, Alter und Bundesländern (2001)

	Gesamt	0-19 Jahre		20-44 Jahre		45-64 Jahre		65 und älter	
		absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Männer									
Burgenland	135.357	30.167	22,3	51.161	37,8	34.649	25,6	19.380	14,3
Kärnten	270.200	65.811	24,4	102.981	38,1	65.958	24,4	35.450	13,1
Niederösterreich	754.953	183.093	25,3	283.960	37,6	191.397	25,4	96.503	12,8
Oberösterreich	672.541	174.390	25,9	262.650	39,1	157.323	23,4	78.178	11,6
Salzburg	249.015	64.133	25,8	97.689	39,2	60.052	24,1	27.141	10,9
Steiermark	574.432	135.419	23,6	224.899	39,2	138.560	24,1	75.554	13,2
Tirol	328.010	85.280	26,0	131.246	40,0	75.857	23,1	35.627	10,9
Vorarlberg	173.337	47.050	27,1	68.805	39,7	40.366	23,3	17.116	9,9
Wien	731.344	155.573	21,3	297.108	40,6	191.665	26,2	86.998	11,9
Österreich	**3.889.189**	**940.916**	**24,2**	**1.520.499**	**39,1**	**955.827**	**24,6**	**471.947**	**12,1**
EU-15 (1999)	183.454.000	44.546.700	24,3	70.092.600	38,2	44.569.500	24,3	24.245.200	13,2
Frauen									
Burgenland	142.212	29.104	20,5	48.818	34,3	33.591	23,6	30.699	21,6
Kärnten	289.204	63.324	21,9	101.347	35,0	68.925	23,8	55.608	19,2
Niederösterreich	790.851	174.069	22,0	273.932	34,6	190.660	24,1	152.190	19,2
Oberösterreich	704.256	166.363	23,6	252.980	35,9	158.784	22,5	126.129	17,9
Salzburg	266.312	60.923	22,9	99.471	37,4	63.428	23,8	42.490	16,0
Steiermark	608.871	128.690	21,1	215.605	35,4	144.126	23,7	120.450	19,8
Tirol	345.494	81.609	23,6	130.148	37,7	79.170	22,9	54.567	15,8
Vorarlberg	177.758	44.618	25,1	66.522	37,4	40.158	22,6	26.460	14,9
Wien	818.779	147.823	18,1	301.422	36,8	208.395	22,5	161.139	19,7
Österreich	**4.143.737**	**896.523**	**21,6**	**1.490.245**	**36,0**	**987.237**	**23,8**	**769.732**	**18,6**
Ö Gesamt	8.032.921	1.837.439	22,9	3.010.744	37,5	1.943.064	24,2	1.241.679	15,4
EU-15 (1999)	192.003.800	42.339.600	22,1	68.140.000	35,5	45.506.100	23,7	36.018.100	18,8

Quelle: Statistik Austria, basierend auf den Volkszählungen 1991 und 2001; Eurostat

2.1.2 Geschlecht und Alter

Demografische Entwicklungen haben erhebliche Auswirkungen auf die soziale und wirtschaftliche Lage. Der in Europa und den Industrieländern wohl massivste Trend mit den nachhaltigsten Auswirkungen ist die zunehmende Überalterung der Bevölkerung. Wesentliche Ursachen dafür sind der Rückgang der Fruchtbarkeit unter die Reproduktionsgrenze und der Rückgang der Sterblichkeit. In den EU-15-Ländern stieg der Anteil der älteren Menschen (65 Jahre und darüber) an der Bevölkerung von 1960 bis heute von elf Prozent auf über18 Prozent. Die Prognosen gehen davon aus, dass sich dieser Trend auch weiterhin fortsetzen wird. Vor allem der Anteil *sehr alter* Menschen (achtzig Jahre und darüber) wird in den kommenden 15 Jahren drastisch steigen, und zwar um fast fünfzig Prozent (Eurostat, 2003).

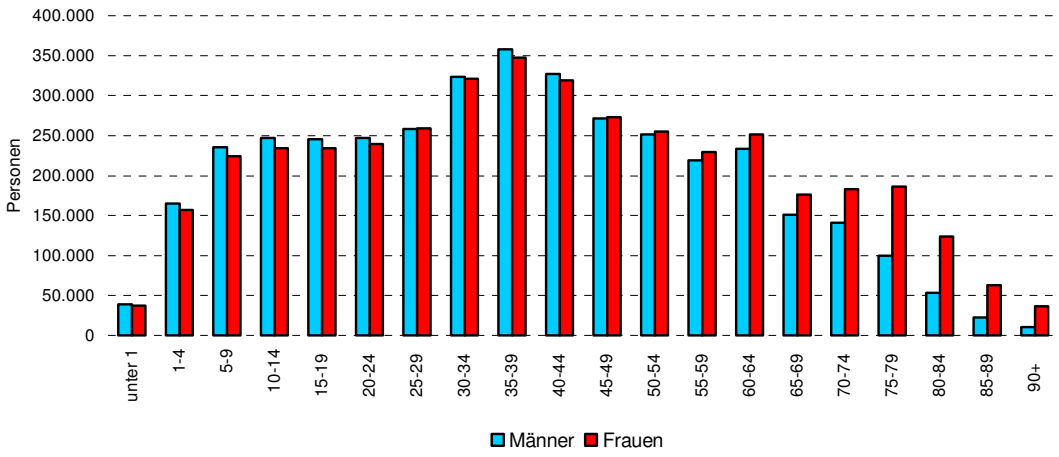
In Österreich betrug 2001 der Anteil der Älteren (ab 65 Jahren) 15,4 Prozent, im EU-Durchschnitt waren es 18,8 Prozent (siehe Tabelle 2-1). 18,6 der österreichischen Frauen und 12,1 Prozent der Männer waren 2001 65 Jahre oder älter. Innerhalb der Bundesländer hat das Burgenland mit 21,6 Prozent den höchsten Anteil an Frauen ab 65 Jahren, die Steiermark, Wien, Niederösterreich und Kärnten liegen ebenfalls über dem Österreich-Durchschnitt, Oberösterreich, Salzburg und Tirol weisen unterdurchschnittliche Werte auf, Vorarlberg hat mit 14,9 Prozent den geringsten Anteil.

Im Jahr 2002 betrug der Frauenanteil in den EU-15-Ländern bei den 65-Jährigen und Älteren 55 Prozent, bei den 75-Jährigen und Älteren 63 Prozent und bei Personen ab 85-Jahren 72 Prozent. Eurostat-Vorausschätzungen zufolge dürfte der Anteil der 65-Jährigen und Älteren in der EU zwischen 2000 und 2010 um 13 Prozent und in den darauf folgenden 15 Jahren um weitere 25 Prozent ansteigen. Für Österreich geht Eurostat von einem eher langsameren Wachstum aus, am stärksten wird voraussichtliche der Anteil der Männer ab 65 Jahre anwachsen. In Österreich lag im Jahr 2002 der Frauenanteil bei den 65- bis 74-Jährigen bei 55 Prozent, bei den 75- bis 84-Jährigen bei 67 Prozent und bei den 85-Jährigen und Älteren bei 75 Prozent, lag also in den beiden letztgenannten Altersgruppen über dem EU-Durchschnitt (Eurostat, 2003; 124ff.).

Feminisierung des Alters

Unter der *Feminisierung des Alters* versteht man das zunehmende starke Überwiegen des Frauenanteils in den älteren und alten Bevölkerungsgruppen. Abbildung 2-1 gibt die Altersstruktur der Geschlechter in Österreich für das Jahr 2002 wieder. Während bis zum Alter von rund 45 Jahren Männer in der Mehrzahl sind, ist ab 45 Jahren ist ein Überwiegen der weiblichen Bevölkerung zu erkennen, das mit zunehmendem Alter deutlicher wird.

Abbildung 2-1. Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen (2002), Absolutzahlen



Quelle: Statistik Austria, 2004, Tab.1.1.

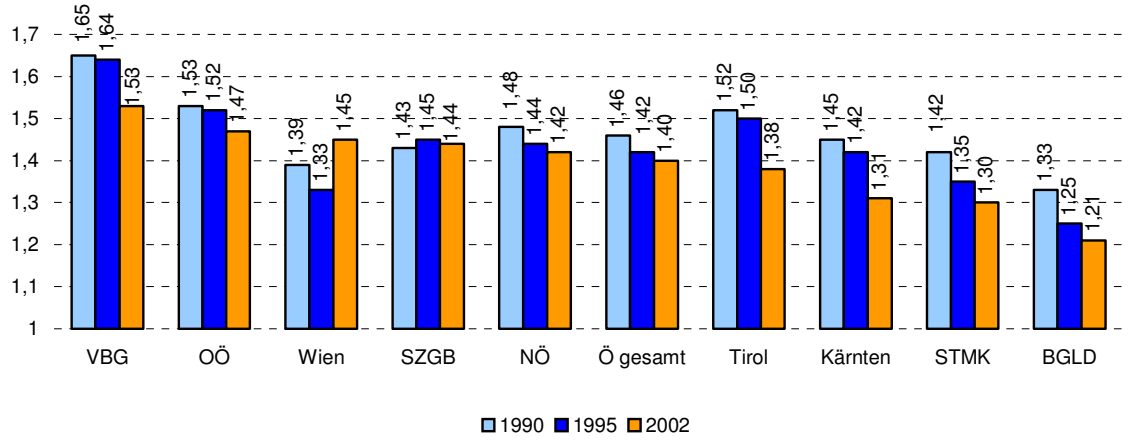
2.1.3 Geburtentwicklung und Bevölkerungsbewegungen

Weniger Kinder zu einem späteren biografischen Zeitpunkt

Auf Ebene der EU-15-Länder hat sich der Rückgang der Geburtenhäufigkeit im Jahr 2000 nicht weiter fortgesetzt, nachdem 1999 mit knapp 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 Kindern je Frau im Jahr 1999 auf 1,47 im Jahr 2001 bedeutet. Im Vergleich zu einer Rate von 2,59 im Jahr 1960 ist dies jedoch weiterhin niedrig. 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. Irland verzeichnet weiterhin die höchste Fertilität (1,98), zusammen mit Frankreich, wo sie in den letzten beiden Jahren von 1,79 auf 1,90 stieg (Eurostat, 2002).

In Österreich ist es nach dem langjährigen starken Geburtenrückgang zu einer Verlangsamung dieses Trends gekommen. Dabei sind jedoch regionale Unterschiede zu erkennen: Wien ist das einzige Bundesland, in dem seit 1995 ein Anstieg der Fertilitätsrate zu verzeichnen war. Im Jahr 2002 lag Wien ungefähr im Österreich-Durchschnitt, nachdem es in den 1970er Jahren deutlich unterdurchschnittliche Geburtenraten aufgewiesen hat. Vorarlberg hat bundesweit nach wie vor die höchste Gesamtfertilitätsrate, aber auch hier war sie seit Mitte der 1970er Jahre rückläufig. Über dem Österreich-Durchschnitt liegen auch Oberösterreich und Tirol, wobei von 1995 auf 2002 in Tirol ein stärkerer Rückgang als in Oberösterreich zu verzeichnen war. In Salzburg und Niederösterreich blieb die Gesamtfertilitätsrate seit 1990 stabil und ist seit den 1970er Jahren nur moderat gesunken; beide Bundesländer liegen im Österreich-Schnitt. In Kärnten und der Steiermark ist eine nahezu parallele Entwicklung der Gesamtfertilitätsraten seit 1990 zu beobachten: beide Länder liegen konstant unter dem Österreich-Durchschnitt. Das Burgenland weist die geringste Gesamtfertilitätsrate auf, diese lag 1975 noch im damaligen Österreich-Durchschnitt.

Abbildung 2-2. Gesamtfertilitätsrate nach Bundesländern (1990, 1995, 2002)



Quelle: Statistik Austria, 2004, Tab. 1.4

Die regionalen Unterschiede in der Gesamtfertilitätsrate des Jahres 2002 spiegeln sich auch im natürlichen Bevölkerungswachstum wider, wobei die Anzahl der Lebendgeborenen jener der Todesfälle gegenüber gestellt wird. Das mit Abstand größte natürliche Bevölkerungswachstum hat Vorarlberg zu verzeichnen (4,5 Personen pro 1.000 Einwohner/innen), gefolgt von Tirol, Salzburg und Oberösterreich. Unter dem Österreich-Durchschnitt liegen Wien, Kärnten, Steiermark, Niederösterreich und mit dem mit Abstand größtem negativen Wachstum (-3,0) das Burgenland (Tabelle 2-2).

Tabelle 2-2. Bevölkerungswachstum, Eheschließungen, -scheidungen (2002)

2002	Lebend-geborene		Todesfälle		Natürliches Bevölkerungswachstum		Eheschließungen		Ehescheidungen	
	absolut	auf 1.000	absolut	auf 1.000	absolut	auf 1.000	absolut	auf 1.000	absolut	auf 1.000
BGLD	2.160	7,8	2.986	10,8	-826	-3,0	1.053	3,8	556	2,0
KTN	4.843	8,7	5.339	9,6	-507	-0,9	2.087	3,7	1.050	1,9
NÖ	14.213	9,2	15.758	10,2	-1.545	-1,0	6.953	4,5	3.967	2,6
OÖ	13.880	10,0	12.005	8,7	1.875	1,4	5.744	4,2	2.720	2,0
SZBG	5.436	10,5	4.182	8,1	1.254	2,4	2.110	4,1	1.110	2,1
STMK	10.462	8,8	11.507	9,7	-1.045	-0,9	5.028	4,2	2.710	2,3
Tirol	6.973	10,3	5.000	7,4	1.973	2,9	2.815	4,1	1.276	1,9
VBG	4.015	11,4	2.438	6,9	1.577	4,5	1.514	4,3	839	2,4
Wien	16.428	10,6	16.916	10,9	-488	-0,3	9.266	3,0	5.369	3,5
Ö	78.399	9,7	76.131	9,5	2.268	0,3	36.570	4,5	19.597	2,4

Quelle: Statistik Austria, 2004, S. 62, Tab. 2.20

Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes, Fertilitätsalter

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. In England und Spanien bekommen Frauen „am spätesten" ihr erstes Kind (und zwar mit 29,1 bzw. 29 Jahren). Österreichische Mütter 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 Altersgrenze bei der ersten Geburt. Das *durchschnittliche Fertilitätsalter* (das heißt der Mittelwert des Alters aller Frauen, die innerhalb eines Geburtenjahrgangs Kinder geboren haben) ist in den letzten Jahrzehnten europaweit deutlich gestiegen. In Österreich war von 1990 auf 2002 ein Anstieg des durchschnittlichen Fertilitätsalters um 1,4 Jahre zu beobachten, d.h. Frauen bekommen nicht nur weniger Kinder, sie bekommen diese auch zu einem biografisch späteren Zeitpunkt. Zwischen den Bundesländern zeigten sich im Jahr 2002 nur geringe Unterschiede im durchschnittlichen Fertilitätsalter: die Abweichung der einzelnen Bundesländer vom Österreich-Durchschnitt von 28,6 Jahren betrug maximal 0,5 Jahre. Im Jahr 1990 waren die Unterschiede noch größer: zwischen dem Burgenland mit dem niedrigsten durchschnittlichen Fertilitätsalter von 26,4 Jahren und Tirol mit dem höchsten Fertilitätsalter von 27,9 Jahren im Jahr 1990 lagen 1,5 Jahre (Eurostat, 2003; Statistik Austria, 2004).

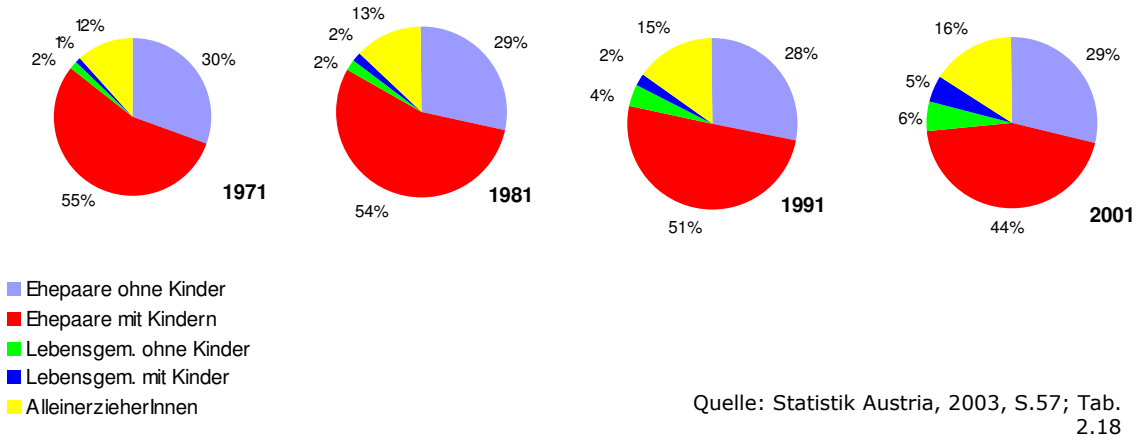
2.1.4 Langfristige Veränderungen von Partnerschaft, Ehe und Familie

Querverweis: Kapitel 5.2. Gesundheit von Alleinerzieherinnen

Familientypen 1971 bis 2001

Was die verschiedenen Familientypen in Österreich betrifft, ist seit den 1970er Jahren eine kontinuierlichen Abnahme von Ehepaaren mit Kindern, sowie eine Zunahme von Lebensgemeinschaften (mit und ohne Kinder) und von Alleinerzieher/innen zu beobachten. Gab es in Österreich 1971 noch 224.400 Alleinerzieher/innen-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).

Abbildung 2-3. Familientypen (1971-2001)



Quelle: Statistik Austria, 2003, S.57; Tab. 2.18

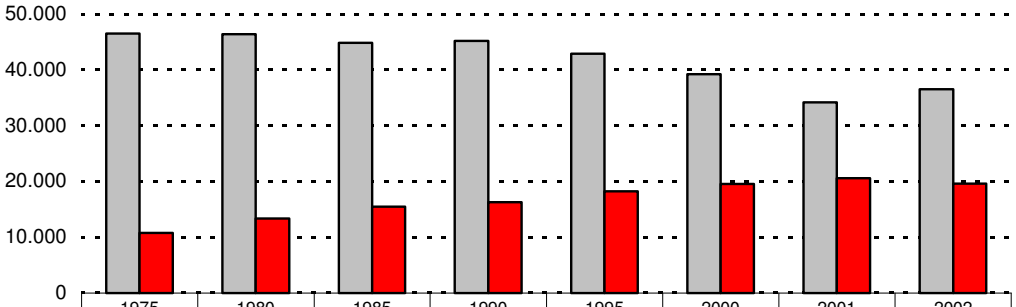
Eheschließungen und Ehescheidungen

Dem kontinuierlichen Trend der Abnahme der Eheschließungen und Zunahme der Ehescheidungen stand von 2001 auf 2002 mit einer Zunahme von 2.357 Eheschließungen und einer Abnahme von 985 Scheidungen ein gegenläufiger Trend gegenüber.

Im Vergleich zu 1975 wurden im Jahr 2002 rund 10.000 weniger Ehen geschlossen und rund 9.000 mehr Ehen geschieden.

Österreich liegt hinsichtlich der Anzahl und Entwicklung der Eheschließungen seit 1970 im EU-15-Vergleich im Mittelfeld. Die Scheidungsraten sind in allen europäischen Ländern seit 1970 kontinuierlich gestiegen: In Spanien, Italien und Portugal gab es 1970 noch nahezu keine Scheidungen, Portugal lag im Jahr 2000 mit 1,9 Scheidungen pro 1.000 Einwohner/innen weit vor Spanien (1,0) und Italien (0,7). Die höchsten Scheidungsraten innerhalb der EU sind in Dänemark und Finnland (2,7) zu beobachten, gefolgt von England und Belgien (jeweils 2,6), Schweden, Deutschland und Österreich (2,4), Luxemburg, (2,3), Holland (2,2), Frankreich (2,0) und Griechenland (0,9) (Eurostat, 2003).

Abbildung 2-4. Eheschließungen und –scheidungen (1975-2002), Absolutzahlen



	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
Eheschließungen	46.542	46.435	44.867	45.212	42.946	39.228	34.213	36.570
Ehescheidungen	10.763	13.327	15.460	16.282	18.204	19.552	20.582	19.597

Quelle: Statistik Austria, 2003

2.1.5 Geschlechtsunterschiede in den sozioökonomischen Rahmenbedingungen

Geschlecht und Bildung

Im Zeitraum von 1994 bis 2004 ist eine deutliche Veränderung des Bildungsstandes von Frauen zu erkennen: Der Anteil von Frauen bei Personen mit abgeschlossener Hochschulausbildung hat um 16,8 Prozent des Wertes von 1994 zugenommen (von 35,1 auf 41,0 Prozent), hingegen hat der Frauenanteil bei Personen mit Pflichtschule als höchstem Schulabschluss um ein Prozent abgenommen (von 63,1 auf 62,5 Prozent). Dazu ist zu bemerken, dass in absoluten Zahlen die Zahl der Hochschulabsolvent/innen von 283.000 im Jahr 1994 auf 471.700 Personen im Jahr 2004 angewachsen ist (das ist ein Zuwachs um 66 Prozent des Wertes von 1994). Die Zahl der Personen mit Pflichtschule als höchster abgeschlossener Schulbildung ist von 2,532.500 im Jahr 1994 auf 1,965.800 gesunken (das ist ein Rückgang um 32 Prozent des Wertes von 1994). Der Zuwachs an Bildung bei Frauen anders ausgedrückt: Hatten im Jahr 1994 2,9 Prozent aller Frauen ab 15 Jahren einen Hochschulabschluss, waren es 2004 5,5 Prozent (Männer: 1994 5,9 Prozent; 2004 8,6 Prozent); weiters hatten 1994 46,7 Prozent aller Frauen über 15 Jahren einen Pflichtschulabschluss als höchsten Schulabschluss, 2004 waren es mit 35,1 Prozent deutlich weniger (Männer: 1994 30,1 Prozent; 2004 22,7 Prozent).

Tabelle 2-3. Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Geschlecht (1994, 2004)

	1994				2004				1994-2004 Zuwachs Frauenanteil in %
	Gesamt (in 1.000)	% aller Frauen	% aller Männer	Frauen-anteil in %	Gesamt (in 1.000)	% aller Frauen	% aller Männer	Frauen-anteil in %	
Universität, Hochschule	283,0	2,9	5,9	35,1	471,7	5,5	8,6	41,0	**+16,8**
Hochschulverwandte Lehranstalt	102,8	1,8	1,4	59,1	171,5	3,4	1,7	68,7	**+16,2**
BHS, Abiturientenlehrgang, Kolleg	137,0	1,9	2,3	48,1	98,3	1,4	1,5	50,0	**+4,0**
BHS, Normalform	325,0	4,5	5,5	47,5	440,0	5,8	7,3	45,9	**-3,3**
AHS	416,0	6,5	6,2	53,6	427,9	6,6	6,0	54,2	**+1,3**
BMS (ohne Berufsschule)	614,5	12,0	6,6	66,8	936,0	17,9	9,6	66,8	**+0,1**
Lehrabschluss (Berufsschule)	2.110,5	23,7	42,0	38,3	2.241,7	24,4	42,7	38,1	**-0,5**
Pflichtschule (inkl. ohne Abschluss)	2.532,5	46,7	30,1	63,1	1.965,8	35,1	22,7	62,5	**-1,0**
Gesamt	**6.521,2**	**100,0**	**100,0**	**52,5**	**6.752,8**	**100,0**	**100,0**	**51,9**	**-1,1**

Legende: BHS = Berufsbildende Höhere Schule; AHS = Allgemeinbildende Höhere Schule;
BMS = Berufsbildende Mittlere Schule; Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus; BMBWK

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 Arbeiter/innen 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: Bäuer/innen 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 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 (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, 2003).

2.2 Geschlechtsunterschiede bei Lebenserwartung und Todesursachen

Allgemeine Trends: Sterblichkeitsrückgang und epidemiologischer Übergang

Der in den vergangenen Jahrzehnten beobachtbare Rückgang der Sterblichkeit ist eine der Ursachen der Überalterung der Bevölkerung, die eine der großen Herausforderungen des Gesundheitssystems in der Zukunft darstellt. Weitere Ursachen der Überalterung sind das Absinken der Fruchtbarkeitsrate unter die Reproduktionsgrenze und die Tatsache, dass die *Baby Boomer*, d.h. die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegszeit, kurz vor dem Pensionsalter stehen. In den frühen 1970er Jahren entstand das *Modell des epidemiologischen Übergangs* zur Erklärung des Sterblichkeitsrückgangs des 19. und 20. Jahrhunderts. Das Modell beschreibt den Anstieg der Lebenserwartung durch den Wandel des Todesursachenspektrums von den Infektionskrankheiten (Cholera, Typhus, Pocken, Tuberkulose …) zu den *Zivilisationskrankheiten* (chronisch-degenerative Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Krankheiten und bösartige Neubildungen) und durch die Verschiebung des Sterbealters, das heißt der Tod betrifft nicht mehr hauptsächlich die frühen Lebensphasen, sondern wird ein Phänomen des höheren Erwachsenalters.

Das Modell des epidemiologischen Übergangs unterscheidet drei Phasen mit einer *neuen vierten Phase*: (1) das Zeitalter der Seuchen und Hungersnöte mit hoher Mortalität; (2) die eigentliche Übergansphase mit einem kontinuierlichen Mortalitätsrückgang; (3) das Zeitalter der Zivilisationskrankheiten mit einem gleich bleibend niedrigen Sterblichkeitsniveau (Plateauphase seit den 1960er Jahren); (4) die neue vierte Phase, die als das *Zeitalter der verzögert auftretenden degenerativen Krankheiten* bezeichnet wird und auf der Beobachtung basiert, dass zunehmend in den höheren Lebensaltern Gewinne in der Lebenserwartung zu verzeichnen sind.

Folgende grundlegende demografische Fragen werden in (weiterer) Zukunft von Interesse sein (nach Kityr, 2003):

- Wo liegt die biologische Grenze der Lebenserwartung und kann sie überhaupt weiter hinausgeschoben werden?
- Kann die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen ähnlich erfolgreich gesenkt werden wie jene der Herz-Kreislauf-Erkrankungen?
- Treten neue Infektionskrankheiten – wie z.B. AIDS oder SARS – auf und wie können diese bewältigt werden?
- Wird die zunehmende Lebenserwartung von einer Kompression oder einer Expansion der Morbidität begleitet?
- Wie lässt sich das Auftreten von Krankheiten im hohen Alter, also die „Lebenserwartung bei guter Gesundheit", beeinflussen?
- Wie kann den sozialen Problemen der Hoch- und Höchstaltrigkeit begegnet werden?

2.2.1 Unterschiede in der Lebenserwartung bei Männern und Frauen

Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich seit 1900 zusehends erhöht. Gleichzeit ist auch eine Verlängerung der Lebenserwartung in den mittleren und höheren Lebensjahren zu verzeichnen. Die Zahl der Sterbefälle erreichte in Österreich im Jahr 2001 einen historischen Tiefststand (74.767) und ist davor seit 1996 kontinuierlich gesunken. Im Jahr 2001 hatten Männer in Österreich eine durchschnittliche Lebenserwartung von rund 75,5 Jahren, Frauen von 81,2 Jahren, das bedeutet eine Differenz von 5,7 Jahren. Der Vorsprung der weiblichen Lebenserwartung verringerte sich in den beiden letzten Jahrzehnten somit deutlich, und zwar von 7,0 Jahren im Jahr 1981 auf 5,7 Jahre im Jahr 2001. Seit rund dreißig Jahren ist ein kontinuierlicher Anstieg der Lebenserwartung zu verzeichnen. Zwischen 1970 und 2002 wuchs sie für Männer um 9,3 Jahre, für Frauen und 8,3 Jahre. Die *ferne Lebenserwartung*, das heißt die noch zu erwartenden Lebensjahre, stieg ab dem sechzigsten Lebensjahr bei Männern und Frauen von 1970 auf 2002 in einem ähnlichen Ausmaß, nämlich um rund fünf Jahre: bei Männern von 14,9 Jahren auf 20,2 Jahre, bei Frauen von 18,8 Jahren auf 24,2 Jahre. Das bedeutet, dass Männer, die das

sechzigste Lebensjahr erreicht haben, durchschnittlich 80,2 Jahre alt werden und Frauen 84,2 Jahre (Statistik Austria, 2003b, S.29ff.).

Der Vergleich der Lebenserwartung in den österreichischen Bundesländern zwischen 1981 und 2001 verweist auf das bekannte West-Ost-Gefälle: Tirol, Kärnten, Vorarlberg, Salzburg liegen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen über dem österreichischen Durchschnitt, Wien, Niederösterreich und das Burgenland darunter, Oberösterreich und die Steiermark weichen am wenigsten vom Österreich-Durchschnitt ab. Das Burgenland hat nicht nur die größte Differenz zwischen Männern und Frauen zu verzeichnen, sondern auch den größten Zuwachs in der Lebenserwartung von 1991 auf 2001 bei beiden Geschlechtern.

Tabelle 2-4. Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht und Bundesländern (1981, 1991, 2001)

	Männer			Frauen			Differenz F-M in Jahren			Zuwachs in Jahren 1981-1991	
	1981	1991	2001	1981	1991	2001	1981	1991	2001	Männer	Frauen
Burgenland	67,4	70,8	75,1	76,9	78,3	81,7	9,5	7,5	6,6	4,3	3,4
Kärnten	69,5	71,8	75,9	76,2	79,4	81,9	6,7	7,6	6,0	4,1	2,5
Niederösterreich	68,7	72,0	75,6	76,1	78,9	80,9	7,4	6,9	5,3	3,6	2,0
Oberösterreich	69,6	72,9	75,8	76,7	79,1	81,7	7,1	6,2	5,9	2,9	2,6
Salzburg	69,8	74,1	76,3	76,6	79,5	81,3	6,8	5,4	5,0	2,2	1,8
Steiermark	68,9	72,5	75,6	75,9	78,9	81,5	7,0	6,4	5,9	3,1	2,6
Tirol	70,9	74,1	76,7	77,3	79,6	82,0	6,4	5,5	5,3	2,6	2,4
Vorarlberg	70,4	73,3	75,8	77,8	80,0	82,2	7,4	6,7	6,4	2,5	2,2
Wien	69,0	71,3	74,6	75,5	77,8	80,2	6,5	6,5	5,6	3,3	2,4
Österreich	**69,2**	**72,3**	**75,5**	**76,2**	**78,8**	**81,2**	**7,0**	**6,5**	**5,7**	**3,2**	**2,4**

Quelle: Statistik Austria; basierend auf Volkszählungen 1991 und 2001, Eurostat

Österreich schneidet bei der Lebenserwartung im EU-15-Vergleich sehr gut ab: Und zwar liegt es bei den Männern bei der Lebenserwartung bei der Geburt mit 75,8 Jahren auf Platz zwei hinter Schweden (77,4 Jahre), bei der Lebenserwartung mit einem Lebensjahr an dritter Stelle hinter Schweden und Italien und bei der Lebenserwartung mit 65 Jahren an vierter Stelle hinter Schweden, Frankreich und Spanien.

Bei den Frauen liegt Österreich im EU-Vergleich der Lebenserwartung bei der Geburt auf dem vierten Rangplatz hinter Spanien, Frankreich und Italien, bei der Lebenserwartung nach dem ersten Lebensjahr ebenfalls auf Rang vier hinter Frankreich, Italien und Schweden und schließlich bei der Lebenserwartung mit 65 auf Rang fünf hinter Frankreich, Spanien, Italien und Luxemburg.

Tabelle 2-5. Lebenserwartung bei der Geburt, mit 1 Jahr, mit 65 Jahren in den EU-15-Ländern nach Geschlecht (2000)

2000	Männer			Frauen			Differenz in Jahren		
Land	Geburt	1 Jahr	65 Jahre	Geburt	1 Jahr	65 Jahre	Geburt	1 Jahr	65 Jahre
Österreich	**75,8**	**75,1**	**16,3**	**81,7**	**81**	**19,8**	**5,9**	**5,9**	**3,5**
Belgien	74,6	74,0	15,5	80,8	80,2	19,5	6,2	6,2	4,0
Dänemark	74,5	73,9	15,2	79,3	78,6	18,3	4,8	4,7	3,1
Deutschland	74,4	73,8	15,4	80,6	79,9	19,1	6,2	6,1	3,7
Griechenland	75,5	75,0	16,3	80,6	80,1	18,7	5,1	5,1	2,4
Spaniel	75,5	74,8	16,4	82,7	82,0	20,6	7,2	7,2	4,2
Frankreich	75,0	74,4	16,5	82,5	81,8	20,9	7,5	7,4	4,4
Irland	74,2	73,7	14,6	79,2	78,6	17,7	5,0	4,9	3,1
Italien	75,7	75,2	16,0	81,8	81,2	19,9	6,1	6,0	3,9
Luxemburg	74,9	74,3	15,6	81,3	80,6	19,8	6,4	6,3	4,2
Niederlande	75,5	74,9	15,3	80,5	79,9	19,2	5,0	5,0	3,9
Portugal	72,7	72,2	14,7	79,7	79,1	18,3	7,0	6,9	3,6
Finnland	74,2	73,5	15,5	81,0	80,2	19,3	6,8	6,7	3,8
Schweden	77,4	76,7	16,7	82,0	81,2	20,0	4,6	4,5	3,3
UK-England	75,4	74,9	15,6	80,2	79,6	18,9	4,8	4,7	3,3

Quelle: Statistik Austria, 2003, S. 376ff, Tab. 10.09, 10.10

Geschlechtsunterschiede in der gesunden Lebenserwartung

Seit den 1970er Jahren wird die *gesunde Lebenserwartung* (*disability free life expectancy*) in der internationalen Gesundheitsberichterstattung zunehmend als qualitatives Maß der Lebenserwartung herangezogen. Sowohl die WHO als auch die OECD haben einen Indikator für gesunde Lebenserwartung in ihre Gesundheitsdatenbanken aufgenommen

(WHO Health for All, OECD Health Data). Der Indikator gesunde Lebenserwartung basiert auf Daten zur Mortalität und Morbidität und auf Angaben zur Beeinträchtigung der Gesundheit. Es gibt verschiedene Konzepte zur Schätzung des Anteils der Personen in guter bzw. schlechter Gesundheit. In der EU-SILC Befragung (2003) wurden die über 16-Jährigen zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, dem Vorhandensein chronischer Krankheit und den subjektiv empfundenen Einschränkungen durch eine chronische körperliche oder psychische Krankheit befragt. Diese Befragungsergebnisse werden hinsichtlich des altersspezifischen Anteils von Personen in guter bzw. schlechter Gesundheit aufgeschlüsselt und mit der jeweiligen altersspezifischen Lebenserwartung in Zusammenhang gebracht.

Statistik Austria hat die gesunde Lebenserwartung für das Jahr 2003 errechnet (Datenquelle: EU-SILC): Man kann davon ausgehen, dass im Durchschnitt männliche Neugeborene 58,2 und weibliche Neugeboren 60,5 Lebensjahre ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen vor sich haben (Konzept: Einschränkung im täglichen Leben), das sind bei Männern 76,7 und bei Frauen 74,2 Prozent der Gesamtlebenszeit. Das bedeutet zugleich, dass bei Männern mit 17,7 und bei Frauen mit 21,0 Lebensjahren mit beeinträchtigenden Erkrankungen zur rechen ist.

Im Alter von 65 Jahren liegt die Lebenserwartung von Frauen insgesamt 3,3 Jahre über jener der Männer, die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist jedoch für Männer und Frauen etwa gleich hoch (6,8 bzw. 6,7 Jahre). Frauen müssen in einem Alter von 65 Jahren mit 13 weiteren Lebensjahren mit Beeinträchtigungen im täglichen Leben rechen, Männer mit 9,6 Jahren. Hier wird deutlich, dass Frauen zwar eine höhere Lebenserwartung, aber auch eine längere Lebensphase mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben (Klimont, 2005).

Tabelle 2-6. Lebenserwartung in guter Gesundheit und mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Geschlecht (2003)

Alter	Lebenserwartung insgesamt		Lebenserwartung in guter Gesundheit		Lebenserwartung mit gesundheitlicher Beeinträchtigung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	75,9	81,5	58,2	60,5	17,7	21,0
5	71,4	76,9	53,5	55,7	17,8	21,1
10	66,4	71,9	48,5	50,8	17,9	21,1
15	61,4	66,9	43,6	45,8	17,9	21,1
20	56,6	62,0	38,9	41,1	17,7	21,0
25	51,9	57,1	34,6	36,6	17,3	20,6
30	47,1	52,2	30,2	32,0	16,9	20,2
35	42,3	47,3	25,0	27,6	16,4	19,7
40	37,6	42,5	21,8	23,3	15,8	19,1
45	32,9	37,7	17,9	19,2	15,0	18,5
50	28,4	32,0	14,4	15,6	14,1	17,4
55	24,2	28,4	11,6	12,5	12,6	15,9
60	20,2	24,0	9,3	9,5	10,9	14,5
65	16,4	19,7	6,8	6,7	9,6	13,0
70	12,9	15,5	4,9	4,7	8,0	10,8
75	9,8	11,7	3,5	3,0	6,3	8,7
80	7,2	8,4	2,4	2,0	4,8	6,4
85	5,0	5,6	1,3	1,0	3,7	4,6

Quelle: Klimont, 2005; Tab. 1 (gerundet auf eine Kommastelle)

2.2.2 Geschlechtsspezifische Todesursachen

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 (Tabelle 2-7).

Tabelle 2-7. Sterbefälle nach Geschlecht (1992-2002), absolute Werte und ASR*

	Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F:M-Ratio**
		absolute Zahlen		ASR auf 100.000		
1992	83.162	38.508	44.654	815,2	472,8	58,0
1993	82.517	38.223	44.294	801,1	465,0	58,0
1994	80.684	37.244	43.440	770,7	449,5	58,3
1995	81.171	37.640	43.531	764,7	437,6	57,2
1996	80.790	37.268	43.522	746,4	432,2	57,9
1997	79.432	37.021	42.411	732,1	415,2	56,7
1998	78.339	36.382	41.957	708,6	405,7	57,3
1999	78.200	35.880	42.320	686,5	403,6	58,8
2000	76.780	35.211	41.569	660,4	389,7	59,0
2001	74.767	34.500	40.267	633,6	371,6	58,6
2002	76.131	35.166	40.965	630,7	371,0	58,8

Quelle: Statistik Austria, 2004, Tab. 2.13, Tab. 2.14; *ASR = Altersstandardisierte Raten auf 100.000 Einwohner/innen des gleichen Geschlechts; **F:M-Ratio = relativer Anteil des Wertes für Frauen am Wert für Männer

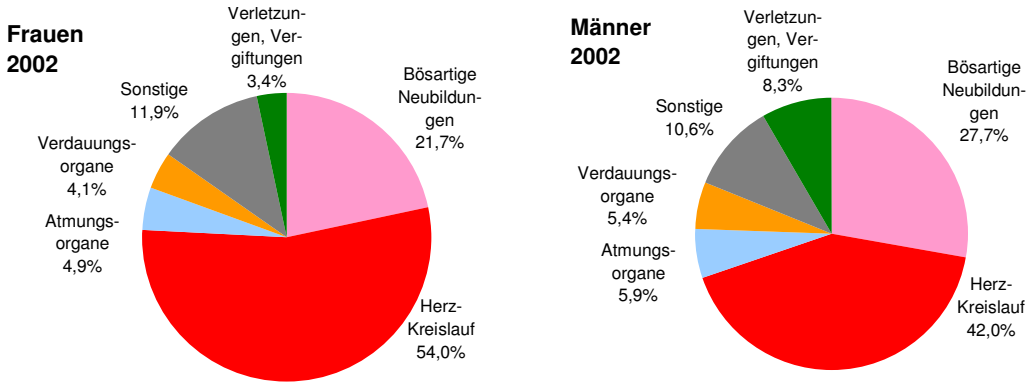
Haupttodesursache für Männer und Frauen sind nach wie vor die *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*: Im Jahr 2002 sind in Österreich 54 Prozent der 40.965 verstorbenen Frauen und 42 Prozent der insgesamt 35.166 verstorbenen Männer an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (als Grundleiden) verstorben. Von den 36.906 Sterbefällen aufgrund einer *Herz-Kreislauf-Erkrankung* betrafen im Jahr 2002 40,1 Prozent Männer und 59,9 Prozent Frauen. Schaltet man den Einfluss der unterschiedlichen Altersstruktur der Geschlechter auf die Sterblichkeit mittels Alterstandardisierung aus, so starben im Jahr 2002 252,9 Männer und 164,9 Frauen pro 100.000 Einwohner/innen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Zweithäufigste Todesursache sind sowohl für Frauen als auch für Männer die *bösartigen Neubildungen.* 18.632 Menschen verstarben 2002 in Österreich an Krebs, das sind knapp halb so viele Todesfälle wie aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei den 2002 in Österreich verstorbenen Frauen war Krebs für 21,7 Prozent, bei den Männern für 27,7 Prozent aller Sterbefälle verantwortlich. Von den 18.632 Krebs-Sterbefällen im Jahr 2002 betrafen 52,3 Prozent Männer und 47,7 Prozent Frauen; altersstandardisiert waren pro 100.000 Einwohner/innen 102,2 Sterbefälle von Frauen an Krebs und 171,0 von Männern zu verzeichnen.

An dritter Stelle der Todesursachen standen im Jahr 2002 bei den Frauen Erkrankungen der *Atmungsorgane* (2.032 Frauen bzw. 4,9 Prozent aller weiblichen Sterbefälle), an vierter Stelle Erkrankungen der *Verdauungsorgane* (1.675 Frauen bzw. 4,1 aller weiblichen Verstorbenen).

Dritthäufigste Todesursache bei den Männern waren *Verletzungen und Vergiftungen* mit 2.925 Todesfällen (vs. 1.392 Fällen bei Frauen). 8,3 Prozent der gesamten Todesfälle von Männern vs. 3,4 Prozent jener von Frauen waren auf Verletzungen und Vergiftungen zurück zu führen. Nach Bereinigung des Alterseinflusses sind 2002 63,3 Männer und 20,5 Frauen pro 100.000 Einwohner/innen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen verstorben.

Abbildung 2-5. Geschlechtsspezifisches Mortalitätsspektrum (2002)



Quelle: Statistik Austria, 2004, Tab. 2.13

Tabelle 2-8. Todesursachen nach Geschlecht (2002)

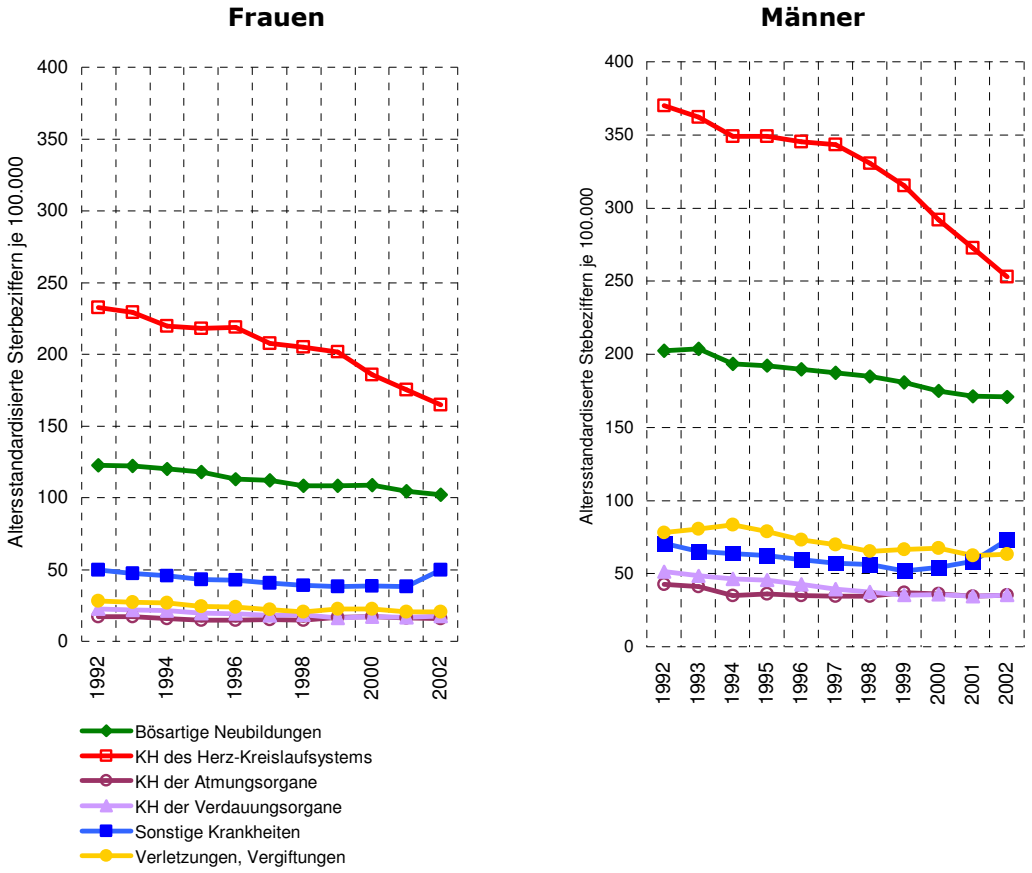
ICD-10	Hauptgruppen	Frauen			Männer			Gesamt		Prozentanteil an allen Sterbefällen	
		Absolut	ASR[1)]	%2)	Absolut	ASR	%2)	Absolut	ASR	Männer	Frauen
C00-C97	Bösartige Neubildungen	8.878	102,2	*47,7*	9.745	171,0	*52,3*	18.623	129,5	*27,7*	*21,7*
I00-I99	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	22.123	164,9	*59,9*	14.783	252,9	*40,1*	36.906	201,3	*42,0*	*54,0*
J00-J99	Atmungsorgane	2.023	16,1	*49,5*	2.067	35,2	*50,5*	4.090	23,1	*5,9*	*4,9*
K00-K93	Verdauungsorgane	1.675	17,5	*46,7*	1.913	35,2	*53,3*	3.588	25,8	*5,4*	*4,1*
A00-B99, D01-H95, L00-R99	Sonstige Krankheiten	4.874	49,8	*56,6*	3.733	73,0	*43,4*	8.607	60,0	*10,6*	*11,9*
V01-Y89	Verletzungen, Vergiftungen	1.392	20,5	*32,2*	2.925	63,3	*67,8*	4.317	40,8	*8,3*	*3,4*
A00-Y89	Gesamt	40.965	371,0	*53,8*	35.166	630,7	*46,2*	76.131	480,6	*100,0*	*100,0*

1) ASR= Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 Einwohner/innen des gleichen Geschlechts (Standardbevölkerung=WHO Weltstandardbevölkerung); 2) Anteil der Sterbefälle von Frauen und Männern bei den jeweiligen Diagnosen (Hauptgruppen); Quelle: Statistik Austria 2004, Tab. 2.13, 2.14

Entwicklung der Todesursachen von 1992 bis 2002

Der Rückgang der Sterblichkeit für Männer und Frauen im Zeitraum von 1992 bis 2002 ist vor allem auf eine Abnahme in der Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück zu führen. Aber auch die Sterblichkeit infolge von Krebs, Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane sowie aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen ist zurückgegangen (Abbildung 2-9).

Abbildung 2-6. Todesursachen nach Geschlecht (1992-2002)



Quelle: Statistik Austria 2004, Tab. 2.14

Insgesamt weist die Sterblichkeit für Männer und Frauen ein deutliches Ost-West-Gefälle auf, insbesondere jene aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten der Verdauungsorgane: die altersstandardisierten Raten der Sterblichkeit sind in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland für diese Erkrankungen am höchsten. Die Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane ist für Männer in Oberösterreich und Vorarlberg am höchsten, bei Frauen in Nieder- und Oberösterreich. Die Sterberaten an bösartigen Neubildungen sind für Männer im Burgenland und für Frauen in Wien am höchsten.

Tabelle 2-9. Todesursachen nach Geschlecht und Bundesländern (2002), ASR*

ICD-10	Bösartige Neubildungen <C00-C97>		KH des Herz-Kreislauf-Systems <I00-I99>		KH der Atmungsorgane <J00-J99>		KH der Verdauungsorgane <K00-K93>		Verletzungen, Vergiftungen <V01-Y89>	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Burgenland	192,9	93,8	289,4	178,6	36,3	14,7	41,4	18,8	67,3	20,4
Kärnten	176,8	93,7	243,4	148,5	37,4	15,9	31,7	15,9	96,5	33,6
NÖ	173,8	100,6	265,4	179,4	36,3	19,4	37,9	17,5	77,9	32,6
OÖ	158,5	95,6	250,2	161,7	44,5	17,8	33,8	15,7	69,9	30,3
Salzburg	157,4	95,5	234,2	156,1	29,4	16,2	31,9	15,6	79,6	34,0
Steiermark	175,7	102,5	245,4	156,3	34,2	12,7	34,4	17,3	83,5	35,3
Tirol	154,2	102,2	210,3	134,3	30,4	13,3	23,5	11,3	76,4	26,7
Vorarlberg	157,9	94,2	217,0	137,8	38,1	11,3	24,9	13,3	61,3	26,2
Wien	181,2	116,8	277,5	181,8	30,3	16,2	42,4	23,3	64,5	42,4
Österreich	**171,0**	**102,2**	**252,9**	**164,9**	**35,2**	**16,1**	**35,2**	**17,5**	**75,0**	**33,5**

* ASR= Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 Einwohne/innen des gleichen Geschlechts (Standardbevölkerung=WHO Weltstandardbevölkerung); Quelle: Statistik Austria, 2004

Im Vergleich zu den EU-15-Ländern ist in Österreich die Sterblichkeit insgesamt relativ niedrig. Bei den Krankheiten der Atmungsorgane weist Österreich die niedrigsten Sterberaten auf. Bei der Krebssterblichkeit liegt Österreich bei den Männern deutlich unter dem europäischen Durchschnitt, bei den Frauen im Mittelfeld. Ähnlich verhält es sich bei der Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane. Die Sterblichkeit an Herz-Kreislauferkrankungen, Unfällen und Selbstmord ist in Österreich sowohl bei Männern als auch bei Frauen überdurchschnittlich hoch: Österreich zählt hier zu den Ländern mit den höchsten Raten. Bei der Sterblichkeit an Leberzirrhose weist Österreich bei den Männern die höchste bzw. bei den Frauen die dritthöchste Sterberate auf.

Tabelle 2-10. Todesursachen in den EU-15-Ländern und der Schweiz nach Geschlecht (1999-2001), ASR*

R = Rangplatz Österreichs im Vergleich der EU-15 (1 = niedrigste Rate)

	Gesamt		Herz-Kreislauf		Krebs		Atmungsorgane		Verdauungsorgane		Leberzirrhose		Unfälle		Selbstmord	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
DK	955,5	660,5	336,2	210,4	259,4	203,2	86,2	64,7	48,1	34,8	20,6	10,0	70,4	34,4	20,2	6,7
DE	902,1	544,9	387,4	250,3	243,4	147,4	62,0	27,6	46,3	26,3	25,9	11,0	51,2	20,2	18,6	5,9
FIN	908,7	510,8	368,4	207,3	199,3	121,3	80,1	34,5	38,3	22,4	18,2	6,6	109,6	34,9	35,0	9,5
F	854,6	456,7	229,0	132,1	275,2	126,1	66,4	31,4	43,5	22,4	21,8	8,3	85,2	37,2	24,8	8,5
EL	808,2	543,2	356,0	280,7	218,3	114,2	55,5	35,1	20,9	11,8	7,3	2,4	58,5	18,7	5,2	1,4
IRL	976,9	636,4	394,1	242,3	246,8	174,8	143,7	96,5	31,3	22,5	5,7	3,1	58,4	21,6	20,1	4,2
I	809,1	469,0	305,5	198,6	250,2	127,8	61,6	24,3	37,9	21,7	19,8	9,8	51,2	20,3	9,7	2,8
L	855,8	530,3	301,3	208,6	226,5	143,2	79,5	32,9	48,8	28,9	22,3	11,9	89,7	34,3	23,2	9,0
NL	883,5	556,8	302,8	182,0	261,4	157,9	100,9	49,0	29,7	22,3	6,7	3,6	38,4	19,5	12,2	5,8
AT	**807,2**	**501,5**	**360,1**	**249,4**	**220,3**	**135,6**	**45,5**	**22,5**	**43,2**	**22,0**	**28,7**	**10,4**	**68,3**	**23,8**	**25,6**	**8,1**
R	3	6	11	12	5	8	1	1	9	6	15	13	11	10	14	11
PL	1.092,2	633,9	370,8	262,3	241,4	121,2	112,9	55,7	49,8	21,4	26,2	7,7	67,4	20,0	7,9	1,6
S	777,8	500,0	344,9	205,1	190,2	137,0	53,8	33,2	24,6	15,5	7,6	3,1	53,1	23,1	18,3	7,4
CH	763,4	459,9	276,0	175,0	213,3	120,3	61,0	28,1	27,9	18,3	12,6	5,3	58,3	23,9	24,9	8,6
E	870,2	480,7	262,9	177,7	257,0	111,7	113,9	46,2	47,1	23,6	21,0	7,1	55,8	17,4	11,2	3,3
UK	851,6	569,7	329,6	201,4	236,9	164,3	132,5	87,6	36,0	28,0	12,3	7,2	41,6	17,2	11,1	3,1

*ASR= Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 Einwohner/innen des gleichen Geschlechts (Standardbevölkerung=WHO Weltstandardbevölkerung); Quelle: Statistik Austria, 2004; Tab. 8.7; Zahlen von 1999 bis 2001 / WHO-Health for All-Datenbank: http://hfadb.who.dk/hfa

2.3 Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Ein Beitrag von Frau Univ.-Prof. Dr. Margarethe Hochleitner, Fachärztin für Innere Medizin, Leiterin des Frauengesundheitsbüros des Landes Tirol, Leiterin des Ludwig Boltzmann Instituts für kardiologische Geschlechterforschung[23]

2.3.1 Diskussion epidemiologischer Trends

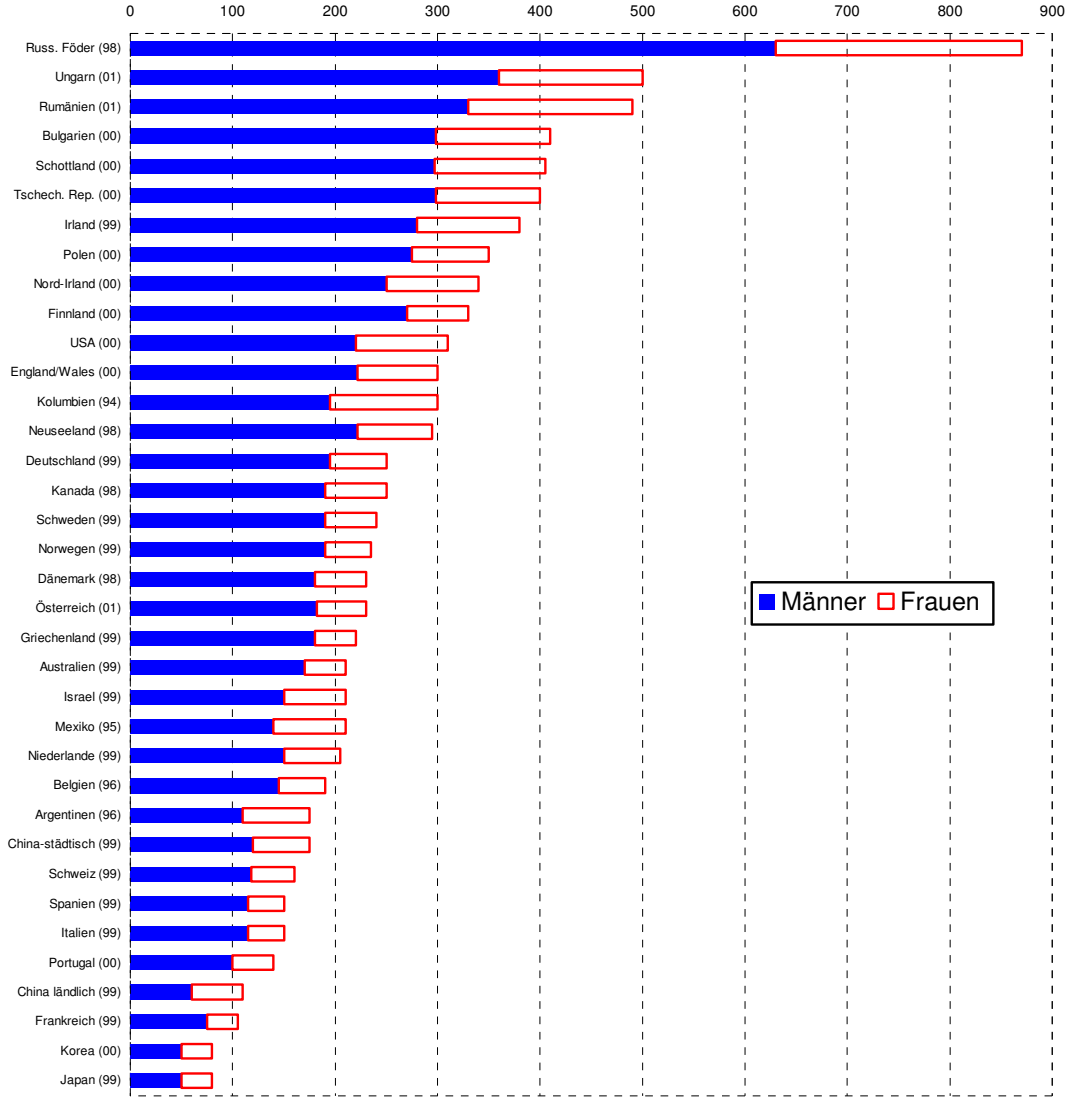
Die epidemiologische Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegt darin, dass der Herz-Kreislauf-Tod die erste Stelle in den Gesamtmortalitätsstatistiken der meisten Länder weltweit einnimmt und damit die führende Todesursachengruppe für Frauen und Männer ist (WHO, 2004a). Die Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen 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 hinsichtlich der Herz-Kreislauf-Mortalität etwa gleichauf mit den mitteleuropäischen Staaten. Abbildung 2-10 zeigt Österreich 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.

Zur Relation zwischen altersstandardisierten Sterberaten und Geschlecht

Die häufig zitierten Sterberaten zu koronaren Herzerkrankungen oder Herzinfarkt demonstrieren sehr deutlich die Problematik der gängigen Gesundheitsberichterstattung für Frauen. Die in Abbildung 2-10 dargestellten Daten, Ergebnisse der MONICA Studie (Tunstall-Pedoe et al., 1994) und ähnliche amerikanische Statistiken zeigen für alle Länder eine höhere männliche als weibliche Sterberate an koronaren Herzerkrankungen. Dies ist mit eine Ursache dafür, dass der Herztod weitgehend männlich besetzt ist, obwohl seit Jahren mehr Frauen als Männer an einem Herztod sterben, wenn die Mortalität als solche, d.h. die gesamten Todesfälle ohne Altersbegrenzung pro 100.000 Einwohner/innen pro Jahr, angegeben wird (Hochleitner, 2000; S.22-23). Die in einschlägigen Publikationen verwendete Angabe der Sterberate, bezogen auf 100.000 Personen, multipliziert mit der Altersstruktur der Standardbevölkerung und aufsummiert über alle Altersgruppen, bedeutet automatisch, dass bei einer höheren weiblichen Lebenserwartung die so angegebene Sterberate für Männer höher liegt. Als Standardbevölkerung dient dabei der von der WHO entwickelte Altersaufbau, der mit der Randklasse von nur 85 und mehr Jahren endet (WHO, 1992).

[23] Der Inhalt dieses Abschnitts gibt die persönliche Meinung der Autorin wieder.

Abbildung 2-7. Sterberaten für koronare Herzerkrankungen im internationalen Vergleich; altersstandardisiert, je 100.000 EW



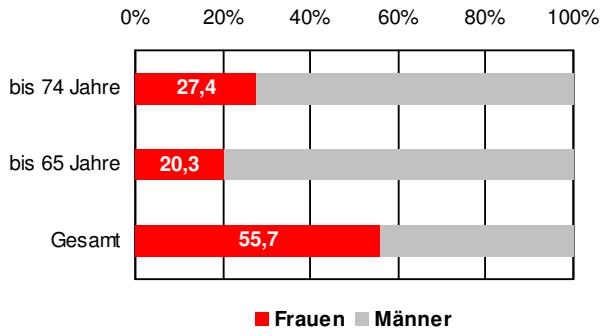
Quelle: KKH und MMH (2004), S.7

Forschungsdesigns von Herz-Kreislauf-Studien mit Altersobergrenzen

Durch die in der MONICA-Studienpopulation bemessene Altersobergrenze von 64 Jahren werden alte Menschen, aufgrund der Demographie aber überwiegend Frauen aus der Studie ausgeschlossen (Tunstall-Pedoe et al., 1994). Alle dadurch gewonnenen Erkenntnisse sind nicht tatsächlich für Menschen über 64 Jahre erhoben. Diese leider generell übliche Art von Studiendesign führt dazu, dass meist ein Großteil aller betroffenen Frauen von epidemiologischen Untersuchungen zu koronaren Herzerkrankungen oder Herzinfarkt ausgeschlossen sind. Die darauf basierenden Darstellungen sind zwar inhaltlich korrekt, erwecken aber häufig den Eindruck, die koronare Herzkrankheit sei eine Männerkrankheit und mehr Männer als Frauen würden daran sterben. Diese falsche Botschaft wird zu dem auch oft durch die Medien verbreitet. Eine Ursache für diese Art der Berichterstattung ist in klinischen Studien zu finden, die Altersobergrenzen als Einschlusskriterien für ihre Untersuchung benutzten (Steingart et al., 1991; Becker et al., 1994). Dies ist bei Herzstudien besonders fatal, da seit der Framingham Studie gesichert ist, dass koronare Herzkrankheiten bei Frauen um Jahre später auftreten und sich Herztodesfälle generell in höheren Altersgruppen häufen (Lerner und Kannel, 1986). Durch Altersobergrenzen wird aufgrund der höheren weiblichen Lebenserwartung sowie des späteren Auftretens der

Erkrankung ein größerer Anteil an Frauen als an Männern von klinischen Studien, der Gesundheitsberichterstattung und letztendlich von dem Zugang zur Spitzenmedizin ausgeschlossen. Generell stellen Herztodesfälle die Todesursache des höheren Alters dar. Hier werden Frauen unsichtbar gemacht.

Abbildung 2-8. Verstorbene aufgrund von Ischämischen Herzerkrankungen, mit und ohne Altersobergrenzen (2003)



Quelle: Statistik Austria

Abbildung 2-11 zeigt alle Sterbefälle an ischämischen Herzerkrankungen im Jahr 2003. Diese Abbildung demonstriert eindeutig, dass Gesundheitsberichterstattungen mit Altersobergrenzen bei ungenauer Betrachtung den Herztod eindeutig männlich besetzen. Das Verschwinden der Frauen wird hier deutlich demonstriert. Unter dem Einschluss aller Todesfälle an ischämischen Herzerkrankungen ohne Altersbegrenzungen dominieren Frauen im Jahr 2003 eindeutig. Betrachtet man die Gesamtzahl der Todesfälle so beträgt der Anteil an Frauen mehr als die Hälfte (55,7 Prozent). Bei einer Altersobergrenze von 65 Jahren sinkt der Frauenanteil auf ein Fünftel (20,3 Prozent). Bei einer Altersobergrenze von 74 Jahren steigt der Frauenanteil auf mehr als ein Viertel (27,4 Prozent). Es ist hiermit evident, dass es vor allem für Frauen einen deutlichen Unterschied macht, ob in der Gesundheitsberichterstattung mit oder ohne Alterslimits gearbeitet wird.

Im Vergleich ergibt die alterstandardisierte Sterberate auf 100.000 Einwohner/innen im Jahr 2003 sowohl für Herz-Kreislauf-Erkrankungen als auch für die Untergruppen Herz-Erkrankungen und Kreislauf-Erkrankungen eine geringere weibliche als männliche Sterberate (Tabelle 2-11). Die altersstandardisierte Sterberate zählt für Herz-Kreislauf-Erkrankungen 154,6 für Frauen und 227,9 für Männer, für Herz-Erkrankungen insgesamt 94,0 für Frauen und 155,5 für Männer und für Kreislauf-Erkrankungen insgesamt 60,6 für Frauen und 72,4 für Männer auf 100.000 Einwohner/innen im Jahr 2003. Dies hängt mit der höheren Lebenserwartung der Frauen zusammen.

Tabelle 2-11. Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht (2003), ASR*

2003	Frauen	Männer
Herz-Kreislauf	154,6	227,9
Herz (gesamt)	94,0	155,5
Kreislauf (gesamt)	60,6	72,4

*altersstandardisierte Sterberate; auf 100.000 Einwohner/innen; Quelle: Statistik Austria

Das Gesundheitssystem richtete lange Zeit sein Hauptaugenmerk nicht auf alte Frauen. Erst durch die zunehmenden Probleme langer Pflegebedürftigkeit, verstärkt durch Änderungen im sozioökonomischen System, und demographische Gegebenheiten wurde auch diese Bevölkerungsgruppe zunehmend eine wichtige Studienpopulation in medizinischen und epidemiologischen Untersuchungen (Wenger, 1997; Hochleitner, 1999b, S.3-44). Hinzu kommt, dass die Beurteilung der Lebensqualität bei Erkrankungen, aber auch Therapien und damit auch bei Herzerkrankungen erst langsam an Bedeutung in der Mainstream-Medizin gewinnt (Raine et al., 2002; Halon et al., 2004).

Es ist ein einhelliger Wunsch, Pflegebedürftigkeit möglichst hintan zu halten und langes Siechtum zu vermeiden. Zudem hat sich langsam aber doch die Ausweitung des Gesundheitsbegriffes der WHO von 1946 durchgesetzt, der Gesundheit nicht nur als Freisein von Krankheit und Gebrechen definiert, sondern als *höchstmöglich erreichbaren Stand von*

physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden (WHO, 1946). Es dauert erfahrungsgemäß meist Jahre bis eine Herzerkrankung über Einschränkungen der Lebensqualität und die in der Folge fassbaren Krankheitssymptome zum Herztod führen. Deshalb muss nach diesem Gesundheitsbegriff im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht nur auf den Tod oder das Todesalter, sondern auch auf vorausgehende Beeinträchtigungen der Gesundheit geachtet werden (Hochleitner 2000; S.81-111).

2.3.2 Möglichkeiten der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden primär nur für Männer erhoben, erste Präventionskampagnen waren hauptsächlich auf das Thema Bluthochdruck bei Männern fokussiert und nur wenige Studien wurden zum Thema Nutzen und Wirkung präventiver Maßnahmen bei Frauen konzipiert (Newnham und Silberberg, 1997). Zwischenzeitlich hat sich gezeigt, dass Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, erhöhte Blutfette, Übergewicht, Bewegungsmangel und eine familiäre Belastung auch für Frauen gelten (Daviglus et al., 2003). Diabetes mellitus stellt darüber hinaus einen wesentlich stärkeren Risikofaktor für Frauen dar (Weinstein et al., 2004). Jahrelang waren Risikoevaluierungen nur über Tabellen möglich, die auf Erkenntnissen amerikanischer Studien, wie zum Beispiel der Framingham Studie beruhten (Sytkowski et al., 1995). Eine blinde Übertragung amerikanischer Studienergebnisse auf europäische Risikotabellen ist problematisch, da zwischen Europa und Amerika zumindest im Gesundheitssystem, also vor allem auf sozioökonomischem Gebiet, gravierende Unterschiede bestehen. Auch so genannte Lifestyle-Entscheidungen können ungeprüft nicht als identisch betrachtet werden. Daher wurde in der letzten Zeit mit europäischen Risikoevaluierungen begonnen.

Von der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft wird für Europa ein Risikoprofil für Frauen und Männer erstellt (European Society of Cardiology, 2003). Ein einheitliches Profil zeigt sich allerdings nicht. Die südeuropäischen Länder zeigen ein wesentlich geringeres Risiko, sodass selbst für Europa verschiedene Risikozonen erstellt werden mussten. Die Diskussion über die überraschend geringere Mortalität in den Mittelmeerländern, die teilweise durch die gesunde Mittelmeerkost erklärt wurde, ist bekannt. Derzeit gibt es neben den Ländern mit niedrigem Risiko (Belgien, Frankreich, Griechenland, Italien, Luxemburg, Spanien, Schweiz, Portugal) nur noch eine Hochrisiko-Gruppe, zu denen auch Österreich zählt und in der derzeit alle neben Österreich oben nicht angeführten europäischen Länder inkludiert sind. Die Risikotabellen für Österreich sind im Internet veröffentlicht[24]; die Erfassung weiterer Untergruppen ist in Arbeit. Schwerpunkte bei der Risikoevaluierung sind derzeit Rauchstopp, gesunde Ernährung, Bewegungssteigerung, Übergewicht, Hochdruck, Blutfette und Diabetes mellitus, weitere Risikofaktoren werden in die Score Charts noch eingearbeitet. Es werden Tipps für Behandlungsstrategien und Lifestyle-Changes angeboten.

Neben dem Herzrisiko für Frauen mit dem Geburtsland Österreich darf aber nicht das Risiko für in Österreich lebende Migrantinnen unbeachtet bleiben. Das höchste Risiko in Europa wird für die Türkische Frau hochgerechnet (Onat, 2001). Dass Migration in der Regel als Gesundheitsrisiko zu betrachten ist, kommt noch dazu, sodass gerade die große Gruppe der Migrantinnen aus der Türkei eine Hochrisikogruppe darstellt.

2.3.3 Geschlecht und Gender in der kardiologischen Forschung

Die kardiologische Forschung war jahrzehntelang fast ausschließlich auf Männer fokussiert, was sich besonders bei Medikamentenstudien fatal auswirkte. Die übliche Rekrutierungsmethode für Medikamentenstudien lautete „Wanted: single white male for medical research" (Dresser, 1991). So wurde die präventive Wirkung von Aspirin unter Ausschluss von Frauen in der U.S. Physicians' Study mit 70.000 Teilnehmern untersucht (Manson et al., 1990). 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, an Frauen nicht getestete Medikamente einzunehmen! Zusätzlich stellt sich auch die Fra-

[24] http://www.escardio.org/knowledge/guidelines/CVD_Prevention_in_Clinical_Practice.htm

ge nach dem Recht auf Schutzmaßnahmen zugunsten von Frauen, die zeitweise sogar gesetzlich verordnet waren. Es wird auch das Recht auf Risiko für Männer und Frauen diskutiert. Es steht heute jedoch außer Diskussion, dass Erkenntnisse über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, die ausschließlich bei Männern getestet wurden, nicht eins zu eins auf Frauen übertragen werden können. Durch Schutzmaßnahmen wurde vielen Frauen massiv geschadet. In den USA, die diesbezüglich eine Vorreiterrolle einnehmen, wurde erst 1993 von der FDA (Food and Drug Administration) der Erlass, der Frauen von klinischen Untersuchungen ausschloss, revidiert (Xie et al., 1997). Erst 1998 wurde von der FDA als Zulassungsbedingung für neue pharmazeutische Mittel die Einbeziehung einer entsprechend großen Frauengruppe in die klinische Testung verlangt, um geschlechtsbezogene Wirkung und Sicherheit gewährleisten zu können.

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 (Avanian und Epstein, 1991)
- längere Wege innerhalb der Kardiologie (Raine et al., 1998; Schulman et al., 1999; Hasdai et al., 2003)
- höhere Mortalität bei Herzinfarkten (Bueno et al., 1995; Feldman und Silver, 2000; Oe et al., 2002) und Herzoperationen (Brandrup-Wognsen, 1996; Vaccarino et al., 2002)
- weniger aussagekräftige Herzdiagnostik (Wong et al., 2001)
- Unterschiede in der Symptompräsentation (Devon und Zerwic, 2002; Patel et al., 2004)
- Medikamente, deren Wirkungen und Nebenwirkungen für Frauen getestet sind, besonders im Umgang mit der Hormonersatztherapie (Stampfer und Colditz, 1991; O'Brien et al., 1996)

Als mögliche Ursache für Benachteiligungen von Frauen im Zugang zur kardiologischen Diagnostik und Therapie wurde von Bernadine Healy in einem Editorial des New England Journal of Medicine das so genannte *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). Dieser Zeitverlust optimiert die Chancen bei Herzerkrankungen allerdings nicht!

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.

Den Großteil der Studien zu Geschlechtsunterschieden bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen findet man zu den Themen koronare Herzerkrankungen und Herzinfarkte. Dies beruht zum einen auf der hohen epidemiologischen Bedeutung der ischämischen Herzerkrankungen als Hauptursache der Herztodesfälle und dem daraus resultierenden Interesse der Pharmaindustrie (große Fallzahlen), zum anderen auf ihrer guten statistischen Erfassbarkeit. So ist die Diagnose Herzinfarkt in der Regel eindeutig zu fällen und die Statistik zu Herzinfarkten, Herzkatheteruntersuchungen und Bypass-Operationen aus Krankenhausdaten relativ leicht zu evaluieren. Diese sind aus verrechnungstechnischen und forensischen Gründen weltweit fast lückenlos dokumentiert, damit auch statistisch verwertbar, und mit nationalen und internationalen Daten vergleichbar.

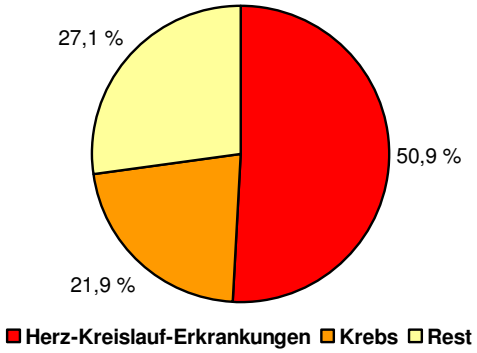
2.3.4 Österreichische Daten zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Wie in allen Staaten liegen auch in Österreich nur in geringem Ausmaß Zahlen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen flächendeckenden Ausmaßes vor. Selbstverständlich gibt es in fast allen Ländern Statistiken zu Todesursachen, allerdings beruhen die Diagnosen nur zum geringsten Teil auf Obduktionsbefunden.

2.3.4.1 Todesursachen

Die Graphik für Todesursachen in Österreich für Frauen (Abbildung 2-12) zeigt eindeutig die Dominanz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Jede zweite Frau stirbt an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (50,9 Prozent), davon der größte Teil an Herzkrankheiten. Ein Drittel der österreichischen Frauen stirbt auch 2003 an einem Herztod (31,4 Prozent); 19,5 Prozent einen Kreislauftod, das ist etwa jede fünfte Frau. Demgegenüber stirbt nur jede fünfte Frau an einem Krebstod (21,9 Prozent) und gar nur jede 26. Frau an Brustkrebs. Das ergibt rechnerisch, dass 13 Mal so viele Frauen an einem Herz-Kreislauf-Tod sterben als an Brustkrebs. Dieser enorme Unterschied scheint nicht wirklich mit den Ängsten der Frauen zu korrelieren. Selbstverständlich erkranken mehr Frauen an Brustkrebs als daran sterben, dies trifft jedoch natürlich auch für Herzerkrankungen zu. Häufig wird die Fokussierung auf Brustkrebs, besonders in der Prävention, mit dem jüngeren Todesalter der Brustkrebspatientinnen gegenüber den Herzpatientinnen argumentiert. Es darf aber nicht vergessen werden, dass dem Herztod, auch wenn er im höheren Alter eintritt, meist viele Jahre einer Herzkrankheit vorausgehen.

Abbildung 2-9. Todesursachen bei Frauen (2003)



Quelle: Statistik Austria

Es wurde zwar seit Jahren, wenn auch nur von Einzelkämpferinnen, auf das hohe weibliche Herzrisiko hingewiesen, allerdings ist nach wie vor das Herzrisiko und der Herztod fast ausschließlich männlich besetzt. So wurde bei einer vom Bundesministerium für Wissenschaft und Kunst (bm:bwk) geforderten Umfrage als Teil der Studie *Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2000* sowohl bei Ärzt/innen wie auch bei Patient/innen nach dem Bekanntheitsgrad des hohen weiblichen Herzrisikos gefragt (Hochleitner, 2000; S.107-120). Die Ergebnisse dieser Awareness-Umfrage waren erwartungsgemäß nicht dem Datenmaterial entsprechend. So wurden alle Ärzt/innen der Herzchirurgie und Kardiologie mittels eines Fragebogens unter anderem befragt, ob sie während ihres Studiums auf Geschlechtsunterschiede in der Kardiologie oder das große weibliche Herzrisiko hingewiesen wurden. Der Rücklauf für diesen Fragebogen betrug nur ein Drittel aller damals tätigen und befragten Ärzt/innen. Beide Fragen wurden von den Ärzt/innen zu 100 Prozent verneint. Die Tatsachen sehen allerdings anders aus. Seit Jahrzehnten sterben in Österreich mehr Frauen als Männer an einem Herz-Kreislauf-Tod. So wurden bereits für das Jahr 1954, also vor fünfzig Jahren, mehr weibliche als männliche Sterbefälle an Herzkrankheiten angeführt, nämlich 9.994 Frauen und 9.618 Männer (ÖSTAT, 1958). Diese Daten stammen aus den Erhebungen der Statistik Austria und waren und sind jederzeit allgemein zugänglich. Dass die Daten allerdings nicht Eingang in das Curriculum der Medizinstudent/innen und in die Lehre sämtlicher Gesundheitsberufe gefunden haben, ist Faktum. Im Awareness-Fragebogen für Patientinnen der Herzchirurgie, die alle eine By-

pass-Operation oder Herzklappenoperation hinter sich hatten, gaben im Jahr 2000 nur 64,9 Prozent der Frauen an, im Laufe ihrer Erkrankung und Behandlung vom hohen weiblichen Herzrisiko gehört zu haben. Zwei Drittel der darüber informierten Frauen gaben bei Mehrfachantwortmöglichkeit als Informationsquelle nur den/die Hausärzt/in und gar nur ein Drittel das Krankenhaus an. Der größte Teil der Information kam aus Medien und Aktivitäten des Frauengesundheitsbüros des Landes Tirol.

Betrachtet man die Herz-Kreislauf-Todesfälle seit 1990 (Tabelle 2-12, Abbildung 2-13), zeigt sich sowohl für Gesamtösterreich als auch für jedes einzelne Bundesland, dass in absoluten Zahlen mehr Frauen als Männer an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung versterben. Seit 1995 sind die absoluten Zahlen für Frauen und Männer rückläufig. Demgegenüber sind bei den an ischämischen Herzerkrankungen verstorbenen Männern seit 1995 sinkende Zahlen festzustellen, bei den Frauen kam es jedoch sogar zu einem Anstieg zwischen 2000 und 2003 (Abbildung 2-14). Trotz der permanent höheren Zahl weiblicher Todesfälle an koronaren Herzkrankheiten wurden bei einer Untergruppe, den Herzinfarkten, in sämtlichen Jahren mehr männliche Todesfälle registriert (Abbildung 2-15). Es fällt auf, dass zwar seit 1990 rückläufige Gesamtzahlen für Frauen und Männer gezeigt werden, der Rückgang bei den Frauen jedoch geringer ausfällt als bei den Männern. Es stellt sich auch die Frage nach der Exaktheit der Todesfalldiagnose, scheint es doch, dass Frauen an ischämischen Herzerkrankungen und Männer an Herzinfarkt sterben. Ist das ein Geschlechts- oder ein Diagnoseunterschied?

Neben den am längsten zurückreichenden Todesfalldaten liegen auch Daten zur stationären Behandlung und ICD-Nummern der Hauptdiagnose bei Krankenhausaufenthalten vor. Hier bleibt eine gewisse Unsicherheit bestehen, da nur die Hauptdiagnose durch diese Statistik erfasst wird. Gerade der Unterschied zwischen den einzelnen Bundesländern, was die Aufenthaltsdauer von Frauen und Männern betrifft, erfordert einen höheren Erklärungsbedarf. Zu dem wirft aber auch der wesentlich höhere Anteil von Männern mit der Hauptdiagnose ischämische Herzerkrankung Fragen auf. So ist es schon in Anbetracht der Todesfallstatistik (Tabelle 2-13) sehr verwunderlich, dass durch alle Jahre wesentlich mehr Männer als Frauen wegen ischämischer Herzkrankheit stationär behandelt wurden (Tabelle 2-14). So wurden im Jahr 2000 27.857 Frauen (37,2 Prozent) und 47.076 Männer (62,8 Prozent) mit der Hauptdiagnose ischämische Herzerkrankung stationär behandelt. Über die Todesfallstatistik hinaus sollten bei der Interpretation dieser Daten auch die höhere Lebenserwartung von Frauen und das spätere Auftreten koronarer Herzkrankheiten bei Frauen miteinbezogen werden. Es ist sehr erstaunlich, dass die zumindest ältere und zahlenmäßig größere Gruppe der Frauen mit ischämischer Herzerkrankung weniger Krankenhausaufenthalte konsumiert.

Tabelle 2-12. Verstorbene nach Geschlecht und Bundesländern (1990, 1995, 2000, 2003)

	1990		1995		2000		2003	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Herz-Kreislauf-Erkrankungen								
Burgenland	948	627	970	686	876	651	861	540
Wien	7.329	4.802	6.996	4.218	5.875	3.553	4.985	2.946
Kärnten	1.457	1.105	1.435	1.175	1.551	1.067	1.295	911
Steiermark	3.501	2.716	3.663	2.656	3.537	2.548	3.130	2.115
Niederösterreich	5.111	3.474	5.426	3.707	5.062	3.472	4.332	2.852
Oberösterreich	3.508	2.454	3.766	2.750	3.501	2.592	3.430	2.204
Salzburg	1.103	856	1.260	947	1.232	845	1.215	777
Tirol	1.349	1.063	1.425	1.120	1.518	1.016	1.324	861
Vorarlberg	651	484	685	562	700	515	689	447
Gesamt	24.957	17.581	25.626	17.821	23.852	16.259	21.296	13.653
Herz-Erkrankungen								
Burgenland	537	374	586	458	556	447	533	359
Wien	4.321	3.185	4.702	3.103	3.685	2.642	3.468	2.214
Kärnten	782	658	848	773	958	764	709	586
Steiermark	1.854	1.672	2.040	1.712	2.128	1.725	1.809	1.383
Niederösterreich	3.041	2.267	3.392	2.547	3.366	2.441	2.668	1.931
Oberösterreich	1.926	1.633	2.196	1.812	2.202	1.787	2.040	1.427
Salzburg	576	521	692	597	653	552	670	500
Tirol	754	677	917	777	977	713	792	591
Vorarlberg	376	318	430	390	427	381	418	302
Gesamt	14.167	11.305	15.803	12.169	14.952	11.452	13.107	9.293
Kreislauf-Erkrankungen								
Burgenland	411	253	384	228	320	204	328	181
Wien	3.008	1.617	2.294	1.115	2.190	911	1.517	732
Kärnten	675	447	587	402	593	303	586	325
Steiermark	1.647	1.044	1.623	944	1.409	823	1.321	732
Niederösterreich	2.070	1.207	2.034	1.160	1.696	1.031	1.664	921
Oberösterreich	1.582	821	1.570	938	1.299	805	1.390	777
Salzburg	527	335	568	350	579	293	545	277
Tirol	595	386	508	343	541	303	532	270
Vorarlberg	275	166	255	172	273	134	271	145
Gesamt	10.790	6.276	9.823	5.652	8.900	4.807	8.154	4.360
Ischämische Herz-Erkrankungen								
Burgenland	321	258	346	326	320	312	355	274
Wien	2.271	2.149	2.369	1.910	2.230	1.827	2.613	1.748
Kärnten	481	474	410	461	388	441	373	372
Steiermark	1.087	1.169	1.206	1.178	1.142	1.136	1.081	987
Niederösterreich	1.770	1.575	1.930	1.712	1.933	1.651	1.818	1.480
Oberösterreich	1.261	1.194	1.315	1.278	1.214	1.175	1.331	1.055
Salzburg	340	354	398	427	366	366	387	354
Tirol	501	525	572	571	634	531	533	471
Vorarlberg	272	258	309	308	291	285	298	239
Gesamt	8.304	7.956	8.855	8.171	8.518	7.724	8.789	6.980
Akuter Myokardinfarkt								
Burgenland	168	165	150	196	144	174	177	144
Wien	1.375	1.475	1.227	1.282	949	1.005	719	797
Kärnten	220	271	183	260	168	265	139	205
Steiermark	522	741	524	663	520	644	448	536
Niederösterreich	813	930	774	853	748	808	644	736
Oberösterreich	613	699	603	686	542	672	556	588
Salzburg	137	168	128	198	134	166	135	157
Tirol	241	354	253	330	239	323	245	281
Vorarlberg	96	128	82	114	96	116	95	114
Gesamt	4.185	4.931	3.924	4.582	3.540	4.173	3.158	3.558

Quelle: Statistik Austria, 2004

Abbildung 2-10. Verstorbene aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht (1990, 1995, 2000, 2003)

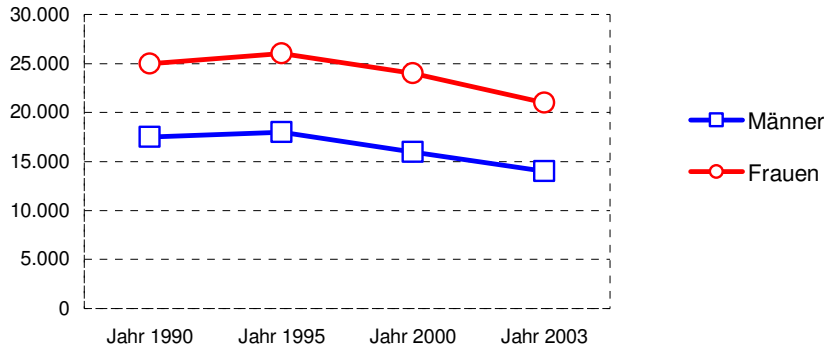


Abbildung 2-11. Verstorbene aufgrund von Ischämischen Herzerkrankungen nach Geschlecht (1990, 1995, 2000, 2003)

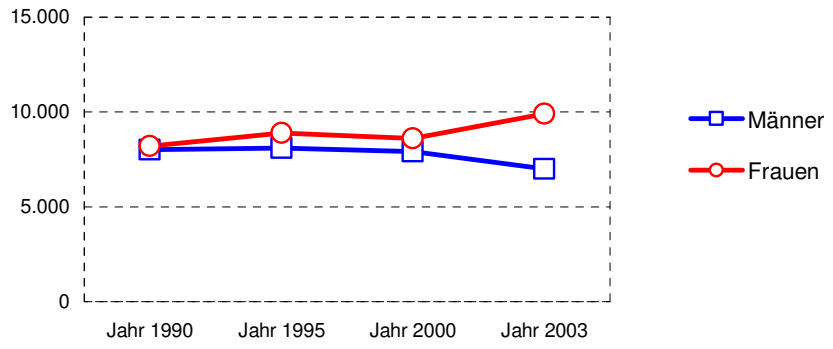


Abbildung 2-12. Verstorbene aufgrund von Myokardinfarkt nach Geschlecht (1990, 1995, 2000, 2003)

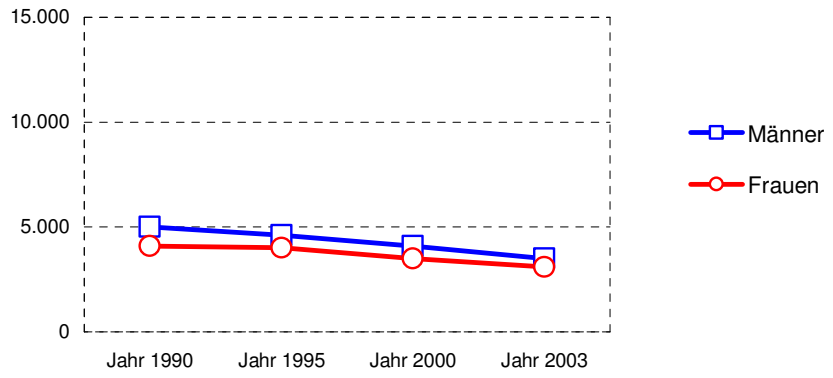


Tabelle 2-13. Stationär behandelte Patient/innen aufgrund Ischämischer Herz-Erkrankungen nach Geschlecht (1990, 1995, 2000); Anzahl, durchschnittliche Aufenthaltsdauer

	1990				1995				2000			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	n	DA	n	DA	n	DA	n	DA	n	DA	n	DA
Burgenland	1.094	16,1	1.998	20,7	1.311	13,4	2.378	16,0	1.277	13,8	2.452	15,2
Wien	5.372	18,7	7.249	11,2	5.668	13,3	8.850	10,5	5.541	13,5	8.787	8,7
Kärnten	1.783	17,8	2.231	13,2	1.632	16,1	2.316	12,2	1.492	13,4	2.360	10,4
Steiermark	4.408	16,4	5.802	16,3	4.961	14,6	6.786	15,0	4.534	12,4	6.364	11,6
Niederösterreich	3.886	17,2	5.705	18,4	5.105	14,8	8.406	14,9	5.694	13,9	9.324	14,3
Oberösterreich	3.927	16,0	7.320	14,7	4.557	12,6	8.577	12,6	4.937	11,0	8.916	11,3
Salzburg	1.301	15,8	2.880	17,2	1.804	13,3	3.708	14,1	1.823	12,4	3.688	12,8
Tirol	1.533	13,9	2.301	10,0	2.313	10,6	3.107	8,6	1.778	8,4	3.718	6,9
Vorarlberg	820	21,3	1.106	11,7	900	16,4	1.410	10,3	781	10,7	1.467	7,7
Gesamt	24.124	17,0	36.592	14,9	28.251	13,7	45.538	12,9	27.857	12,5	47.076	11,3

n=Anzahl; DA=durchschnittliche Aufenthaltsdauer; Quelle: Statistik Austria, 2005

Weiters wird in dieser Tabelle auch die Dauer der Spitalsaufenthalte dargestellt. Auch hier ergeben sich erstaunliche Unterschiede innerhalb der österreichischen Bundesländer aber auch zwischen den Geschlechtern. So war die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Beobachtungszeitraum nur für das gesamte Bundesgebiet Frauen länger, aber keinesfalls durchgängig für alle Bundesländer. Die allgemeine Veränderung von 1990 bis 2000 entspricht dem Trend Spitalsaufenthalte zu verkürzen. Auch ist eine etwas längere Aufenthaltsdauer für Frauen für das Jahr 2000 mit 12,5 Tagen gegenüber Männern mit 11,3 Tagen festzustellen. Allerdings ergibt sich eine erstaunliche Variantenbreite innerhalb der Bundesländer. So geben das Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg längere Aufenthalte für Männer an, die übrigen Bundesländer längere Aufenthalte für Frauen. Aber auch generell besteht eine enorme Variantenbreite in der Aufenthaltsdauer. So verzeichnet den kürzesten Krankenhausaufenthalt der Mann in Tirol mit 6,9 Tagen, den längsten der Mann im Burgenland mit 15,2 Tagen. Eine Erklärung dafür ist aus der Datensammlung nicht zu entnehmen und bietet sich auch aus der klinischen Erfahrung nicht unmittelbar an.

2.3.4.2 Soziale Situation und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Neben der höheren Lebenserwartung von Frauen und dem späteren Auftreten von ischämischen Herzerkrankungen darf auch die soziale Situation in Zusammenhang mit koronaren Herzerkrankungen nicht übersehen werden (Vogels et al., 1999; Fleury et al., 2000). Nicht nur aus klinischer Erfahrung trifft das Los, im Alter allein zu leben und sich auch selbst versorgen zu müssen, wesentlich häufiger Frauen. Auch die Studie *Sind Gender differences an der Notfallaufnahme aufzeigbar?,* bei der 1.008 Patient/innen befragt wurden, die mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung aus Innsbruck-Stadt im Jahr 1997 über die Notfallaufnahme mit einer Herzdiagnose aufgenommen wurden, ergab erwartungsgemäß, dass mehr Frauen als Männer allein oder im Altersheim lebten (Hochleitner, 1998; S.60-62). Jede dritte Frau lebte allein oder im Altersheim (27,3 Prozent bzw. 6,6 Prozent), von den Männern etwa jeder fünfte (19,5 Prozent bzw. 3,6 Prozent).

Bei der Studie *Sind Gender differences bei den kardiologischen Patient/innenkarrieren an der Koronarangiographie aufzeigbar?*, die im Jahr 1998 über neun Monate mit allen 476 Patient/innen, die eine Koronarangiographie an der Universitätsklinik Innsbruck erhielten, durchgeführt wurde, wurde ebenfalls nach ihrer sozialen Situation gefragt (Hochleitner, 1999a; S.70-72). In dieser Gruppe zeigte sich ebenfalls ein großer Unterschied in der Versorgung der Patient/innen. Von den Frauen lebten 30,3 Prozent allein und 1,3 Prozent im Heim, von den Männern lebten fünf Prozent allein und 1,6 Prozent im Heim. Die Untersuchung ergab, dass zwei Drittel der Frauen im Familienverband leben (68,4 Prozent), also zwei von drei Frauen, gegenüber 93,5 Prozent der Männer, also beinahe alle. Diese unterschiedliche soziale Situation von Frauen und Männern verbunden mit der höheren Lebenserwartung der Frauen und dem Auftreten von koronaren Herzerkrankungen im höheren Alter lässt die längere Verweildauer der Männer noch erstaunlicher erscheinen. Es drängt sich der Gedanke auf, dass auch dafür die unter Zugangsproblemen zusam-

mengefassten Ergebnisse die Schwierigkeiten für Frauen in der Kardiologie beschreiben könnten.

2.3.4.3 Zugangsprobleme zur kardiologischen Spitzenmedizin

Zugangsprobleme zur Spitzenmedizin werden in der internationalen Fachliteratur in zahlreichen Artikeln diskutiert (Brandrup-Wognsen, 1996; Sheifer et al., 2000). Österreichweite Detailzahlen können dafür selbstverständlich nicht vorgelegt werden. Österreichische Vergleichsdaten wurden im Zuge der Studie *Sind Gender Differences an der Notfallaufnahme aufzeigbar?* erhoben (Hochleitner, 1998; S.29-59). In dieser Studie wurden alle Patient/innen aus Innsbruck-Stadt, die im Kalenderjahr 1997 aufgrund einer Herzdiagnose an die Medizin-Notfallaufnahme kamen und in der Folge stationär aufgenommen wurden, mittels eines normierten Fragebogens zu ihrer kardiologischen Vorgeschichte befragt. Von diesen 1.008 Herzpatient/innen waren prozentmäßig mehr Frauen als Männer vorher schon in ärztlicher Behandlung gewesen (67,9 zu 59,7 Prozent). Dies trifft auf Hausärzt/in, Fachärzt/in und Krankenhaus zu. Mehr Frauen hatten vor der stationären Aufnahme bereits Herzmedikamente genommen (75,8 zu 68,9 Prozent). Bei den Voruntersuchungen hatten alle Patient/innen ein Vor-Ruhe-EKG (97,9 zu 97,9 Prozent). Frauen gaben in geringerem Maß weiterführende kardiologische Untersuchungen an, wie zum Beispiel Ergometrie (9,0 zu 14,9 Prozent), Echokardiographie (27,1 zu 31,7 Prozent) und Herzkatheteruntersuchung (3,8 zu 5,3 Prozent).

In der Studie *Sind gender differences bei kardiologischen Patient/innenkarrieren an der Koronarangiographie aufzeigbar?* wurde an der Koronarangiographie der Klinik Innsbruck eine Patient/innenbefragung an allen 476 Patient/innen durchgeführt, die im Zeitraum von April bis Dezember 1998 in Innsbruck eine Koronarangiographie erhalten haben (Hochleitner, 1999a; S.17-61). Wieder hatten mehr Frauen schon vor dem stationären Aufenthalt Herzmedikamente eingenommen als Männer (87,1 zu 78,8 Prozent). Bei den Voruntersuchungen gaben 100 Prozent Vor-EKGs an, Vor-Ergometrie hatten ebenfalls mehr Frauen als Männer (86,5 zu 77,9 Prozent), Vor-Echokardiographie 86,5 Prozent Frauen zu 88,2 Prozent Männer, Myokardszintigraphie 41,3 Prozent Frauen und 35,5 Prozent Männer, eine Herzkatheteruntersuchung 21,3 Prozent Frauen zu 29 Prozent Männer. Dass hier mehr Voruntersuchungen bei Frauen durchgeführt wurden, ist mit den längeren Wartezeiten der Frauen zu erklären. So wurden nur 2,6 Prozent der Frauen aber zehn Prozent der Männer akut angiographiert, während 68,4 Prozent der Frauen gegenüber 52,3 Prozent der Männer erst nach über einem Jahr an dauernden Herzbeschwerden untersucht wurden. Deshalb ist es auch nicht erstaunlich, dass sich die Frauen in einem fortgeschritteneren Stadium ihrer Krankheit - hier ausgedrückt in New York Heart Association (NYHA)-Klassen - befanden. So waren in NYHA-Klassen I und II 48,4 Prozent der Frauen zu 73,2 Prozent der Männer, in den fortgeschritteneren Stadien NYHA III und IV waren 51,6 Prozent der Frauen und 26,8 Prozent der Männer. Alle diese Daten entsprechen dem internationalen Trend. Frauen kommen in der Regel in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Krankheit ins Krankenhaus, obwohl sie in größerer Zahl zum/zur niedergelassenen Ärzt/in gehen. Dass dies generell und gerade im Zusammenhang mit Herzerkrankungen nicht zu einer Chancenoptimierung führt, ist evident.

Längere Wege für Frauen im Transport zur Klinik

Die *längeren Wege* für Frauen sind aber auch ganz banal durch Unterschiede im Transport an die Universitätsklinik feststellbar. In der Studie Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden unter anderem alle Patient/innen, die im Jahr 1995 an der Innsbrucker Universitätsklinik mit Herzinfarkt behandelt wurden, nach dem Transport zur Klinik befragt (Hochleitner, 1997; S.59-61). Hier ergab sich ein ähnliches Bild. Wieder wurden die Frauen hauptsächlich mit dem Rettungswagen (55,4 Prozent) an die Klinik gebracht, weniger mit dem Notarztwagen (35,7 Prozent), bei den Männern 41,6 Prozent mit dem Rettungswagen und 42,6 Prozent mit dem Notarztwagen. Wieder ist ein höherer Prozentsatz an Männern mit dem/der Notärzt/in transportiert worden. In dieser Studie wurden noch drei Prozent der Männer, allerdings keine einzige Frau, mit dem Hubschrauber an die Klinik gebracht.

In der Studie *Sind Gender differences an der Notfallaufnahme aufzeigbar?* wurde auch nach dem Transport an die Notfallaufnahme gefragt (Hochleitner, 1998; S.14-20). Auch

hier ergaben sich Unterschiede. Das häufigste Transportmittel für Frauen war wieder der Rettungswagen, fast jede zweite Frau kam mit der Rettung (46,1 Prozent), 11,5 Prozent kamen mit dem Notarztwagen. Bei den Männern kamen 36,3 Prozent mit der Rettung, mit dem Notarztwagen 13,6 Prozent. Der Rest kam „selbst"; Männer meist mit Familie, Frauen allein.

Die Art des Transportes hat nicht nur bezüglich des prähospitalen Risikos eine Bedeutung, sondern auch für das weitere Procedere im Krankenhaus. Allein aus organisatorischen Gründen sind die Chancen für Patient/innen, die mit dem Notarztwagen kommen, auf eine Aufnahme an der Intensivstation und damit auf eine entsprechende Diagnostik und Therapie, v. a. Thrombolyse-Therapien, größer. Diese unterliegen einem Zeitlimit, nämlich der Zeit vom Auftreten der Schmerzen bis zu Beginn der Lysetherapie. Wenn durch den Transport zu viel Zeit vergeht, kann das Zeitlimit für die Lysetherapie abgelaufen sein. Wenn eine Frau mit der Rettung in die Notaufnahme kommt wird dort ein EKG angefertigt, Laboruntersuchungen durchgeführt und erst danach die Diagnose Herzinfarkt gestellt. Ein Mann, der mit Notärzt/in oder Hubschrauber kommt, erhält sofort ein Bett auf der Intensivstation. Dazu kommt noch, dass zumindest anfangs viele Lysetherapien im Rahmen klinischer Studien mit einer Altersobergrenze durchgeführt wurden. Eine Altersobergrenze bei ischämischen Herzerkrankungen bedeutet automatisch einen überproportional hohen Ausschluss von Frauen aufgrund des späteren Auftretens von koronaren Herzerkrankungen bei Frauen und deren höherer Lebenserwartung. Die Zugangsprobleme von Frauen zur Intensivstation konnten auch in der Studie *Sind Gender differences an der Notfallaufnahme aufzeigbar?* dokumentiert werden (Abbildung 2-16; Hochleitner 1998; S.24-35). Von den 1.171 Patient/innen, die von der Notaufnahme mit einer Herzdiagnose stationär aufgenommen wurden, wurden mehr Männer als Frauen auf die Intensivstation aufgenommen. Von den Frauen waren es 9,9 Prozent, von den Männern 20 Prozent. Dazu kommt, dass in jeder Altersgruppe mehr Männer als Frauen an der Intensivstation aufgenommen wurden.

Die längeren Wege zeigen sich aber auch darin, dass nur 90,6 Prozent der stationär aufgenommenen Frauen bereits bei der ersten Einweisung aufgenommen wurden, aber 93,5 Prozent der Männer. Dazu kommt noch, dass 46,2 Prozent der Frauen gegenüber 40,8 Prozent der Männer nicht aufgenommen wurden. Auch die Verteilung bei der Aufnahme zeigt deutliche Geschlechtsunterschiede. So wurden 9,5 Prozent der Frauen, aber nur 5,4 Prozent der Männer in ein Langzeitkrankenhaus transferiert, das keine akute Spitzenmedizin, wie Intensivstation mit Thrombolyse, Herzkatheter oder Bypass-Operationen anbietet. An der Klinik aufgenommen wurden 44,1 Prozent der Frauen und 53,6 Prozent der Männer. Auf die Intensivstation aufgenommen wurden 5,3 Prozent der Frauen und 11,8 Prozent der Männer. Die höheren Chancen für Männer auf die Intensivstation aufgenommen zu werden betreffen alle Altersgruppen.

Anzahl der Herzkatheteruntersuchungen bei Frauen und Männern

In der Studie *Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen* wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Kunst (bm:bwk) Erhebungen zu Chancen auf Spitzenmedizin für ein österreichisches Bundesland, Tirol, im Vergleich 1995-2000 durchgeführt (Hochleitner, 2000; S.121-131). 1995 wurden doppelt so viele Herzkatheteruntersuchungen bei Männern wie bei Frauen durchgeführt, 332 Frauen und 646 Männer (Tabelle 2-15).

Tabelle 2-14. Herztote, Koronarangiographie (CA) und Bypass nach Geschlecht (1995, 2000)

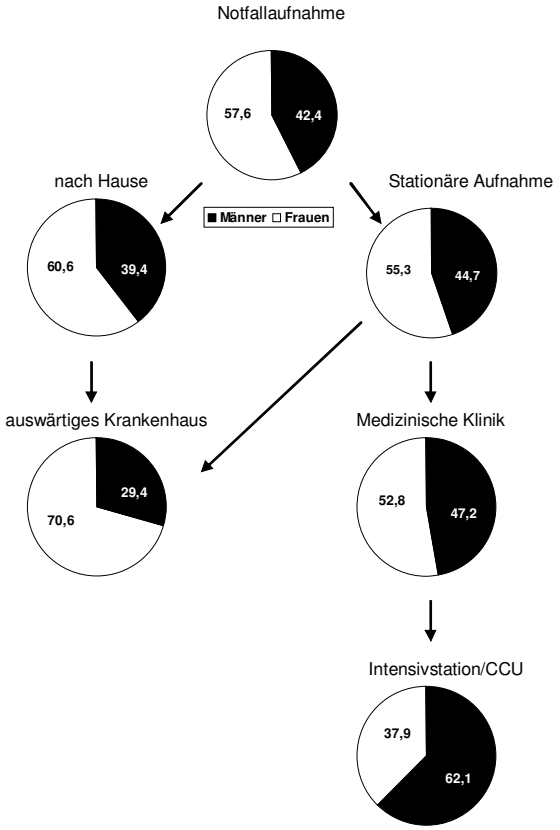
Jahr	**Herztote**		**CA**		**Bypass**	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
1995	1.008	875	332	646	54	156
2000	1.104	792	688	1.429	42	157
Veränderung	+9,5%	-9,5%	+107,2%	+121,2%	-22,2%	+0,6%

Quelle: Hochleitner 2000; S.44-46;121-131

Zwischenzeitlich wurde die Katheterkapazität verdoppelt. Im Jahr 2000 wurden zwar doppelt so viele Frauen untersucht (688 Frauen), allerdings auch 1.429 Männer, was bei doppelt so hoher Ausgangslage eine größere Steigerung für Männer zeigt. Es besteht also keinesfalls eine Trendumkehr. Den Trend bestätigen auch die Daten aus der Studie *Sind gender differences bei kardiologischen Patient/innenkarrieren an der Koronarangiographie*

aufzeigbar?, wo vom 1. April bis 31. Dezember 1998 476 Koronarangiographien durchgeführt wurden, 155 entfielen auf Frauen, 321 auf Männer (Hochleitner, 1999; S.11-16).

Abbildung 2-13. Befragung von Patient/innen mit Herzdiagnose in der Notfallaufnahme



Quelle: Hochleitner 1998; S.24

Anzahl der Bypass-Operationen bei Männern und Frauen

Bei Bypass-Operationen zeigt sich ein vergleichbares Bild. In den oben genannten Studien für das Jahr 1995 werden dreimal so viele Bypass-Operationen bei Männern als bei Frauen ausgewiesen (156 Männer, 54 Frauen), für 2000 sogar viermal so viele Männer als bei Frauen (157 Männer, 42 Frauen). Auch hier ist eine Trendverschlechterung für Frauen feststellbar. Sowohl bei den Herzkatheteruntersuchungen als auch bei den Bypass-Operationen ist zwar das Durchschnittsalter der weiblichen Patientinnen etwas höher, allerdings scheinen in jeder Altersgruppe (auch achtzig Jahre und darüber) zahlenmäßig mehr Männer auf.

Herzinfarkt-Mortalität bei Männern und Frauen

Eine höhere Mortalität bei Herzinfarkten, dies betrifft besonders die jungen Frauen vor der Menopause, sowie bei Bypass-Operationen wird in der Literatur berichtet (Khan et al., 1990; Stampfer und Colditz, 1991; Wong et al., 2001; Devon und Zerwic, 2002; Patel et al., 2004) In der Studie *Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen* wurden beispielhaft für Österreich in einem Bundesland, Tirol, retrospektive kardiologische Daten für das Jahr 1995 bearbeitet (Hochleitner, 1997; S.78, 128). Die Spitalsmortalität umfasst alle stationären Patient/innen mit der Diagnose Herzinfarkt, die während dieses Aufenthaltes verstorben sind. Die Spitalsmortalität für Frauen mit Herzinfarkt in Tirol 1995 betrug 19,7 Prozent für Männer 15,7 Prozent. Als Ein-Monats-Mortalität wurden für Frauen 27,7 Prozent für Männer 18,1 Prozent errechnet (Koronarregister; Oberaigner und Delmarko, 1996). Als Ein-Jahres-Mortalität haben wir für die Frauen 30,3 Prozent, für die Männer 27,1 Prozent errechnet. Für die im Jahr 1995 durchgeführten Bypass-Operationen wurde eine Spitalsmortalität für Frauen von 5,6 Prozent, für Männer von 0,6 Prozent errechnet. Ein-Monats-Mortalität Frauen 5,6 Prozent, Männer 1,3 Prozent. Ein-Jahres-Mortalität Frauen 7,4 Prozent, Männer 2,6 Prozent.

Anschlussheilverfahren: Inanspruchnahme von Rehabilitationszentren

In diesem Zusammenhang sind auch die Anschlussheilverfahren zu betrachten. Ein Anschlussheilverfahren ist definiert als eine Inanspruchnahme eines Rehabilitationszentrums im Anschluss an einen stationären Aufenthalt bzw. eine Operation. In der Studie *Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen* wurden die Anschlussheilverfahren nach einer Bypass-Operation erhoben (Hochleitner, 2000). Für das Jahr 1995 ergab dies, dass nur 14,8 Prozent der Frauen und 33,3 Prozent der Männer nach einer Bypass-Operation in einem Rehabilitationszentrum betreut wurden. Für das Jahr 2000 wurden fünfzig Prozent bei den Frauen und 52,3 Prozent bei den Männern erhoben. Die Patient/innen wurden während des stationären Aufenthaltes auch nach geplantem Rehabilitationsaufenthalt gefragt. 76,2 Prozent der Frauen und 75,8 Prozent der Männer bejahten eine Planung. Die geringen Zahlen tatsächlich absolvierter Rehabilitationsaufenthalte im Jahr 1995 mit steigenden im Jahr 2000 sind wohl auch im Hinblick auf die geographische Lage der Rehabilitationszentren zu diskutieren. 1995 waren fast alle Zentren in Ostösterreich hunderte Kilometer von der Wohnadresse entfernt. Generell geht die Diskussion wohl in die Richtung Rehabilitationsangebote vor Ort in einer Art Tagesklinik-Modell anzubieten. Dies würde gerade der Lebenssituation von Frauen entgegenkommen, werden doch als Ablehnungsgründe eines Rehabilitationsaufenthaltes meist das „Nicht die Familie alleinlassen wollen" sowie die große Entfernung für Besuche angegeben.

Migrantinnen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Nur in geringem Ausmaß sind flächendeckende Daten zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorhanden (van der Stuyft, 1993; Brussard; 2001; Uitewaal, 2004). Die Situation verschlechtert sich im Hinblick auf Migrantinnen noch wesentlich. So werden Migrant/innen nur in Summe nach der Nationalität, aber nicht nach ihrem Geschlecht unterteilt ausgewiesen. Es ist daher unmöglich, zahlenmäßig die in Österreich lebenden Migrantinnen exakt zu erfassen. Dazu kommt, dass eine Einteilung nach ausländischer und inländischer Staatsbürgerschaft aus gesundheitspolitischer Perspektive etwas willkürlich erscheint. Die Probleme von Migrantinnen im Zugang zum und im Umgang mit dem österreichischen Gesundheitssystem werden allein durch Erlangen der österreichischen Staatsbürgerschaft nur unwesentlich minimiert.

Eine sehr große Migrantinnengruppe stellen die Frauen aus der Türkei dar, die nach WHO-Schätzungen in Europa das höchste Herzrisiko aufweisen. Umso erstaunlicher ist, dass bei allen von uns durchgeführten Untersuchungen sowie bei den von uns extern durchgeführten Diagnosestraßen keine türkischen Frauen auftauchen (Hochleitner, 2001; Hochleitner und Bader, 2001; Hochleitner, 2003; Hochleitner und Bader, 2004). Bei den im Jahr 1998 befragten Patientinnen der Koronarangiographie sowie den bei den im Jahr 2000 befragten Patientinnen der Herzchirurgie waren keine Türkinnen inkludiert. Auch mit unseren externen Präventionsaktivitäten zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen erreichen wir Türkinnen nicht.

Aufgrund dieser Erfahrungen wurde unsererseits eine Moscheenaktion für türkische Frauen entwickelt, die alle 26 Moscheen von vier Moscheenorganisationen (Diyanet, Islam Kültür, Türk Kültür, Milli Görüs) und drei alevitische Vereine in Tirol umfasst. Die Herzpräventionsinformationen und Diagnosestraßen wurden für türkische Frauen in Moscheen angeboten. Bei der ersten Moscheenaktion im Jahr 1999 wurden 878 Fragebögen beantwortet, 57,4 Prozent der Frauen gaben an, nie ihre Blutfette bestimmt zu haben, 49,6 Prozent keinen Zuckertest gemacht zu haben und 41,4 Prozent nie eine Blutdruckmessung erhalten zu haben. Bei der Frage nach der Haupttodesursache gaben bei Mehrfachantwortmöglichkeiten 54,7 Prozent Herz-Kreislauf und 54,9 Prozent Krebs an. Es handelte sich um Frauen, die zu einer Herzpräventionsaktion gekommen waren, also offensichtlich Interesse an Gesundheitsvorsorge zeigten.

Da alle diese Bestimmungen für alle türkischen Frauen auf Krankenschein erhältlich wären, zeigt dies wohl die Probleme ausländischer Frauen im Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem - besonders im Präventionsbereich. Die Sprachproblematik deckt nur einen Teil der Probleme ab. An den Universitätskliniken Innsbruck wird seit 2002 eine Befragung türkischer Patient/innen zu Problemen mit dem österreichischen Gesundheitssystem durchgeführt. Zwischenzeitlich wurden die ersten 916 Fragebögen ausgewertet:

- Die Frage *Glauben Sie, dass es für Türk/innen generell Zugangsprobleme zum österreichischen Gesundheitssystem gibt?* bejahen 74,1 Prozent.
- *Haben Sie weniger Zugang zu zusätzlichen Therapieformen, wie physikalische Therapie oder Kuraufenthalte?* – dies bejahen 60,5 Prozent.
- Auf die Frage *Glauben Sie, dass Sie gleich wie Österreicher/innen behandelt werden*? antwortete nur die Hälfte der Türk/innen (55,7 Prozent) mit ja.
- Von jenen, die eine Gleichbehandlung verneinen, führen dies 43,9 Prozent auf die Sprache und kulturelle Unterschiede, 45,8 Prozent auf reine Diskriminierung, also Ausländerfeindlichkeit, zurück. Der Rest glaubt an eine Kombination aller dieser Fakten.
- Dass diese Probleme durch Dolmetscher lösbar wären, glauben nur 64,1 Prozent.

Aus der offensichtlichen Zugangsproblematik zur Herz-Spitzenmedizin, demonstriert durch Nichtaufscheinen bei allen unseren Studienpopulationen bei Herzkatheter oder Bypass-Studien sowie der Nichtteilnahme an Herzpräventionsveranstaltungen wie Diagnosestraßen ist für uns klar abzuleiten, dass spezielle Angebote für Migrantinnen erarbeitet werden müssen.

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 Einwohner/innen. 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 den alterstandardisierten Sterbeziffern von 102,1 pro 100.000 Einwohner/innen 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.

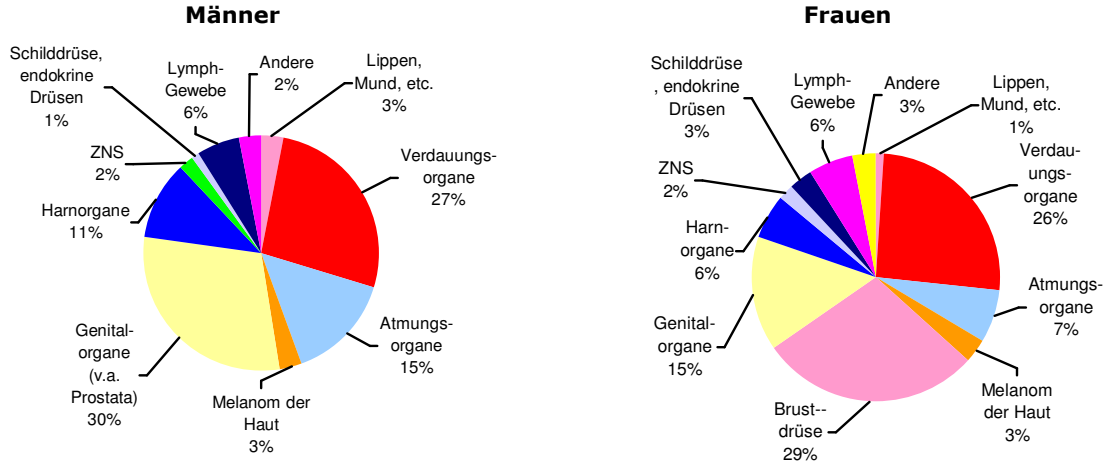
- *Häufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen* ist der *Brustkrebs:* 29 Prozent aller im Jahr 2001 an Krebs neu erkrankten Frauen hatten die Diagnose Brustkrebs. Brustkrebs war im Jahr 2002 für 18 Prozent aller Krebs-Sterbefälle von Frauen verantwortlich und damit dritthäufigste Ursache der weiblichen Krebsmortalität.
- *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 und somit 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). Krebs der Verdauungsorgane 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 im Jahr 2002 und 33 Prozent jener von Männern waren durch Krebs der Verdauungsorgane bedingt). Im Vordergrund unter den Neuerkrankungen an Krebs der Verdauungsorgane steht bei beiden Geschlechtern der Dickdarmkrebs.

- 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 innerhalb 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. *Krebs der Atmungsorgane ist* bei Männern die dritthäufigste Krebsinzidenz (15 Prozent aller Neuerkrankungen), steht aber hinsichtlich der Mortalität bei Männern an zweiter Stelle (26 Prozent aller männlichen Krebstoten im Jahr 2002). Im Vordergrund steht unter den Krebserkrankungen der Atmungsorgane der Lungenkrebs.
- 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.

(siehe auch Statistik Austria, 2004[25])

Abbildung 2-14. Geschlechtsspezifisches Spektrum der Krebsneuerkrankungen (2001)



[25] Statistik Austria (2004) Krebsinzidenz und Krebsmortalität 2004. www.statistik.at

Tabelle 2-15. Krebsneuerkrankungen (Bösartige Neubildungen) nach Geschlecht (2001)

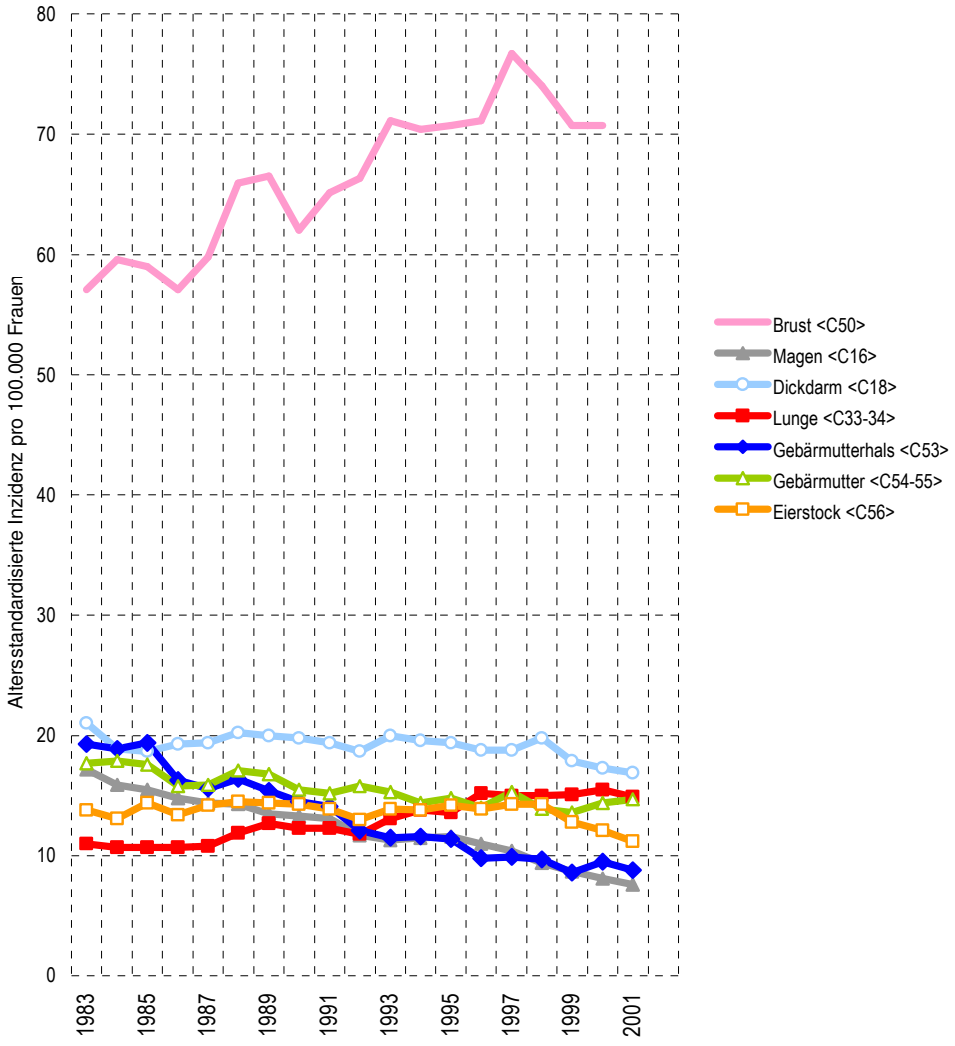
	Männer		Frauen		Männer	Frauen
	Anzahl	ASR*	Anzahl	ASR*	%	%
Bösartige Neubildungen gesamt (C00-C97)	18.471	340,7	16.968	240,0	100	100
in Prozent	52,1	-	47,9	-		
Lokalisationen (ICD-10):						
Lippe, Mundhöhle, Pharynx (C00-C14)	625	12,3	194	3,0	3	1
Verdauungsorgane (C15-C26), darunter:	4.906	88,2	4.337	50,1	27	26
Magen (C16)	*849*	*15,1*	*681*	*7,6*	*5*	*4*
Dickdarm (C18)	*1.566*	*28,1*	*1.462*	*16,9*	*8*	*9*
Rektum, Anus (C19-C21)	*950*	*17,1*	*794*	*9,9*	*5*	*5*
Bauchspeicheldrüse (C25)	*482*	*8,8*	*709*	*7,8*	*3*	*4*
Atmungsorgane (C30-C39), davon:	2.827	51,6	1.134	15,9	15	7
Luftröhre, Bronchien, Lunge (C33-C34)	*2.488*	*45,2*	*1.076*	*14,9*	*13*	*6*
Bösartiges Melanom der Haut (C43)	492	9,6	509	8,6	3	3
Brustdrüse (C50)	40	0,7	4.844	75,8	-	29
Weibliche Genitalorgane (C51-C58), darunter:	-	-	2.552	37,6	-	15
Cervix uteri (C53)	-	-	*491*	*8,8*	-	*3*
Gebärmutter (C54, C55)	-	-	*1.046*	*14,7*	-	*6*
Ovar (C56)	-	-	*789*	*11,2*	-	*5*
Andere (C51, C52, C57, C58)	-	-	*226*	*2,9*	-	*1*
Männliche Genitalorgane (C60-C63), darunter:	5.485	99,8	-	-	30	-
Prostata (C61)	*5.131*	*91,5*	-	-	*28*	-
Harnorgane (C64-C68), davon:	1.950	35,2	1.073	13,2	11	6
Niere (C64)	*681*	*12,6*	*532*	*7,0*	*4*	*3*
Harnblase (C67)	*1.185*	*21,0*	*484*	*5,5*	*6*	*3*
Auge, Gehirn, ZNS (C69-C72)	362	7,7	320	5,6	2	2
Schilddrüse, endokrine Drüsen (C73-C75)	189	4,0	450	8,1	1	3
Lymphatisches Gewebe (C81-C96), darunter:	1.149	22,8	1.062	15,3	6	6
Non-Hodgkin-Lymphom (C82-C85)	*453*	*8,8*	*438*	*6,1*	*2*	*3*
Leukämie (C90-C95)	*135*	*8,6*	*390*	*5,6*	*1*	*2*
Andere (C40-C41, C45-C49, C76-C80, C97)	446	-	493	-	2	3

*ASR= Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 Einwohner/innen des gleichen Geschlechts (Standardbevölkerung=WHO Weltstandardbevölkerung); Quelle: Statistik Austria, 2005; Tab. 3.2.3

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. Erwähnt sei, dass der massivste Anstieg bei den Krebsneuerkrankungsraten seit 1991 bei Männern zu verzeichnen war: Und zwar ist die Rate für Neuerkrankungen an Prostatakrebs zwischen 1991 und 2001 von 46,5 auf 91,5, also auf beinahe das Doppelte des Wertes von 1991 gestiegen, was ebenfalls auf eine Zunahme der durchgeführten Screenings zurückzuführen ist.

Abbildung 2-15. Krebsneuerkrankungen bei Frauen (1983-2001)



Quelle: Statistik Austria, 2005; Tab. 3.2.3.

Tabelle 2-16. Krebsneuerkrankungen nach Geschlecht (1983-2001), ASR*

	Männer					Frauen							
	Magen	Dick-darm	Lunge	Pros-tata	Männer Gesamt	Magen	Dick-darm	Lunge	Brust	Cervix uteri	Uterus	Ovar	Frauen Gesamt
ICD-10	C16	C18	C33 -34	C61		C16	C18	C33 -34	C50	C53	C54 -55	C56	
1983	32,4	24,4	63,2	37,9	308,2	17,2	21,0	11,0	57,1	19,3	17,7	13,8	245,2
1984	32,9	25,3	62,6	40,1	315,6	15,9	18,9	10,7	59,6	18,9	17,9	13,1	242,6
1985	29,2	24,8	60,7	41,7	308,0	15,5	18,7	10,7	59,0	19,4	17,6	14,4	240,2
1986	29,5	23,8	59,1	38,6	304,9	14,8	19,3	10,7	57,1	16,3	15,8	13,4	233,0
1987	28,1	25,7	56,6	42,0	310,8	14,4	19,4	10,8	59,8	15,6	15,9	14,2	239,1
1988	28,0	27,3	60,0	44,1	326,3	14,3	20,2	11,9	65,9	16,4	17,1	14,5	254,1
1989	26,3	28,4	59,5	48,5	332,4	13,5	20,0	12,7	66,5	15,4	16,8	14,4	252,3
1990	25,5	28,5	56,3	47,6	324,0	13,3	19,8	12,3	62,0	14,5	15,5	14,3	243,3
1991	24,2	27,3	56,7	46,5	320,0	13,1	19,4	12,3	65,1	14,1	15,2	13,9	244,9
1992	22,9	27,5	54,7	48,9	320,9	11,7	18,7	11,8	66,3	12,1	15,8	13,0	242,5
1993	24,0	29,3	58,4	54,5	334,7	11,3	20,0	13,1	71,1	11,5	15,3	13,9	251,1
1994	21,5	30,3	52,9	63,0	337,9	11,5	19,6	13,8	70,4	11,6	14,4	13,8	248,3
1995	20,3	28,2	52,7	68,4	338,9	11,6	19,4	13,6	70,7	11,4	14,8	14,2	248,6
1996	19,8	29,8	54,4	71,5	348,9	11,0	18,8	15,2	71,1	9,8	14,0	13,9	244,3
1997	18,8	32,1	51,4	76,2	352,1	10,4	18,8	15,0	76,7	9,9	15,3	14,3	253,8
1998	17,7	28,7	49,4	79,2	348,0	9,4	19,8	15,0	74,0	9,7	13,9	14,3	248,9
1999	15,2	26,5	48,8	79,2	332,5	8,7	17,9	15,1	70,7	8,6	13,6	12,8	233,6
2000	14,4	28,2	48,6	89,5	342,9	8,1	17,3	15,5	70,7	9,5	14,4	12,1	238,7
2001	15,1	28,1	45,2	91,5	340,7	7,6	16,9	14,9	75,8	8,8	14,7	11,2	240,0
1991 =100%	62	103	80	197	106	58	85	124	116	62	97	81	98

„Lunge" = C33-C34 (Luftröhre, Bronchien, Lunge); „Brust" = C50 (Brustdrüse); Gesamt=C00-C97 ohne C44

*ASR= Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 Einwohner/innen des gleichen Geschlechts (Standardbevölkerung=WHO Weltstandardbevölkerung); Quelle: Statistik Austria, 2005; Tab.3.2.3

Regionale Unterschiede bei Krebsneuerkrankungen

Zwischen den Bundesländern, aber auch zwischen den Ländern der EU-15 gibt es zum Teil beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeiten der Neuerkrankungen an Krebs. Bei den Unterschieden innerhalb der Bundesländer können mitunter Screening-Effekte sowie die Meldefrequenz der Krankenanstalten eine Rolle spielen. Nach den vorliegenden Daten war die niedrigste Brustkrebs-Erkrankungsrate im Jahr 2001 in Wien, die höchste in Salzburg zu verzeichnen; die niedrigste Neuerkrankungsrate an Cervixkrebs wies Oberösterreich auf, die höchste Kärnten. Die niedrigste Neuerkrankungsrate an Lungenkrebs bei Frauen hatte Salzburg, die höchsten Raten hatten Wien und Tirol. Bei den Neuerkrankungen an Dickdarmkrebs wies Kärnten die niedrigste, Tirol die höchste Rate bei Frauen auf; bei Männern war die höchste Rate in Niederösterreich zu verzeichnen, die niedrigste in Salzburg.

Tabelle 2-17. Krebsneuerkrankungen nach Geschlecht und Bundesländern (2001), ASR*

R=Ranking; 1=niedrigste Rate	Brust		Cervix		Lunge				Dickdarm			
ICD-10	C50		C53		C33-34				C18			
	Frauen	R	Frauen	R	Männer	R	Frauen	R	Männer	R	Frauen	R
Burgenland	69,7	*2*	8,3	*6*	39,6	*1*	11,2	*2*	25,9	*4*	18,7	*7*
Kärnten	86,8	*8*	17,1	*9*	52,5	*8*	15,4	*7*	25,3	*2*	13,4	*1*
Niederösterreich	75,1	*3*	7,7	*4*	43,2	*4*	12,5	*3*	30,8	*9*	17,9	*6*
Oberösterreich	75,7	*6*	5,8	*1*	42,0	*3*	13,2	*5*	27,6	*6*	16,5	*3*
Salzburg	87,3	*9*	7,5	*3*	42,3	*5*	10,5	*1*	24,9	*1*	17,1	*4*
Steiermark	74,7	*5*	10,6	*7*	40,8	*2*	12,6	*4*	28,9	*7*	14,7	*2*
Tirol	74,5	*4*	12,7	*8*	46,4	*7*	17,3	*8*	30,1	*8*	19,4	*9*
Vorarlberg	84,2	*7*	6,9	*2*	42,7	*6*	13,9	*6*	25,7	*3*	18,8	*8*
Wien	69,5	*1*	7,7	*4*	52,5	*8*	21,7	*9*	26,7	*5*	17,4	*5*
Österreich	**75,8**		**8,8**		**45,2**		**14,9**		**28,1**		**16,9**	

*ASR= Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 Einwohner/innen des gleichen Geschlechts (Standardbevölkerung=WHO Weltstandardbevölkerung); Quelle: Statistik Austria, 2005; Tab.3.2.3

Im Vergleich der EU-15-Länder für das Jahr 1998 weist Österreich bei den Neuerkrankungen an Brustkrebs den viertniedrigsten Wert hinter Spanien – das die niedrigste Neuerkrankungsrate aufweist -, Griechenland und Portugal auf. Die Neuerkrankungsrate für

Gebärmutterhalskrebs ist in Österreich vergleichsweise hoch, nur drei Länder (Frankreich, Deutschland und Portugal) weisen höhere Raten auf. Bei der Neuerkrankungsrate für Lungenkrebs liegt Österreich bei den Frauen über dem europäischen Durchschnitt, bei den Männern jedoch deutlich darunter. Eine höhere Lungenkrebs-Inzidenz als Österreich haben bei den Frauen nur Luxemburg, Schweden, Niederlande, Irland, Großbritannien und Dänemark. Die Neuerkrankungsrate für Kolorektalkrebs ist in Österreich bei Frauen, vor allem aber bei den Männern sehr hoch, bei den Männern weist nur Irland eine höhere Neuerkrankungsrate auf, bei Frauen haben Belgien, Deutschland, Irland, Luxemburg, Niederlande und Dänemark höhere Raten.

Tabelle 2-18. Krebsneuerkrankungen in den EU-15-Ländern nach Geschlecht (1998), ASR*

R=Ranking; 1=niedrigste Rate	**Brust**		**Cervix**		**Lunge**				**Darm (Kolorektum)**			
ICD-9	174		180		162				153, 154			
	Frauen	R	Frauen	R	Männer	R	Frauen	R	Männer	R	Frauen	R
Belgien	84,4	*15*	8,2	*6*	71,8	*15*	11,2	*7*	36,1	*6*	26,3	*10*
Dänemark	84,0	*14*	11,0	*11*	45,2	*6*	29,7	*15*	38,6	*9*	60,6	*15*
Deutschland	65,0	*6*	12,1	*14*	71,4	*14*	11,8	*8*	39,9	*13*	26,4	*11*
Griechenland	49,9	*2*	8,1	*4*	55,3	*10*	8,2	*4*	18,2	*1*	14,1	*1*
Spanien	49,6	*1*	7,8	*3*	54,6	*9*	5,0	*1*	35,8	*5*	22,1	*4*
Frankreich	80,1	*11*	11,6	*13*	52,2	*8*	7,9	*3*	37,1	*8*	23,0	*6*
Irland	66,4	*8*	10,1	*8*	41,1	*4*	18,6	*13*	44,3	*15*	26,2	*12*
Italien	64,4	*5*	9,1	*7*	56,1	*12*	8,9	*5*	36,1	*7*	23,7	*8*
Luxemburg	65,4	*7*	4,2	*1*	55,9	*11*	12,9	*10*	39,4	*10*	26,5	*13*
Niederlande	82,2	*12*	8,2	*5*	58,8	*13*	18,2	*12*	39,7	*12*	28,8	*14*
Österreich	**62,6**	***4***	**11,2**	***12***	**42,0**	***5***	**12,8**	***9***	**42,2**	***14***	**25,0**	***9***
Portugal	52,3	*3*	17,3	*15*	33,4	*2*	5,5	*2*	39,5	*11*	22,7	*5*
Finnland	75,3	*10*	5,1	*2*	39,1	*3*	9,3	*6*	25,6	*2*	19,0	*2*
Schweden	83,2	*13*	10,8	*10*	20,6	*1*	12,9	*11*	30,2	*3*	23,4	*7*
UK	68,8	*9*	10,2	*9*	47,2	*7*	23,3	*14*	34,4	*4*	22,0	*3*
EU-15	**67,5**		**8,1**		**50,3**		**12,0**		**36,4**		**23,8**	

*ASR= Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 Einwohner/innen des gleichen Geschlechts (Standardbevölkerung=WHO Weltstandardbevölkerung); Quelle: Statistik Austria, 2004; Tab.8.9

Sterblichkeit aufgrund von Krebs

Häufigste Krebstodesursache bei den Frauen ist der Krebs der Verdauungsorgane (dreißig Prozent aller Krebs-Sterbefälle 2002) – dies gilt auch für Männer (33 Prozent aller Krebs-Sterbefälle bei Männern im Jahr 2002). Brustkrebs – die Krebslokalisation mit der höchsten Neuerkrankungsrate – steht bei den krebsbezogenen Sterbefällen an zweiter Stelle (18 Prozent aller Krebs-Sterbefälle 2002). Mit jeweils zwölf Prozent aller Krebs-Sterbefälle von Frauen sind aber auch Krebs der Atmungsorgane und der weiblichen Geschlechtsorgane von Bedeutung.

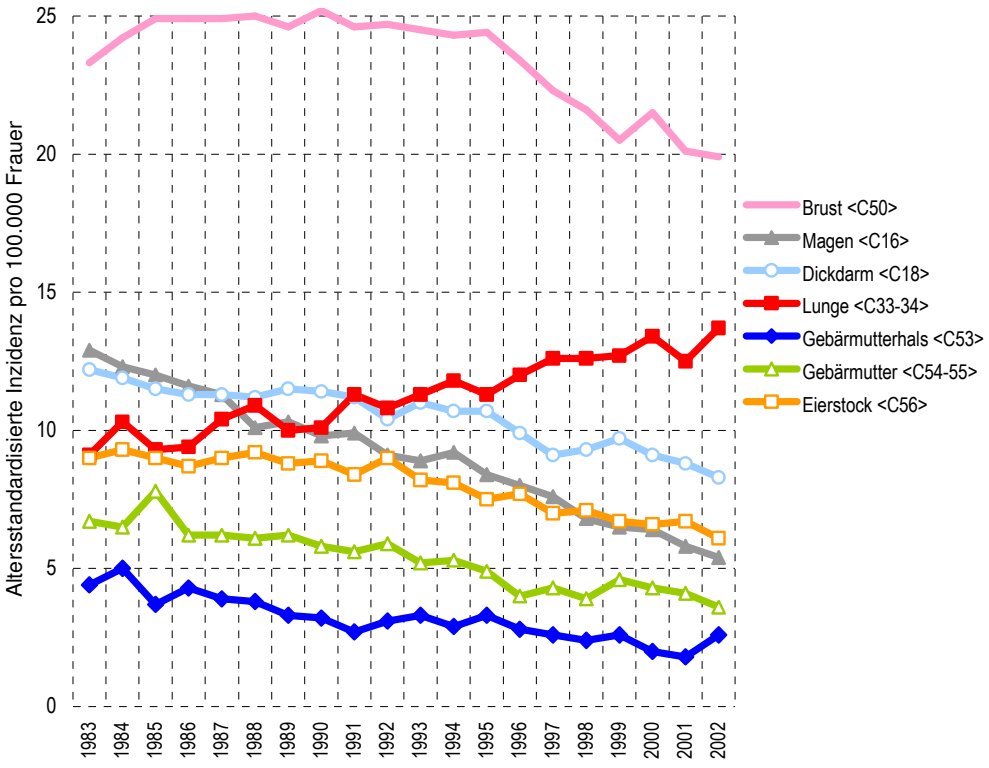
In der Entwicklung der Krebssterblichkeit ist in den vergangenen Jahrzehnten für viele Krebslokalisationen ein Rückgang zu beobachten – mit Ausnahme des Lungenkrebs: hier ist nur bei Männern eine Abnahme ersichtlich (die altersstandardisierten Raten sind zwischen 1992 und 2002 von 53,4 auf 44,9 pro 100.000 um 16 Prozent des Werts von 1992 gesunken), bei Frauen hingegen war ein Anstieg zu verzeichnen (die altersstandardisierte Rate ist zwischen 1992 und 2002 von 10,8 auf 13,7 pro 100.000 um 27 Prozent des Werts von 1992 gestiegen). Es sei darauf hingewiesen, dass die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate des Lungekrebs im Jahr 2002 für Männer rund das 3,5-Fache jener für Frauen beträgt (44,9 vs. 13,7). Im Jahr 2002 sind 1.045 Frauen und 2.547 Männer an Lungenkrebs verstorben, 1995 waren es 833 Frauen und 2.323 Männer. Demnach sterben jährlich rund 200 Frauen mehr an Lungekrebs als noch vor zehn Jahren (siehe auch Abbildung 2-19).

Tabelle 2-19. Sterblichkeit aufgrund von Krebs nach Geschlecht (2002)

	Männer		Frauen		Männer	Frauen
N = 18.263	Anzahl	ASR	Anzahl	ASR	%	%
Bösartige Neubildungen gesamt (C00-C97)	9.745	171,0	8.878	102,2	100	100
Prozent	52,3	-	47,7	-		
Lokalisationen (ICD-10):						
Lippe, Mundhöhle, Rachen (C00-C14)	373	7,1	100	1,5	4	1
Verdauungsorgane (C15-C22, C25), davon:	3.196	-	2.698	-	33	30
Speiseröhre (C15)	*256*	*4,7*	*63*	*0,7*	*3*	*1*
Magen (C16)	*597*	*10,3*	*547*	*5,4*	*6*	*6*
Dickdarm (C18)	*847*	*14,6*	*837*	*8,3*	*9*	*9*
Rektum, Anus (C19-C21)	*454*	*7,9*	*345*	*3,7*	*5*	*4*
Leber, intrahepatische Gallengänge (C22)	*459*	*8,0*	*245*	*2,7*	*5*	*3*
Bauchspeicheldrüse (C25)	*583*	*10,2*	*661*	*6,9*	*6*	*7*
Atmungsorgane (C32-C34)	2.547	44,9	1.045	13,7	26	12
Melanom der Haut (C43)	149	2,7	127	1,7	2	1
Brustdrüse (C50)	17	0,3	1.593	19,9	-	18
Weibliche Geschlechtsorgane (C53-C56), davon:	-	-	1.026	-	-	12
Cervix uteri (C53)	-	-	*183*	*2,6*	-	*2*
Gebärmutter (C54-C55)	-	-	*324*	*3,6*	-	*4*
Ovar (C56)	-	-	*519*	*6,1*	-	*6*
Prostata (C61)	1.138	19,2	-	-	12	-
Harnorgane (C64,C67), davon:	586	-	371	-	6	4
Niere (C64)	*249*	*4,3*	*195*	*2,1*	*3*	*2*
Harnblase (C67)	*337*	*5,7*	*176*	*1,5*	*3*	*2*
Lymphatisches Gewebe (C81-C96)	780	13,8	748	8,3	8	8
Andere	959	-	1.170	-		

*ASR= Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 Einwohner/innen des gleichen Geschlechts (Standard-bevölkerung=WHO Weltstandardbevölkerung); Quelle: Statistik Austria 2004, 2.14

Abbildung 2-16. Krebssterblichkeit bei Frauen (1983-2001)



Quelle: Statistik Austria, 2004; Tab. 2.14

2.4.1 Brustkrebs: Primärprävention, 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.

Wissensstand über Risikofaktoren für Brustkrebs

Die starke Variation der Häufigkeit von Brustkrebs bei Frauen zwischen unterschiedlichen Ländern – z.B. ist Brustkrebs in Südeuropa deutlich seltener als in Zentral- und Nordeuropa – lässt darauf schließen, dass Brustkrebs nicht alleine durch erbliche Faktoren verursacht wird, sondern Umweltfaktoren und der Lebensstil das Brustkrebsrisiko ebenso beeinflussen. Wie groß jedoch die Bedeutung der genetischen, der Umwelt- und Lebensstilfaktoren, der sozioökonomischen und kulturellen Schichtzugehörigkeit, des Reproduktionsverhaltens, der Ernährung und der körperlichen Bewegung sind, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden. Körperliche Aktivität und Ernährung sind die stärksten modulierenden Faktoren in der Brustkrebsentstehung, die sowohl protektiv als auch risikoerhöhend wirken können. Es liegen Hinweise vor, dass Übergewicht in der Postmenopause, Alkoholkonsum, geringer Gemüseverzehr, kalorienreiche Ernährung in Kindheit und Jugend und hohe Fettzufuhr im mittleren Alter das Brustkrebsrisiko erhöhen (DGGG, 2004; Zeeb und Razum, 2004).

Tabelle 2-20. Gesicherte Risikofaktoren für Brustkrebs bei Frauen

Einflussfaktor	Hochrisikogruppe	Niedrigrisikogruppe
Relatives Risiko > 4.0		
Trägerin einer BRCA 1 oder 2-Genmutation (etwa 5%)	Ja	Nein
Geburtsland	Nord-, Mitteleuropa; USA; Canada	Asien; Afrika
Mutter/Schwester mit Brustkrebs in frühem Alter	Ja	Nein
Atypische Zellen in Brustwarzenflüssigkeit	Ja	keine Flüssigkeitsbildung
Relatives Risiko = 2.1 bis 4.0		
Hohe Gewebedichte im Mammogramm	Verdichtungen >75% der Brust	Gewebe besteht vorwiegend aus Fett
Vorgeschichte von Brustkrebs in einer Brust	Ja	Nein
Mutter oder Schwester mit Brustkrebs	Ja	Nein
Hyperplastische Epithelzellen ohne Atypien	Ja	keine Flüssigkeitsbildung
Ionisierende Strahlen auf den Brustkrebs in hohen Dosen	Ja	Nein
Relatives Risiko = 1.1 bis 2.0		
Sozioökonomischer Status	Hoch	Niedrig
Wohnort	Städtisch	Ländlich
Wohnort in Europa	Norden	Süden
Eierstockentfernung vor dem vierzigsten Lebensjahr	Nein	Ja
Kinderlosigkeit	Ja	Nein
Alter bei der ersten ausgetragenen Schwangerschaft	über 30	unter 20
Alter bei Menarche	11 Jahre oder jünger	15 Jahre oder älter
Alter bei Menopause	55 Jahre oder älter	45 Jahre oder jünger
Vorgeschichte von Eierstock-, Endometrium-Krebs	Ja	Nein
Gewicht (Brustkrebs nach dem fünfzigsten Lebensjahr)	Übergewicht	Normalgewicht

Quelle: DGGG, 2004; S.4

Möglichkeiten der Primärprävention von Brustkrebs

Das Risiko an Brustkrebs zu erkranken, kann durch mehrere Lebensstilfaktoren verringert werden (DGGG, 2004):

- körperliche Aktivität: fünfmal pro Woche 45 Minuten mäßige körperliche Aktivität ohne Stress können eine Risikoreduktion von bis zu fünfzig Prozent bewirken
- Übergewicht vermeiden, möglichst geringe Gewichtszunahme nach dem 18. Lebensjahr (nicht mehr als fünf Kilogramm)
- langes Stillen: je länger das Stillen, umso stärker der Schutz vor Brustkrebs
- Hormonersatztherapie meiden oder zeitlich begrenzen
- gesundes Essen: 5-am-Tag (mindestens drei Portionen Gemüse und zwei Portionen Obst pro Tag), Bevorzugung von Vollkornprodukten
- Alkoholkonsum meiden oder auf einen Drink täglich begrenzen

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. Patientinnen mit Tumoren mit einem Durchmesser unter einem Zentimeter haben hohe Heilungschancen.

Box 5. Formen der Mammographie

1. Screening-Mammographie

a) Mammographie-Screening-Programm oder systematische Brustkrebsfrüherkennung durch Mammografie: qualitätsgestütztes Programm mit systematischer periodischer Einladung aller Frauen einer bestimmten Altersgruppe zur kostenlosen Mammografie zwecks Früherkennung von Brustkrebs (auch: systematische Mammografie, organisiertes Mammografie-Programm)

b) Opportunistisches Mammographie-Screening (*wildes* Screening): individuell gewählter Zugang von asymptomatischen Frauen zur Mammographie-Röntgenuntersuchung, der nicht auf Einladung im Rahmen eines Mammographie-Screening-Programmes erfolgt. Damit ist die mit dem Mammographie-Screening-Programm einhergehende Qualitätssicherung nicht einheitlich geregelt oder dokumentierbar. Der umfassende und kostenlose Zugang zur Mammographie für alle Frauen – unabhängig von sozialem und ökonomischem Hintergrund – ist nicht gewährleistet.

2. Diagnostische Mammographie

Die diagnostische Mammographie bezeichnet den Einsatz der mammographischen Röntgenuntersuchung zur Abklärung, ob bei Frauen mit Symptomen oder Brustkrebsprädisposition ein Brusttumor vorliegt.

Quelle: Zwahlen et al., 2002

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. In einem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm der Stadt Wien mit dem Titel *Die Klügere sieht nach* wurden in den Jahren 2000 bis 2002 194.000 Wienerinnen zwischen 50 und 69 Jahren in einem brieflichen Anschreiben zur Mammographie, Tastuntersuchung und bei Bedarf Ultraschall eingeladen. Die Zahl der Mammographien in Wien konnten um zwanzig Prozent von rund 10.000 auf 12.000 gesteigert werden (das sind 47 bzw. 67 Prozent der Zielgruppe der 50- bis 69-jährigen Wiener Frauen), wobei die Teilnehmerrate der Frauen, die länger als fünf Jahre nicht bei der Früherkennungsuntersuchung waren, einen besonderen Anstieg verzeichnete (Wimmer-Puchinger und Guld, 2004).

Im Jänner 2004 hat das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen ein Konzept für ein bundesweites Mammographie-Screeningprogramm vorgelegt, das derzeit diskutiert wird (ÖBIG, 2004).

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 techni-

schen 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.

Qualitätssicherung im Mammographie-Screening-Programm

Mit 1.600 Todesfällen jährlich ist das Mammakarzinom die häufigste Krebstodesursache bei Frauen in Österreich. Pro Jahr werden 4.800 neue Brustkrebsfälle registriert, wobei das Erkrankungsrisiko mit fortschreitendem Alter steigt.

Ziel des Mammographie-Screening-Programms ist, die qualitätsgesicherte Früherkennung von kleinen Tumoren (<1,5 cm). Diese Qualitätsanforderungen für die Brustkrebsfrüherkennung verlangen nach einem organisierten, bevölkerungsbezogenen und qualitätsgesicherten Mammographie-Screening-Programm. Ein derartiges Programm praktizieren vierzehn EU-Staaten bereits seit Jahren. Auf diese Erfahrungen bauen die EU-Leitlinien auf (European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening), welche die EU-Kommission und das EU-Parlament als *Best-Practice-Konzept* zur einheitlichen Anwendung in allen Mitgliedsstaaten empfehlen.

Da das von europäischen Expert/innen entwickelte Mammographie-Screening-Programm nicht ohne weiteres auf das österreichische Gesundheitssystem übertragbar ist, bedarf es gewisser Anpassungen. Erste Modellprojekte (Bludenz, Ried im Innkreis) dienen der Umsetzung der EU-Leitlinien und der Erprobung neuer Formen interdisziplinärer und institutioneller Zusammenarbeit bei der Brustkrebsfrüherkennung. Qualitätsprobleme innerhalb der Screeningkette können somit frühzeitig erkannt und entsprechend modifiziert werden. Über weitere Modellregionen soll ein popularitätsbezogenes, 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 Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) als potentielle bundesweite Koordinationsstelle eine wesentliche Voraussetzung. Nach Analyse der regionalen Rahmenbedingungen gilt es, gemeinsam mit den regionalen Projektverantwortlichen die in den EU-Leitlinien beschriebenen Qualitätsstandards zu schaffen.

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 6. Europäische Leitlinien zum qualitätsgesicherten Mammographie-Screening

- Das Mammographie-Screening muss in eigenen Zentren stattfinden
- Einladung von symptomlosen Frauen der Altergruppe 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 Radiolog/innen
- Spezielle Aus- und Fortbildung von Radiolog/innen und Röntgenassistent/innen in europäischen Referenzzentren
- Begutachtung von mindestens 5.000 Aufnahmen pro Jahr
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Sicherstellung der Qualität in Folgediagnostik, Therapie und Nachsorge (Radiolog/in, Röntgenassistent/in, Patholog/in, Gynäkolog/in, psycho-onkologische/r Krankenpfleger/in, Medizinphysiker/in)
- 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

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

Qualitätssicherung in der Versorgung von Frauen mit Brustkrebs

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 ist derzeit die Qualitätskontrolle der gesamten Behandlungskette zu fordern und die Einführung von Disease-Management-Programmen und zentralisierten und spezialisierten Brustzentren zu diskutieren und zu realisieren.

Hintergrund dafür sind amerikanische Studien, in denen festgestellt wurde, dass Zentralisierung (definiert als Fallzahl pro Zeitraum und Krankenhaus) und Spezialisierung (Fallzahl pro Zeitraum und Operateur) signifikant mit der Überlebenszeit der betroffenen Frauen zusammenhängen: Brustkrebs-Patientinnen, die sich in Krankenhäusern mit weniger als zehn Operationen pro Jahr behandeln ließen, hatten ein um sechzig Prozent höheres Sterberisiko, in Krankenhäusern mit elf bis fünfzig Operationen sank das Risiko auf dreißig Prozent und in Krankenhäusern mit rund 150 Operationen pro Jahr betrug das Risiko nur noch 19 Prozent. Ein positiver Effekt wurde auch für den Grad der Spezialisierung der Operateure festgestellt. Die Studienautor/innen vertreten die Hypothese, dass vor allem die angepasste, effektive, individualisierte und häufiger eingesetzte adjuvante Therapie, die in den Krankenhäusern mit hohem Volumen eingesetzt wurden, für die längere Überlebenszeit der Patientinnen verantwortlich ist, es wurden aber auch die Teilnahme an Studien und genauere Diagnostik als positive Einflussfaktoren in Erwägung gezogen (Roohan, 1998; zitiert nach Brucker et al., 2003).

Etablierung von Brustzentren mit Qualitätszertifikat

Im Oktober 1998 fand die erste Europäische Brustkrebs-Konferenz statt, eine gemeinsame Veranstaltung der Europäischen Organisation für Krebsforschung und -behandlung von Brustkrebs (European Organization for the Research and Treatment of Cancer - Breast Cancer Cooperative Group - EORTC-BCCG), der Europäischen Gesellschaft für Brustkunde (European Society of Mastology - EUSOMA) und Europa Donna, einer europaweiten Selbsthilfeorganisation für Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind. Ergebnis dieser Konferenz war ein Konsensus-Statement über die gemeinsame Strategie bezüglich Forschung, genetischer Prädisposition, psychosozialem Status, Behandlung und Behandlungsqualität im Zusammenhang mit Brustkrebs. Eines der Ziele ist die europaweite Etablierung von hochwertigen, qualitätsgesicherten Spezialzentren.

Die EUSOMA hat dazu *Qualitätskriterien für spezialisierte Brustzentren* erstellt (EUSOMA; 1999). In Großbritannien wurden 1998 erste Brustzentren eingerichtet, in Deutschland wurde im Dezember 2002 das erste Brustzentrum zertifiziert und im Oktober 2004 wurde bereits das fünfzigste Brustzentrum eröffnet. In Österreich gibt es bereits mehrere Brustzentren in Wien (AKH, Rudolfstiftung, Donauspital, Hanusch-Krankenhaus, Kaiser-Franz-Josef Spital) und in den Bundesländern Innsbruck und Salzburg. Laut Empfehlung der EUSOMA sollte auf 330.000 Bewohnerinnen ein Brustkrebszentrum kommen, das sind EU-weit 1.250 Zentren, derzeit wird aber geschätzt, dass es erst 250 solcher Zentren gibt, davon in Großbritannien, Dänemark, Portugal und Schweden flächendeckend.

Die Etablierung der Brustzentren und deren Qualitätszertifizierungen sind im Gange, basierend auf den EUSOMA-Qualitätskriterien bzw. der Adaption durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS) (DKG und DGS, 2003). Demnach hat ein Brustzentrum folgende fachliche Anforderungen zu erfüllen, die in Selbstverpflichtung umgesetzt werden (Zusammenfassung):

1. mehr als 150 neu diagnostizierte Mammakarzinome pro Jahr;
2. mehr als 50 Brustkrebsoperationen pro Operateur und Jahr;
3. mehr als 5.000 Mammographien pro Jahr;
4. Nachsorge der Patientinnen im Brustzentrum;
5. ein ausreichendes Tumordokumentationssystem;
6. Kooperation mit Patholog/innen (mindestens 300 Mamma-Histologien pro Jahr);

7. mindestens ein/e Psycho-Onkolog/in, der/die dem Zentrum zur Verfügung steht;
8. Kooperation mit der Nuklearmedizin (mindestens 400 Szintigraphien pro Jahr, Möglichkeit der Sentinel-Lymphknoten-Szintigraphie);
9. Kooperation mit Strahlentherapie (mindestens 85 Prozent Nachbestrahlung bei Brusterhaltender Therapie - BET pro Jahr);
10. Kooperation mit plastischer Chirurgie betreffend die Brustrekonstruktion unter Erhaltung der DKG-Leitlinien);
11. mindestens 100 Chemotherapien adjuvant/palliativ pro Jahr;
12. mindestens 100 antihormonelle Therapien adjuvant/palliativ pro Jahr;
13. palliative Versorgung muss sicher gestellt sein;
14. ein/e Schmerztherapeut/in muss zur Verfügung stehen;
15. mindestens 10 Betten für Patientinnen mit Brustkrebs;
16. wissenschaftliche Aktivität muss nachweisbar sein, zumindest ein Studienbeauftragter und eine so genannte *Study Nurse* müssen verfügbar sein.

Quelle: Marth et al., 2004; S.18

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 Brest 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 Stationäre Aufenthalte: psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems

Querverweis: Kapitel 3.3.1. Psychische Gesundheit von Frauen

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 Krankenhausmorbidität (Anzahl der stationären Aufenthalte) sowie zur Mortalität aufgrund dieser Erkrankungen zur Verfügung. Insgesamt waren im Jahr 2001 123.154 Spitalsaufenthalte (65.257 von Frauen und 57.598 von Männern) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen zu verzeichnen. Bei den Frauen entfielen 5,0, bei den Männern 5,3 Prozent aller Spitalsaufenthalte des Jahres 2001 auf diese Krankheitsgruppe. Die Sterblichkeit aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen ist gering (im Jahr 2002 sind 322 Männer und 102 Frauen aufgrund von Erkrankungen dieser Krankheitsgruppe verstorben), wobei hier allerdings zusätzlich auch Selbstmorde zu berücksichtigen sind, da der überwiegende Teil der Selbstmorde auf psychische Störungen zurückzuführen ist (vgl. dazu Abschnitt 2.8).

Nimmt man die Anzahl stationärer Aufenthalte als Hinweis auf Geschlechtsunterschiede im Bereich psychischer und Verhaltensstörungen, so fällt auf, dass Männer deutlich häufiger als Frauen aufgrund alkoholbedingter Störungen in stationärer Behandlung sind: Im Jahr 2001 gingen 75 Prozent der insgesamt 22.842 Spitalsaufenthalte aufgrund alkoholbedingter Störungen auf das Konto der Männer. Ein ähnliches Geschlechtsverhältnis gilt für Spitalsaufenthalte aufgrund von Drogenabhängigkeit (4.874 Spitalsaufenthalte: 63 Prozent Männer, 27 Prozent Frauen). Hingegen wurden mehr als zwei Drittel der 31.301 stationären Aufenthalte aufgrund affektiver Störungen (Depressionen) von Frauen in Anspruch genommen (21.676 bzw. 69 Prozent). Bei Frauen waren 1,7 Prozent und bei Männern 0,9 aller Spitalsaufenthalte des Jahres 2001 in Österreich (rund 2,3 Mio.) auf affektive Störungen (Depressionen) zurückzuführen. Die insgesamt 18.489 durch Erkrankun-

gen des schizophrenen Formenkreises bedingten Krankenhausaufenthalte des Jahres 2001 wurden zu 48 Prozent von Frauen in Anspruch genommen; bei Männern standen 0,9 Prozent und bei Frauen 0,7 Prozent aller Spitalsaufenthalte in Zusammenhang mit der Diagnose Schizophrenie. Bei den Demenzerkrankungen und der Alzheimer-Erkrankung überwiegen deutlich die stationären Aufenthalte von Frauen (jeweils siebzig Prozent Frauen, dreißig Prozent Männer) (vgl. dazu auch die bevölkerungsbezogenen Raten in Tabelle 2-21.).

Tabelle 2-21. Stationäre Aufenthalte aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems nach Geschlecht (2001)

ICD-10	Hauptdiagnose	Anzahl stationärer Aufenthalte		Anteil an allen stationären Aufenthalten in Prozent		Stationäre Aufentalte pro 100.000 Einwohner/innen	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
A00-Z99	**Alle Diagnosen**	**1,079.541**	**1,304.064**	*100*	*100*		
darunter:							
F00-F99	**Psychische und Verhaltensstörungen (PV)**	**57.598**	**65.257**	***5,3***	***5,0***	**1.481**	**1.576**
F00-F03	Demenz	3.969	9.138	*0,4*	*0,7*	102	221
F10	PV durch Alkohol	17.092	5.750	*1,6*	*0,4*	439	139
F11-F16, F18-F19	PV durch psychotrope Substanzen	3.067	1.807	*0,3*	*0,1*	79	44
F20-F29	Schizophrenie	9.658	8.831	*0,9*	*0,7*	248	213
F30-F39	Affektive Störungen	9.625	21.676	*0,9*	*1,7*	247	524
Rest von F00-F99	Andere PV	14.486	18.055	*1,3*	*1,4*	372	436
G00-G99	**Krankheiten des Nervensystems**	**44.597**	**46.318**	***4,1***	***3,6***	**1.146**	**1.119**
G30	Alzheimer-Krankheit	813	1.899	*0,1*	*0,1*	21	46
G40-G41	Epilepsie	7.646	5.533	*0,7*	*0,4*	197	134
G45	Zentrale transitorische ischämische Attacken	5.613	7.078	*0,5*	*0,5*	144	171
G80-G83	Zerebrale und andere Lähmungen	2.068	1.621	*0,2*	*0,1*	53	39
Rest von G00-G99	Andere Krankheiten des Nervensystems	28.439	30.187	*2,6*	*2,3*	731	729

Quelle: Statistik Austria 2004, Tab. 3.1.2

2.6 Infektionskrankheiten: HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Infektionen (STIs)

Querverweis: Kapitel 6.4. Frauen mit HIV/AIDS

2.6.1 AIDS in Österreich und im internationalen Kontext

Seit Beginn der AIDS[26]-Epidemie in den 1980er Jahren hat sich die Betroffenheit von Frauen verändert: Aufgrund der hohen Inzidenz der HIV[27]-Infektion in den Hochrisikogruppen – vor allem bei Homosexuellen und intravenös Drogenabhängigen – gab es in Europa in der allgemeinen Bevölkerung lange Zeit ein geringes Risikobewusstsein. Seit den 1980er Jahren ist der Frauenanteil bei von HIV/AIDS Betroffenen von 10 bis 15 Prozent auf rund 30 Prozent gestiegen.

Die Hauptübertragungswege des HI-Virus sind in Österreich derzeit die heterosexuelle Übertragung (40 Prozent), die homosexuelle Übertragung (30 Prozent) und intravenöser Drogenkonsum (20 Prozent); Übertragung durch Blutderivate und Blutkonserven kommt heute nicht mehr vor, ebenso findet die Übertragung von Mutter zu Kind kaum statt. In Österreich infizieren sich pro Jahr rund 450 Menschen mit dem HI-Virus, mit leicht steigender Tendenz. Kumulativ haben sich seit dem Beginn der Epidemie in Österreich rund 7.000 Personen mit dem HI-Virus infiziert, wobei aufgrund von Erfassungsschwierigkeiten am Anfang der Epidemie eine Schwankungsbreite zwischen 5.000 und 9.000 Personen anzunehmen ist. Aufgrund der Sterbefälle kann daher gesagt werden, dass in Österreich derzeit voraussichtlich 5.000 bis 7.000 Personen mit dem HI-Virus leben; 3.000 von die-

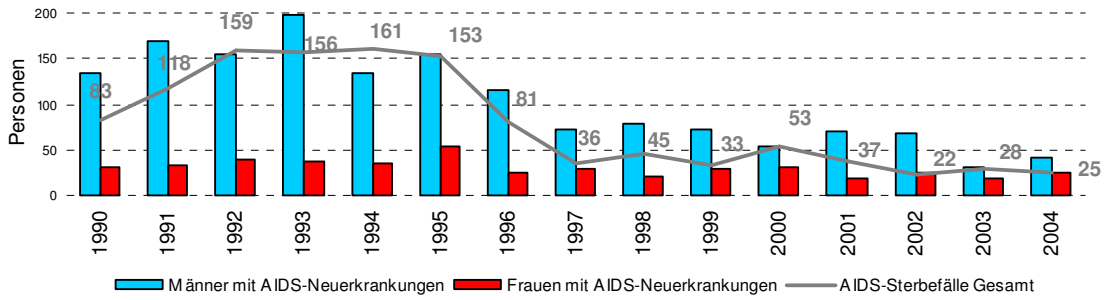
[26] AIDS = Acquired Immunodeficiency Syndrome (dt. erworbenes Immunschwäche-Sydnrom)
[27] HIV = Human Immunodeficiency Virus (dt. Virus der Immunschwäche-Krankheit)

sen Personen sind in ständiger Betreuung, wobei jeder/jede freien Zugang zu medizinischen Therapien hat [28].

Die AIDS-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF), die seit 1993 die gemeldeten AIDS-Neuerkrankungen und Sterbefälle aufgrund von AIDS in Österreich erfasst, zählte bis Ende 2004 1.899 Männer (davon 1.131 verstorben) und 510 Frauen (davon 256 verstorben), demnach beträgt der Frauenanteil 21 Prozent bei AIDS-Neuerkrankungen und 18 Prozent bei Sterbefälle aufgrund von AIDS.

Die Zahl der AIDS-Erkrankungen und Sterbefälle ist in den industrialisierten Ländern mit dem Einsatz der antiretroviralen Therapien deutlich gesunken: In Österreich wurden im Jahr 2004 65 Neuerkrankungen gemeldet (41 Frauen, 24 Männer); die Zahlen des Jahres 1993 waren ein Vielfaches davon (236 Personen: 38 Frauen, 198 Männer). Zwischen 1992 und 1995, dem Höhepunkt der AIDS-Epidemie in Österreich, sind jährlich rund 160 Menschen an AIDS gestorben, im Jahr 2004 hat sich diese Zahl auf 25 reduziert (7 Frauen, 18 Männer).

Abbildung 2-17. AIDS-Neuerkrankungen und AIDS-Sterbefälle in Österreich nach Geschlecht (1990-2004)



Quelle: Österreichische AIDS-Statistik, BMGF

Tabelle 2-22. AIDS-Neuerkrankungen und HIV-Neuinfektionen in Österreich nach Geschlecht (1983-2004)

Jahr	AIDS-Fälle*				HIV-Neuinfektionen**
	Männer		Frauen		
	E	T	E	T	
1983	10	4	0	0	-
1984	8	4	1	0	-
1985	25	11	3	0	820
1986	24	15	4	2	753
1987	69	37	18	9	693
1988	94	36	15	7	441
1989	119	64	25	8	431
1990	134	68	30	15	432
1991	169	100	32	18	426
1992	154	131	39	28	515
1993	198	126	38	30	561
1994	135	130	35	31	437
1995	155	128	53	25	407
1996	115	62	24	19	377
1997	73	31	29	5	297
1998	79	41	20	4	313
1999	73	22	28	11	339
2000	54	44	30	9	428
2001	71	24	19	13	398
2002	68	17	25	5	442
2003	31	18	18	10	422
2004	41	18	24	7	470
	1.899	1.131	510	256	9.402

Legende: E = Erkrankungsfälle; T = Todesfälle; Quellen: * Österreichische AIDS-Statistik; Dr. Jean-Paul Klein, BMGF III/A/1 (14.4.2005); http://www.bgmg.gv.at (>Gesundheitswesen >Statistiken); ** Institut für Virologie der Universität Wien, Virus-Epidemiologische Informationen 2005-04; Online-Version: http://www.univie.ac.at/virologie/seiten/index.htm

[28] persönliche Mitteilung von Dr. Jean-Paul Klein, BMGF III/A/1 (14.4.2005)

Eckdaten zu HIV/AIDS in Österreich, Deutschland und der Schweiz

Ein **Vergleich mit den Nachbarstaaten Deutschland und der Schweiz** auf Basis des vorhandenen Zahlenmaterials, das aus sehr unterschiedlichen Datenquellen stammt, zeigt, dass Österreich bezüglich der HIV-positiven Testresultate 2003 quantitativ stärker betroffen war als Deutschland, aber weniger stark als die Schweiz (DEUTSCHLAND: 5, CH: 21, Ö: 10 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner/innen). Was aber die Schätzungen der Anzahl an Menschen, die Ende 2003 mit HIV/AIDS leben betrifft, kommt die Schweiz auf 554, Deutschland auf 99 bis 124 und Österreich auf 198 bis 317 Fälle pro 100.000 Einwohner/innen. Auch hinsichtlich der Übertragungswege anhand der gemeldeten AIDS-Fälle gibt es Unterschiede zwischen den drei Ländern: z.B. beträgt der Anteil der heterosexuellen Übertragung an allen gemeldeten AIDS-Fällen in Deutschland und Österreich jeweils 18 Prozent, in der Schweiz jedoch 59 Prozent. Bei den hier angestellten Vergleichen müssen aber die verschiedenen Praktiken der HIV-Testung, der HIV-Meldung und der epidemiologischen Aufbereitung berücksichtigt werden.

Tabelle 2-23. Eckdaten zu HIV/AIDS in Österreich, Deutschland und der Schweiz (2003)

Die Daten sind zum Teil Schätzungen; die Methodik der Datenerhebung ist zwischen den Ländern unterschiedlich	**Deutschland**	**Schweiz**	**Österreich**
Bevölkerung 2004	82.333.000	7.231.000	8.132.000
Bevölkerung im Alter von 15 bis 49 Jahren	40.168.000	3.609.800	4.042.200
Menschen, die Ende 2003 mit HIV/AIDS leben	**40-50.000**	**20.000**	**8-15.000**
Männer	33.500	ca. zwei Drittel	ca. drei Viertel
Frauen	9.500	ca. ein Drittel	ca. ein Viertel
Kinder	400	?	?
pro 100.000 der 15- bis 49-Jährigen	*99-124*	*554*	*198-371*
HIV-positive Testresultate im Jahr 2003	**2.000**	**754**	**422**
Männer	1.500	400	?
Frauen	500	300	?
Kinder	20	<10	?
pro 100.000 der 15- bis 49-Jährigen	*5*	*21*	*10*
Gesamtzahl HIV-positiver Testresultate*	**68.703**	**27.168**	**8.933**
Infektionswege - in Prozent			
Männer, die Sex mit Männern haben	63 (50)**	24 (23)**	36 (?)**
Herkunft aus Hochprävalenzgebiet	4 (23)	-	-
Heterosexuelle Kontakte	5 (18)	47 (59)	18 (?)
Intravenöser Drogengebrauch	15 (9)	24 (16)	25 (?)
Mutter-Kind-Transmission	0,4 (<1)	0,4 (<1)	1,1 (?)
Bluttransfusion / Haemophil	4 (?)	0,8 (<0,1)	5,4 (?)
Anderes / unbekannt	9 (?)	3 (?)	15 (?)
Neu gemeldete AIDS-Erkrankungen 2003	**700**	**282**	**49**
Männer	550	191	31
Frauen	150	91	18
Kinder	5	<1 Prozent	0
Gesamtzahl gemeldeter AIDS-Erkrankungen*	**22.700**	**7.724**	**2.389**
Männer	19.650	5.980	1.856
Frauen	2.900	1.955	486
Kinder	150	?	34
Gemeldete HIV/AIDS-Todesfälle im Jahr 2003	**600**	**111** (2001)	**13**
Gesamtzahl gemeldeter HIV/AIDS-Todesfälle*	**13.000**	**5.394**	**1.378**
Gemeldete AIDS-Erkrankungen ohne Todesfälle	**9.700**	**2.330**	**964**

*seit Beginn der Epidemie **Prozentanteil an allen gemeldeten AIDS-Fällen (Zahlen in Klammern=HIV-Erstdiagnosen 2003); Quellen: Robert Koch-Institut; Schweizer Bundesamt für Gesundheit; Österreich: BM für Gesundheit und Frauen; DEUTSCHLAND: http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/EPIDEMIO/DATA/ECKDATEN2003.PDF (Stand Ende 2003) und http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/EPIDEMIO/EPI.HTM?SURV_HOME.HTM&1 (Stand Juni 2004) CH: http://www.bag.admin.ch/infekt/publ/wissenschaft/d/factsh.pdf (Stand Ende 2003)
Ö: http://www.bmgf.gv.at (Stand 29. Oktober 2004)

Österreichische HIV-Kohortenstudie

Repräsentant/innen der fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (Otto-Wagner-Spital Wien, AKH Wien, AKH Linz, Unikliniken Innsbruck und LKH Graz) haben Ende 2001 den privaten Verein *Österreichische HIV-Kohortenstudie* gegründet. Ein langfristiges Ziel dieser Studie ist eine umfassende, anonyme Dokumentation aller Krankengeschichten von HIV-infizierten Personen in Österreich. In erster Linie werden in dieser Datenbank für den Verlauf und die Therapie der HIV-Infektion relevante klinische Daten erfasst, die Datenbank hat jedoch auch das Potenzial, essenzielle Information für die Prävention bereit stellen zu können, z.B. über Veränderungen in den Übertragungswegen, in der Geschlechterproportion oder in den Herkunftsländer der Betroffenen. Damit stellt sie in Zukunft – vor allem in Anbetracht der Abnahme der AIDS-Morbidität und Mortalität und damit der amtlich gemeldeten AIDS-Fälle - auch aus der Public Health-Perspektive eine essenzielle Datenquelle für das Monitoring der HIV-Infektion dar.

Insgesamt befanden sich Ende 2004 Daten von rund 4.200 HIV-infizierten Personen in der Datenbank, darin sind aber auch die bereits verstorbenen Personen enthalten. Vollständig und aktuell analysierbar (d.h. eine nicht länger als sechs Monate zurückliegende Kontrolle des Immunstatus) sind rund 2.000 Personen. Der Anteil der Frauen an den aktiven Kohortenteilnehmer/innen beträgt rund dreißig Prozent, er ist am höchsten in Oberösterreich mit 39 Prozent bzw. in Vorarlberg mit 37 Prozent und beträgt in Wien 25 Prozent.

Im Otto Wagner Spital in Wien sind Ende 2004 640 aktiv in Behandlung befindliche HIV-Positive in der Datenbank erfasst, im AKH Wien 557, in Innsbruck 399, in Linz 263 und in Graz 151 (Sturm und Zangerle, 2004).

Europäischer Trend der HIV-Infektion: heterosexuelle Übertragung gestiegen

Innerhalb von Europa ist die Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Zentraleuropa am niedrigsten, in Westeuropa bereits deutlich höher, in Osteuropa jedoch ist sie um ein Vielfaches höher als in Westeuropa. In Zentraleuropa beträgt die Neuerkrankungsrate 7,5 pro einer Million Einwohner/innen, in Westeuropa 80,5 und in Osteuropa 193,9. Der Frauenanteil beträgt in Westeuropa 37 Prozent, in Zentraleuropa 31 Prozent und in Osteuropa 38 Prozent. Gravierende Unterschiede gibt es im Anteil von jungen Menschen unter dreißig Jahren: dieser beträgt in Westeuropa 29 Prozent, in Zentraleuropa 45 Prozent und in Osteuropa 73 Prozent. Während in West- und Zentraleuropa als hauptsächlicher Übertragungsweg hetero- oder homosexueller Geschlechtsverkehr gilt, ist es in Osteuropa der intravenöse Drogenkonsum.

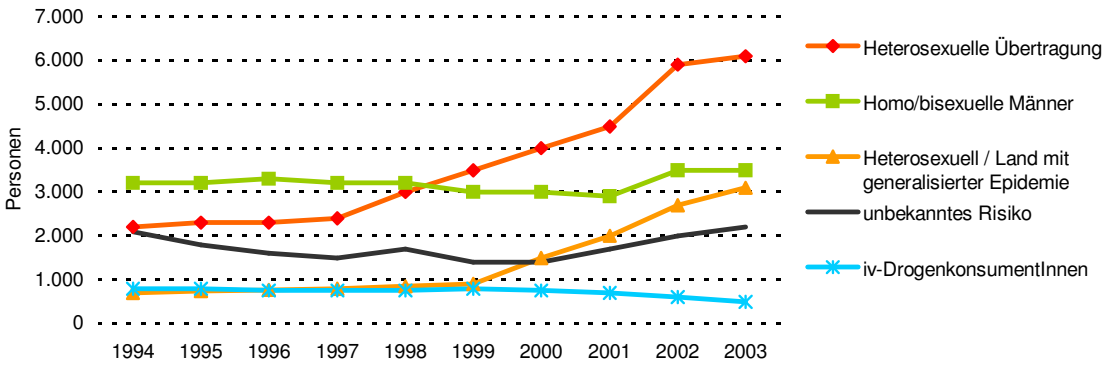
Tabelle 2-24. HIV-Neuinfektionen in West-, Zentral-, Osteuropa (2003)

	Westeuropa*	Zentraleuropa	Osteuropa
Anzahl der HIV-Neuinfektionen	18.030	1.440	54.504
Inzidenz-Rate pro 1 Mio Einwohner/innen	80,5	7,5	193,9
Anteil an unter 30-jährigen Neuinfizierten	29%	45%	73%
Anteil an Frauen	37%	31%	38%
Hauptsächlicher Übertragungsweg	heterosexuell		iv-Drogenkonsum

Quelle: www.eurohiv.org (Update 31.12.2003); iv-Drogenkonsum = intravenöser Drogenkonsum
West= EU-15 + Andorra, Island, Israel, Malta, Monaco, Norwegen, San Marino, Schweiz; Ost= die 15 Staaten der Ex-Sowjetunion; Zentral= die restlichen 14 Europäischen Staaten

Betrachtet man die HIV-Neuinfektionen in Westeuropa hinsichtlich des hauptsächlichen Übertragungsweges der Infektion, lässt sich ein deutlicher Trend der Zunahme aufgrund heterosexueller Übertragung erkennen. Die jährlichen Neuinfektionen durch heterosexuelle Übertragung sind zwischen 1997 und 2002 von rund 2.200 auf 4.500 Fälle gestiegen. Hinzu kommen die Neuinfektionen heterosexueller Personen aus einem Land mit generalisierter HIV-Epidemie (das heißt, die HIV-Prävalenz ist bei Schwangeren größer als ein Prozent), bei denen die Neuinfektionsraten seit 1997 von 1.100 auf 2.700 Fälle angestiegen sind.

Abbildung 2-18. Übertragungswege bei HIV-Neuinfektionen in Westeuropa (1994-2003)



Quelle: www.eurohiv.org (Update 31.12.2003); iv-Drogenkonsum = intravenöser Drogenkonsum
Länder: DK, FIN, GER, EL, ICE, L, N, S, CH, UK (andere Länder berichten HIV-Neuinfektionen nicht)
Generalisierte Epidemie = HIV-Prävalenz bei Schwangeren > 1 Prozent (Afrika südlich der Sahara)

Die globale Dimension von HIV/AIDS: Frauenanteil seit Beginn der Epidemie verdoppelt

Während die quantitative Dimension von HIV/AIDS in Österreich relativ überschaubar geblieben ist, wird geschätzt, dass weltweit Ende 2003 rund vierzig Millionen Menschen mit einer HIV-Infektion oder mit AIDS leben. Die WHO hat den diesjährigen *Weltgesundheitsbericht* unter dem Titel *Changing History* der internationalen HIV/AIDS-Epidemie gewidmet (WHO, 2004). Der Frauenanteil bei den Personen, die mit HIV/AIDS leben, beträgt international rund 48 Prozent und hat sich seit dem Beginn der Epidemie verdoppelt, der Anteil der Kinder beträgt rund acht Prozent. Am höchsten ist der Frauenanteil in Afrika südlich der Sahara: hier sind rund 57 Prozent der Frauen von HIV/AIDS betroffen. Bei Kindern und Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren ist der Anteil der Mädchen und jungen Frauen unter den Betroffenen sogar auf sechzig Prozent gestiegen. Das Risiko junger Frauen, sich mit dem HI-Virus zu infizieren, ist 1,6 Mal höher als das von jungen Männern.

Tabelle 2-25. Globale Schätzung der Verbreitung von HIV/AIDS nach Geschlecht (2003)

Frauen und Männer zwischen 15 und 49 Jahren Schätzung von UNAIDS/WHO für Ende 2003	Frauen	Männer	Gesamt	Frauenanteil in Prozent
HIV/AIDS GLOBAL	**17,000.000**	**18,700.000**	**35.700.000**	**48**
Afrika südlich der Sahara	13.100.000	9.900.000	23.000.000	57
Süd- und Südostasien	1.800.000	4.500.000	6.300.000	29
Südamerika	560.000	1.000.000	1.560.000	36
Osteuropa und Zentralasien	440.000	860.000	1.300.000	34
Ostasien	200.000	700.000	900.000	22
Westeuropa	150.000	430.000	580.000	26
Nordamerika	250.000	740.000	990.000	25
Nordafrika, Mittlerer Osten	220.000	240.000	460.000	48
Karibik	200.000	210.000	410.000	49
Ozeanien	6.100	25.000	31.100	24

Quelle: WHO, 2004 (The World Health Report 2004. Changing History)

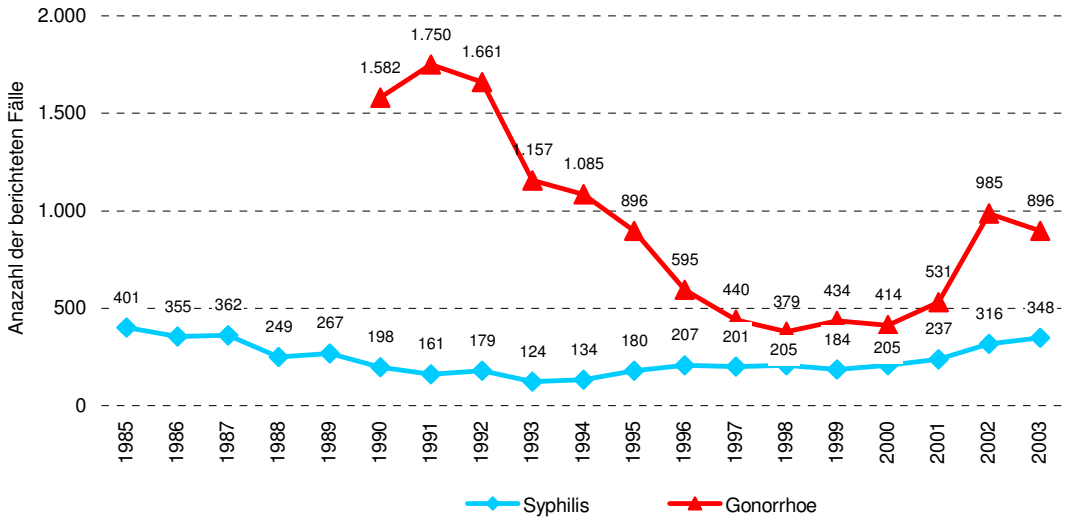
Das Thema Frauen und AIDS war unter dem Titel *Women, Girls, HIV and AIDS* im Jahr 2004 bereits zum zweiten Mal Thema einer der jährlichen Welt-AIDS-Kampagnen, die von der Organisation UNAIDS, einem HIV/AIDS-Programm, das die Vereinten Nationen gemeinsam mit zahlreichen Partnerorganisationen wie z.B. der Flüchtlingsorganisation UNHCR, dem Kinderhilfswerk UNICEF, der Weltgesundheitsorganisation WHO und der Weltbank durchführen. Die erste frauenspezifische Kampagne, *Women and AIDS* – Frauen und AIDS fand im Jahr 1990 statt. Die Kampagne 2004 fand zusätzliche Unterstützung von Organisationen aus dem Bereich der Gewalt gegen Frauen, dem *Global Movement for Children* (http://www.gmfc.org) und der *International Community of Women Living with AIDS* (http://www.icw.org).

2.6.2 Häufigkeit sexuell übertragbarer Infektionen (STIs)

Von den sexuell übertragbaren Infektionen (Sexually Transmitted Infections – STIs) ist in Österreich lediglich die Meldung von Gonorrhoe und Syphilis gesetzlich verpflichtend, nicht aber die Meldung anderer häufiger Infektionen, wie zum Beispiel Chlamydien oder genitalem Herpes. STI-Tests bei Schwangeren umfassen Syphilis und einen Hepatitis B-Antigen-Test, welche in den *Mutter-Kind-Pass* eingetragen werden.

Seit Ende der 1990er Jahre ist in Österreich, aber auch in anderen europäischen Ländern, ein Anstieg an STIs zu verzeichnen. Die Anzahl der Syphilis-Meldungen ist von 124 Fällen im Jahr 1993 (dem niedrigsten Wert seit 1985) auf 348 Fälle im Jahr 2003 gestiegen, also beinahe auf das Dreifache; die Anzahl der Gonorrhoe-Meldungen ist von 379 Fällen im Jahr 1998 auf 896 im Jahr 2003 gestiegen, hat sich also mehr als verdoppelt. Eine Aufschlüsselung nach Geschlecht ist für diese bundesweiten Daten nicht möglich. Das Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung von STDs in Wien stellt jedoch umfassende Daten für Wien bereit, die auch Informationen über Geschlecht und Alter enthalten. Im Vergleich der Inzidenzraten von Wien mit jenen des gesamten Bundesgebiets fallen zunächst die um ein Vielfaches höheren Inzidenzraten in Wien auf: die Syphilis-Inzidenz betrug im Jahr 2001 für Österreich 3,9 Fällen pro 100.000 Einwohner/innen, in Wien 14,0 (d.h. rund zwei Drittel aller Fälle wurden aus Wien gemeldet); die Gonorrhoe-Inzidenz lag bei 6,5 Fällen pro 100.000 Einwohner/innen im gesamten Bundesgebiet und bei 25,4 in Wien (rund achtzig Prozent aller gemeldeten Fälle betrafen Wien). Der Frauenanteil betrug im Jahr 2001 bei den Syphilis-Meldungen 44 Prozent, bei den Gonorrhoe-Meldungen 30 Prozent.

Abbildung 2-19. Berichtete Fälle von Syhpilis und Gonorrhoe in Österreich (1985-2003)



Quelle: Univ.-Prof. Dr. Angelika Stary, Pilzambulatorien, Wien

Tabelle 2-26. Inzidenz von Gonorrhoe und Syphilis in Österreich und Wien nach Geschlecht (1990-2001)

Jahr	Österreich		Wien						
			Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Frauen-
	n	pro 100.000	n	n	n	pro 100.000	pro 100.000	pro 100.000	anteil Prozent
Syphilis									
1990	198	2,6	54	49	103	7,6	6,0	6,7	48
1991	161	2,1	40	41	81	5,6	5,0	5,3	51
1992	177	2,3	54	53	107	7,6	6,4	7,0	50
1993	124	1,6	44	51	95	6,2	6,2	6,2	54
1994	134	1,7	62	47	109	8,7	5,7	7,1	43
1995	180	2,3	84	68	152	11,8	8,2	9,9	45
1996	207	2,7	114	68	182	16,0	8,2	11,8	37
1997	201	2,6	92	75	167	12,1	8,9	10,4	45
1998	202	2,6	101	79	180	13,3	9,4	11,2	44
1999	184	2,4	67	63	130	8,9	7,5	8,1	48
2000	237	2,9	98	78	176	12,7	9,2	10,9	44
2001	316	3,9	128	100	228	16,5	11,8	14,0	44
Gonorrhoe									
1990	1.582	20,9	668	364	1.032	93,5	44,1	67,0	35
1991	1.698	21,8	712	421	1.133	99,7	51,0	73,6	37
1992	1.661	21,3	709	451	1.160	99,2	54,7	75,3	39
1993	1.157	14,8	513	333	846	71,8	40,4	54,9	39
1994	1.085	13,9	529	307	836	74,0	37,2	54,3	37
1995	896	11,5	430	231	661	60,2	28,0	42,9	35
1996	595	7,6	292	156	448	40,9	18,9	29,1	35
1997	440	5,6	198	93	291	26,1	11,0	18,1	32
1998	369	4,7	191	88	279	25,1	10,4	17,4	32
1999	434	5,6	222	89	311	29,1	10,6	19,3	29
2000	414	5,1	206	87	293	26,8	10,3	18,1	30
2001	531	6,5	290	123	413	37,4	14,5	25,4	30

Quelle: Prim. Dr. Silvia Mayerhofer, Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung von STD's, Wien

2.7 Stationäre Aufenthalte: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Atmungsorgane, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

Viele der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, der Atmungsorgane oder des Stoffwechsels nehmen einen chronischen Verlauf. Chronische Erkrankungen bedeuten für die Betroffenen meist langes Leiden mit geringen Chancen auf vollständige Heilung. Aus der Sicht des Gesundheitssystems sind chronische Erkrankungen durch häufige stationäre Aufenthalte – und somit durch hohe Kosten – und eine niedrige Sterblichkeit charakterisiert.

- Krankheiten des *Muskel-Skelett-Systems*, vor allem Arthrosen und Rückenschmerzen, betreffen Frauen deutlich stärker als Männer: im Jahr 2001 waren rund 144.000 Spitalsaufenthalte von Frauen, das sind 11,1 Prozent alle Spitalsaufenthalte von Frauen und rund 101.000 Spitalsaufenthalte bzw. 9,3 Prozent aller Spitalsaufenthalte von Männern darauf zurück zu führen. Bezogen auf 100.000 Einwohner/innen waren 3.481 stationäre Aufenthalte von Frauen und 2.587 von Männern aufgrund dieser Krankheitsgruppe zu verzeichnen.
- Stationäre Aufenthalte aufgrund von *Krankheiten der Atmungsorgane* dagegen sind bei Frauen seltener als bei Männern: 5,3 Prozent (69.427) aller stationären Aufenthalte von Frauen und acht Prozent (86.645) von Männern waren 2001 durch Krankheiten der Atmungsorgane bedingt. Umgerechnet auf 100.000 Einwohner/innen waren es 1.677 stationäre Aufenthalte von Frauen und 2.227 von Männern. Die häufigsten Entlassungsdiagnosen innerhalb dieser Krankheitsgruppe sind bei Frauen und Männern die chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD), gefolgt von Pneumonie, Grippe und Asthma.
- Was die Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten betrifft, so überwiegen stationäre Aufenthalte von Frauen. Im Jahr 2001 waren 1.042 stationäre Aufenthalte von Frauen und 807 von Männern pro 100.000 Einwohner/innen auf Krankheiten dieser Art zu-

rückzuführen. Die bedeutendste Erkrankung innerhalb dieser Krankheitsgruppe ist der *Diabetes mellitus.* Insgesamt mussten etwas mehr Frauen als Männer (52 zu 48 Prozent bzw. 22.819 stationäre Aufenthalte von Frauen vs. 21.381 bei den Männern) im Jahr 2001 aufgrund dieser Erkrankung stationär aufgenommen werden.

Tabelle 2-27. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Krankheiten der Atmungsorgane, Diabetes mellitus nach Geschlecht (2001)

ICD-10	Hauptdiagnose	Anzahl stationärer Aufenthalte		Anteil an allen stationären Aufenthalten in Prozent		Stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einwohner/innen	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
A00-Z99	**Alle Diagnosen**	**1.079.541**	**1.304.064**	*100,0*	*100,0*		
darunter:							
M00-M99	**Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems**	**100.643**	**144.108**	***9,3***	***11,1***	**2.587**	**3.481**
M00-M22, M24-M25	Arthropathien, Arthrosen	26.341	50.918	*2,4*	*3,9*	677	1.230
M40-M49	Deformitäten von Wirbelsäule, Rücken	6.776	9.554	*0,6*	*0,7*	174	231
M54	Rückenschmerzen	13.823	20.933	*1,3*	*1,6*	355	506
J00-J99	**Krankheiten der Atmungsorgane**	**86.645**	**69.427**	***8,0***	***5,3***	**2.227**	**1.677**
J10-J11	Grippe	9.514	6.944	*0,9*	*0,5*	245	168
J12-J18	Pneumonie	16.105	13.376		*1,0*	414	323
J40-J47	Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen	18.040	12.427	*1,7*	*1,0*	464	300
J45-J46	Asthma	4.008	3.792	*0,4*	*0,3*	103	92
E00-E90	**Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten**	**31.395**	**43.147**	***2,9***	***3,3***	**807**	**1.042**
E10-E14	Diabetes mellitus	21.381	22.819	*2,0*	*1,7*	550	551

Quelle: Statistik Austria 2004,Tab. 3.1.2

2.8 Selbstmorde und Selbstmordversuche

Seit den 1980er Jahren ist die Zahl der Selbstmorde in Österreich kontinuierlich zurückgegangen und zwar bei Männern stärker als bei Frauen: Betrug der Frauenanteil an allen Selbstmorden in Österreich im Jahr 1990 noch 30 Prozent (1.313 Männer und 585 Frauen haben 1990 Selbstmord begangen), lag er im Jahr 2001 bei 37 Prozent (1.081 Männer und 408 Frauen haben sich 2001 selbst getötet). Die alterstandardisierte Selbstmordrate der Frauen liegt jedoch nach wie vor deutlich unter jener der Männer (Abbildung 2-24). Eine detaillierte epidemiologische Analyse der soziodemografischen und psychosozialen Rahmenbedingungen des Selbstmordes in Österreich findet sich bei Sonneck et al. (2002).

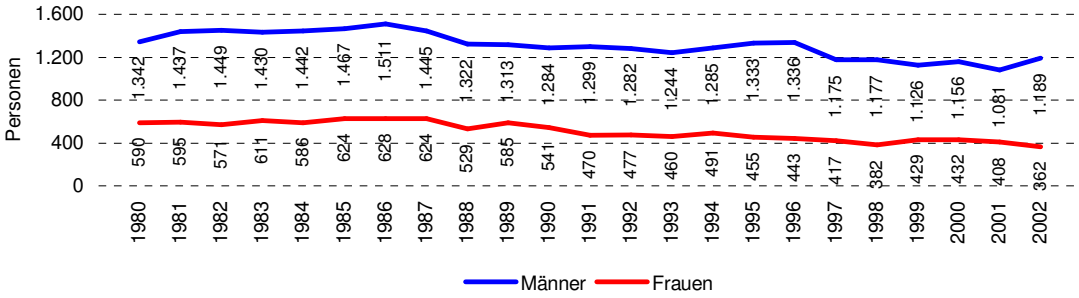
Es wird geschätzt, dass das Verhältnis von Suiziden zu **Suizidversuchen** 1 zur 10 ist: das heißt, dass in Österreich – entsprechend den 1.551 Selbstmorden im Jahr 2002 - jährlich rund 15.000 Selbstmordversuche begangen werden. Das Geschlechtsverhältnis ist bei Selbstmordversuchen konträr zu dem bei Selbstmorden. Schätzungen zufolge entfallen auf einen Selbstmord bei Männern 5,5, bei Frauen jedoch 18 Selbstmordversuche (Schmidtke et al., 1996).

Erklärungsmodelle für Suizidalität bei Frauen reichten bislang kaum über biologische Faktoren hinaus, wobei vor allem hormonelle Schwankungen mit suizidalen Handlungen in Zusammenhang gebracht wurden. Suizidversuche von Frauen galten lange Zeit – vor allem in Gegenüberstellung zur höheren Suizidrate bei Männern – als *nicht ernst gemeint* und appellativ. Jüngere Forschungsansätze betonen jedoch, dass in die Erklärung der weiblichen Suizidalität die gesamte psychosoziale Situation und vor allem die Bedingungen der Geschlechtersozialisation und deren Einfluss auf die Entwicklung der weiblichen Geschlechtsidentität einzubeziehen ist. Ein großer Teil der Eigenschaften, die eine *suizidale Persönlichkeit* beschreiben, sind zugleich als Ergebnis einer *typisch weiblichen* Sozialisation zu verstehen, wie z.B. geringes Selbstwertgefühl, Störung des Körperbilds und der Körperselbsterfahrung, Hilflosigkeit, Kompensation durch Leistung und Attraktivität, Anerkennung durch Überanpassung, passive Form der Aggressivität, Opferhaltung. Fol-

gende Faktoren werden als Auslöser von suizidalen Krisen und Handlungen bei Frauen gesehen (Gerisch und Lindner, 2004):

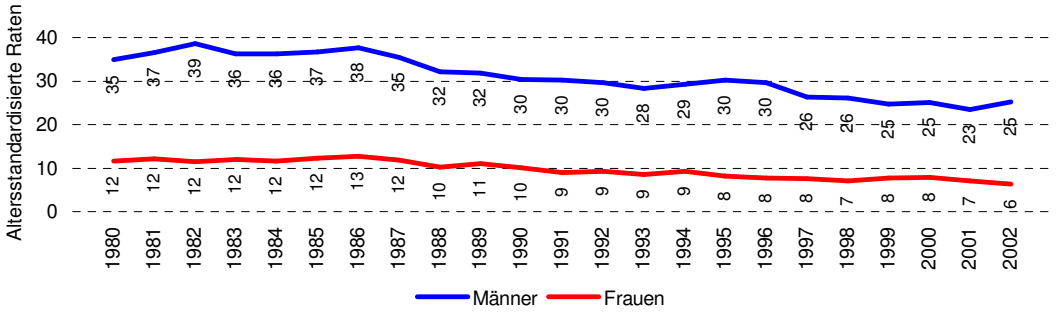
- physiologische Reifungsprozesse und Entwicklungskrisen (Adoleszenz, Schwangerschaft, Menopause, …)
- unglückliche Liebesbeziehungen
- extreme Abhängigkeit von einem Partner und/oder Kind
- physische und psychische Gewalterfahrung
- Doppelbelastung durch Familie und Beruf bei perfektionistischem Leistungsideal
- Trennungserfahrungen (Tod naher Angehöriger, gescheiterte Partnerschaft, Erwachsenwerden und Auszug der Kinder, Kränkung durch persönlich wichtige Personen)
- schwerwiegende Konflikte mit persönlich wichtigen Personen

Abbildung 2-20. Selbstmord und Selbstschädigung (ICD-10 X60-X84) nach Geschlecht (1980-2002), Absolutzahlen



Quelle: Sonneck et al., 2002, Anhang S.47ff.; Statistik Austria, 2004; Tab. 2.1.13

Abbildung 2-21. Selbstmord und Selbstschädigung (IDC-10 X60-X84) nach Geschlecht (1980-2002), ASR*



*ASR= Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 Einwohner/innen des gleichen Geschlechts (Standardbevölkerung=WHO Weltstandardbevölkerung); Quelle: Statistik Austia, 2004; Tab. 2.1.14

Im europäischen und internationalen Vergleich ist die Selbstmordrate der Frauen in Österreich relativ hoch: Österreich hat bei den Frauen im Europa-Vergleich die fünfthöchste Selbstmordrate, nur Ungarn, Finnland, Belgien und die Schweiz weisen höhere Raten auf. Bei den Männern hat Österreich im europäischen Vergleich sogar die vierthöchste Selbstmordrate, nur Ungarn, Finnland und Belgien haben eine höhere Suizidsterblichkeit. Im internationalen Vergleich liegt Österreich bei Frauen und Männern an siebenter Stelle; neben den genannten europäischen Ländern liegen Japan (als Land mit der höchsten Frauen-Selbstmordrate) und Russland (mit der höchsten Männer-Selbstmordrate) vor Österreich (Tabelle 2-30).

Tabelle 2-28. Internationale Suizidraten nach Geschlecht (1999)

Rangreihung nach Suizidrate bei Frauen	Suizidrate 1999 pro 100.000 Einwohner			Anzahl
	Gesamt Rate	Männer Rate	Frauen Rate	Gesamt Personen
Japan	25,1	36,5	14,1	31.421
Ungarn	29,2	47,1	13,0	2.979
Russland	39,4	70,6	11,9	56.934
Finnland	22,5	34,6	10,9	1.163
Belgien	19,8	29,4	10,7	2.013
Schweiz	18,1	26,5	10,1	1.296
Österreich	**18,3**	**27,3**	**9,8**	**1.498**
Frankreich	17,5	26,1	9,4	10.286
Dänemark	14,4	20,9	8,1	763
Deutschland	13,6	20,2	7,3	11.160
Norwegen	13,1	19,5	6,8	583
Tschechien	16,1	26,0	6,7	1.649
Niederlande	9,5	13,0	6,3	1.517
Australien	13,1	21,2	5,1	2.488
Slowakei	13,5	22,6	4,9	729
Polen	15,1	25,9	4,9	5.841
Irland	11,3	18,4	4,3	424
USA	10,7	17,6	4,1	29.180
Spanien	8,1	12,4	4,0	3.218
Italien	7,1	11,1	3,4	4.115
UK	7,5	11,8	3,3	4.448
Portugal	5,1	8,5	2,0	524
Griechenland	3,6	5,7	1,6	381

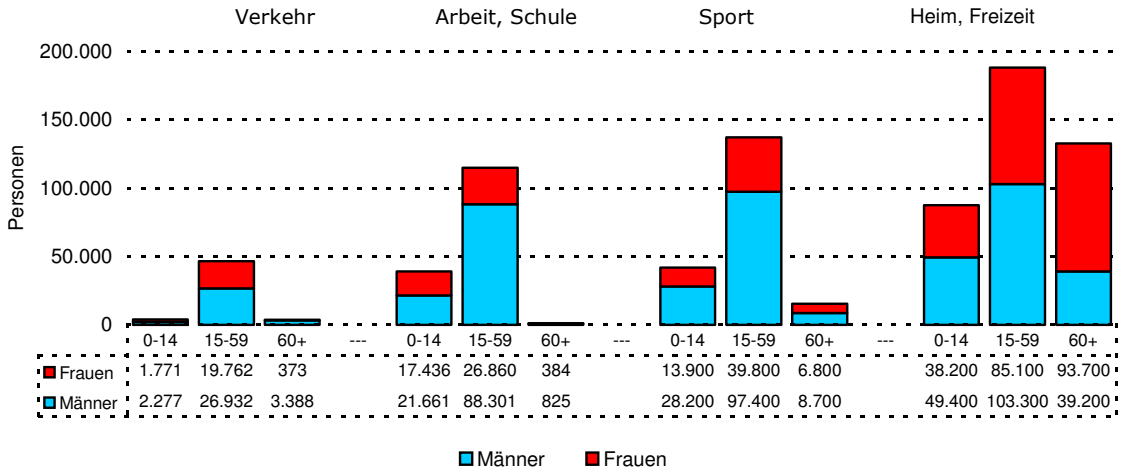
Quelle: www.who.int/mental_health/prevention/suicides/suiciderates/en/print.hml; Stand Juni 2004

2.9 Verletzungen und Unfälle

Querverweis: Kapitel 3.7.3. Unfallhäufigkeit und Stürze im Alter

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).

Abbildung 2-22. Unfälle nach Lebensbereichen, Geschlecht und Alter (2002)

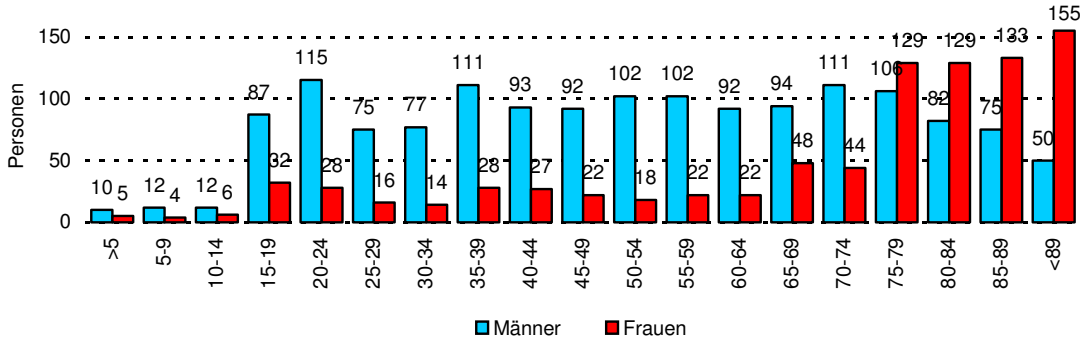


Quelle: Institut Sicher Leben (2002), S.16

Unfälle mit tödlichem Ausgang

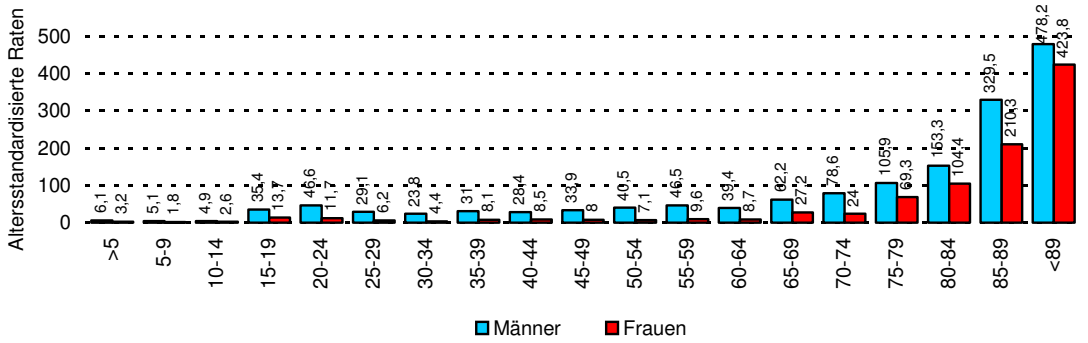
Unfälle mit tödlichem Ausgang betreffen zwar in Summe Männer häufiger als Frauen: Von den 2.283 tödlichen Unfällen des Jahres 2002 betrafen zwei Drittel Männer. Auch die altersstandardisierten Raten signalisieren eine stärkere Betroffenheit der Männer: Sie sind in allen Altersgruppen bei den Männern höher als bei den Frauen (Abbildung 2-27). Dennoch sind in den höheren Altergruppen (etwa ab 75 Jahren), aufgrund ihrer stärkeren zahlenmäßigen Repräsentanz in absoluten Zahlen mehr Frauen als Männer von Unfällen mit tödlichem Ausgang betroffen (Abbildung 2-26). In jedem Fall stellt die Gruppe der 75-Jährigen und Älteren eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen der Unfallprävention dar, wobei Frauen in dieser Altersgruppe bei weitem überwiegen.

Abbildung 2-23. Tödliche Unfälle (ICD-10 V01-X59) nach Geschlecht und Alter (2002), Absolutzahlen



Quelle: Statistik Austria, 2002, Tab.2.21

Abbildung 2-24. Tödliche Unfälle (ICD-10 V01-X59) nach Geschlecht und Alter (2002), ASR*



Quelle: Statistik Austria, 2002, Tab.2.21; *ASR = Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 Einwohner/innen des gleichen Geschlechts (Standardbevölkerung=WHO Weltstandardbevölkerung)

2.10 Zahnstatus bei Erwachsenen in Österreich

Der Zusammenhang zwischen dem Zahnstatus und verschiedenen sozialen Faktoren – neben dem Geschlecht vor allem die soziökonomische Lage -, ist eine gut dokumentierte Tatsache (z.B. Mielck, 2000). Während das Thema Zahngesundheit bislang in Österreich eher wenig beachtet wurde, wurde in den letzten Jahren der *Dental Public Health* (*öffentliche Zahngesundheit*) im europäischen Raum vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt (siehe 5. Beiheft *Dental Public Health* zur *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften,* 2003).
Eine Erhebung des Zahnstatus bei Österreicher/innen durch das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG, 2001) erfasste klinische Daten, Mundhygienegewohnheiten und Zahnärzt/innenbesuche, sowie soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, berufliche Stellung, Einkommen, etc.). Insgesamt wurden 339 Personen im Alter von 35 bis 44 Jahren (179 Frauen und 160 Männer) und 300 Personen im Alter von 65 bis 77 Jahren (151 Frauen und 149 Männer) in die Erhebung einbezogen. Die Ergebnisse wurden mit jenen der WHO-Datenbank und der dritten deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III) verglichen. Der aus vielen Studien zur Zahngesundheit bekannte

Zusammenhang zwischen Karies-Prävalenz und sozialem Status bestätigte sich auch in der ÖBIG-Studie: Je höher die soziale Stellung, desto geringer ist die Zahl der durch Karies geschädigten Zähne bzw. Zahnflächen. Im europäischen Vergleich liegt Österreich hinsichtlich der Karies-Prävalenz mit einem DMFT-Wert von rund 15 im Mittelfeld (DMFT = Decayed, Missing, Filled Teeth = befallene Zähne, fehlende Zähne, Zähne mit Füllungen). Die DMFT-Werte reichen von 9,4 (Italien 1995) bis 19 (Lettland 1993). Wie schon in der deutschen Mundgesundheitsstudie DMSIII festgestellt wurde, weisen Frauen mehr durch Karies geschädigte Zähne/Flächen, aber weniger aktiv kariöse Zähne/Flächen auf als Männer.

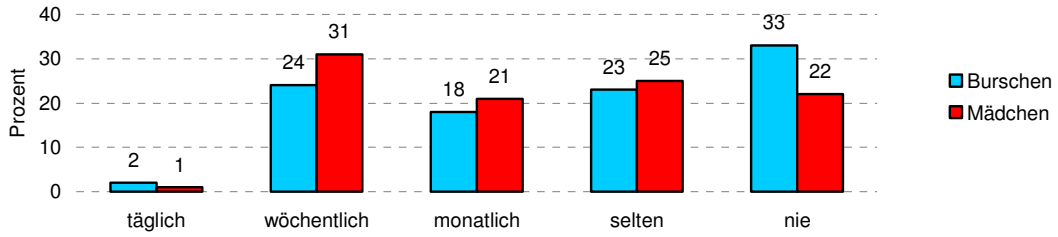
3. Gesundheit von Frauen und Mädchen in unterschiedlichen Lebensphasen

3.1 Mädchen und junge Frauen: Lebensstile und Körperbewusstsein

3.1.1 Alkoholkonsum bei Mädchen

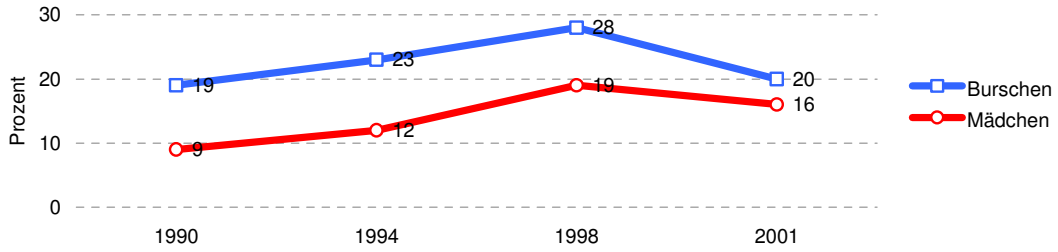
In den 1990er Jahren ist es in Österreich zu einem Anstieg des Alkoholkonsums bei 15-Jährigen gekommen, der seit 2001 jedoch rückläufig ist. Im Jahr 2001 berichten 16 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Burschen, schon vier Mal oder öfters so viel Alkohol getrunken zu haben, dass sie *richtig betrunken* 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 alkoholhältigen 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 nach Geschlecht (2002)



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

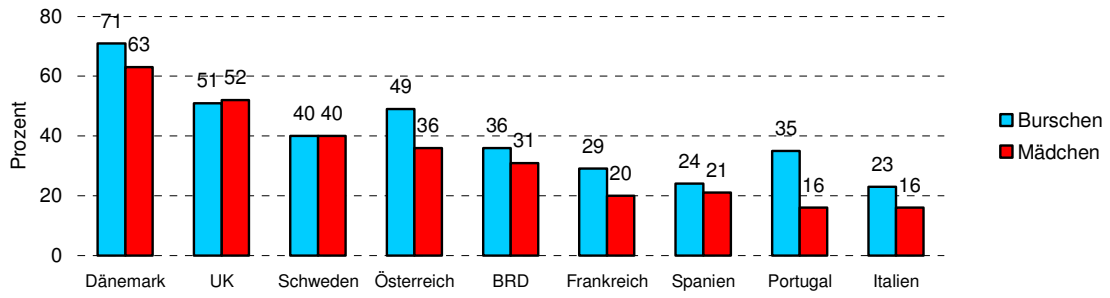
Abbildung 3-2. Anteil 15-Jähriger, die vier Mal oder öfter *richtig betrunken* waren nach Geschlecht (2002)



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).

Abbildung 3-3. Anteil 15-Jähriger, die zwei Mal oder öfter betrunken waren im EU-Vergleich nach Geschlecht (1999)

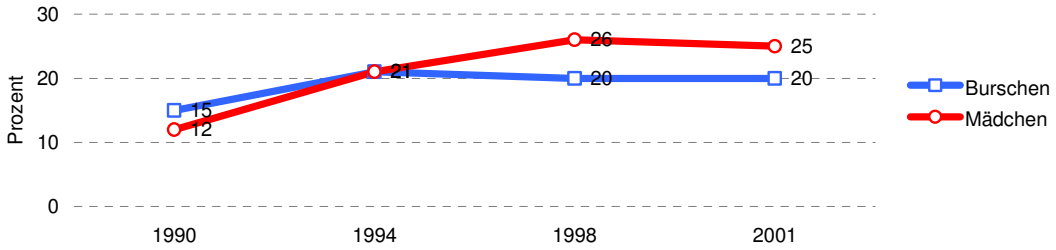


Quelle: Currie et al., 2000

3.1.2 Rauchen bei Mädchen

Während im europäischen Raum eher ein Trend des Rückgangs der Raucher/innen bei den Erwachsenen zu beobachten war, hat der Anteil der jugendlichen Raucher/innen 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-Schüler/innenbefragung der WHO).

Abbildung 3-4. Anteil täglich rauchender 15-Jähriger nach Geschlecht (1990-2001)



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

3.1.3 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 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 Belastung (adipöse und übergewichtige Eltern), Migrationshintergrund und niedriger sozioökonomischer Status. Auch Bewegungsmangel, Ernährungsfehler und psychosoziale Belastungen, zum Beispiel veränderte Familienverhältnisse, spielen eine Rolle. Die möglichst frühzeitigen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen sollten daher unter Einbindung ihrer Familien erfolgen (Wabitsch 2004).

3.1.4 Essstörungen

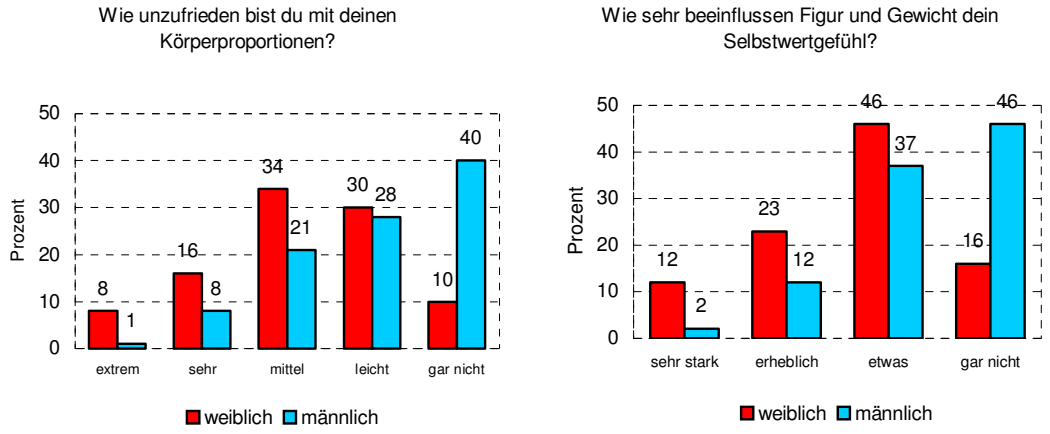
Die unter dem Begriff *Essstörungen* zusammengefassten Erkrankungen Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) betreffen zum überwiegenden Teil Frauen, Adipositas (Esssucht) tritt auch bei Männern häufig auf. Es entsteht der Eindruck, dass Essstörungen in den letzten vier bis 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 Krankheit, unter der eine große Anzahl von Fotomodellen, Balletteusen und Spitzensportler/innen leiden, hat 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. Die britische Feministin Susie Orbach, die in den 1970er Jahren durch ihre Anti-Diät-Bücher bekannt wurde (*Fat is a Feminist Issue*, 1978; *Hunger Strike*, 1986), warnt vor einer Pathologisierung des weiblichen Essverhaltens und sieht Essstörungen als ein soziales Phänomen, das sozialer Lösungen bedarf (Orbach, 2002).

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. Dass das Thema Essstörungen boomt, zeigt bereits ein kurzer Blick ins Internet.

3.1.4.1 Extremes Essverhalten als Vorstufe von Essstörungen

Die Idealisierung anorektischer Körperformen in den Medien hat bei vielen jungen Mädchen Vorbildwirkung und führt zu starkem Schlankheitsstreben 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 Schüler/innen (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.

Abbildung 3-5. Körperbewusstsein, Selbstwertgefühl bei 14- bis 17-Jährigen nach Geschlecht (2002)



Quelle: de Zwaan, Baldaszti und Wimmer-Puchinger, 2001; N=1.609 (1.024 Mädchen, 585 Burschen); Alter 14 bis 17 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 Entwässerungs- und Abführmitteln sind häufig: 31 Prozent der Mädchen berichteten von Essanfällen, wobei bei 19 Prozent Kontrollverlust hinzukam; 13 Prozent der Mädchen haben bereits absichtlich erbrochen, um Gewicht zu reduzieren und 6 Prozent haben Abführmittel zum Abnehmen verwendet.

Im Rahmen dieser Studie wurde auch ein Fragebogen verwendet, der in der Psychodiagnostik der Essstörungen eingesetzt wird, das EDI (Eating Disorder Inventory). Die Ergebnisse dieses psychodiagnostischen Messinventars erlauben zwar keine genauen Angaben zur Häufigkeit von Essstörungen, vorsichtigen Schätzungen zufolge jedoch erfüllen 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).

3.1.4.2 Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen

In Österreich gibt es keine epidemiologischen Studien zur Häufigkeit von Essstörungen, man kann daher nur auf ausländische Studien zurückgreifen. Sowohl die Anorexia nervosa als auch die Bulimia nervosa betreffen überwiegend Mädchen und Frauen (90 bis 95 Prozent). Beide Erkrankungen beginnen im Alter von durchschnittlich 17 Jahren, wobei bei der Anorexie bereits mit 14 Jahren ein Erkrankungsgipfel zu beobachten ist. 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. Anorexie ist eine der Erkrankungen der Pubertät mit der höchsten Mortalität. 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 Unterschicht zu Oberschicht sechs zu eins beträgt.

Tabelle 3-1. Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen

	Anorexia nervosa	**Bulimia nervosa**	**Adipositas**
Lebenszeit-Prävalenz	Frauen: ca. 0,5-1% Männer: ca. 0,05%	Frauen: ca. 0,5-3% Männer: ca. 0,2%	Frauen: ca. 9-25% Männer: ca. 10-16%
Frauenanteil	90-95%	ca. 90%	häufiger bei Frauen
Erst-manifestation, Altersgipfel	meist in der Adoleszenz; selten vor der Pubertät / nach dem 40. Lj.; Altersgipfel: 14 und 18 Jahre	meist in der Adoleszenz, selten vor der Pubertät oder nach dem 40. Lj.; Altersgipfel: 18 Jahre	Altersgipfel zwischen dem 40. und 65. Lebensjahr
Prognose	mit 5-20% hohe Mortalität; bei etwa 60- 70% langfristig günstiger Verlauf	niedrige Mortalität; bei etwa 70-80% langfristig günstiger Verlauf	niedrige Mortalität; bei etwa 70-80% langfristig günstiger Verlauf
Sterblichkeit	10-Jahres-Letalität von 5,6%; standardisierte Mortalitätsrate nach 6-12 Jahren: 9,6 nach 20-40 Jahren: 3,7%*	standardisierte Mortalitätsrate nach 5-11 Jahren: 1,5-7,4%*	aufgrund zahlreicher möglicher Begleit- und Folgeerkrankungen schwer einzuschätzen
Komorbidität	zwanghafte, perfektionistische Persönlichkeitszüge	Lebenszeitprävalenz von Depressionen: 75%; Alkohol- und Drogenmissbrauch	
Soziale Faktoren	kaum Stadt-Land-Unterschiede; häufiger in höheren sozialen Schichten	häufiger in Großstädten und urbanisierten Gebieten; eher in der Mittelschicht	Unter-:Oberschicht = 6:1

Quelle: Franke, 2001; S. 358 (erweitert); *de Zwaan und Schüssler, 2000

Box 3-1. Diagnosekriterien der Anorexia nervosa

Diagnosekriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10 (F50.0)

A. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 Prozent unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Body Mass Index (BMI) von 17,5 kg/m² oder weniger. Bei Patient/innen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.

B. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: a. Vermeidung von kalorienreichen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten: b. selbst herbeigeführtes Erbrechen; selbst herbeigeführtes Abführen; c. übertriebene körperliche Aktivitäten; d. Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.

C. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden besteht als eine tief verwurzelte, überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.

D. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionstherapie zur Kontrazeption dar. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderung des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störung der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.

E. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Wachstumsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe bei Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

Diagnosekriterien der Bulimia nervosa nach ICD-10 (F50.2)

A. Andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.

B. Versuche, dem dick machenden Effekt der Nahrung entgegenzusteuern durch: selbst induziertes Erbrechen; Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden; Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten, Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetiker/innen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.

C. Krankhafte Furcht davor, dick zu werden; subjektives Setzen einer scharf definierten Gewichtsgrenze, die weit unter dem als optimalen oder „gesund" betrachteten Körpergewicht liegt.

D. Häufig in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode der Anorexia nervosa oder atypische Anorexia nervosa.

Forschungskriterien für die „Binge-Eating"-Störung nach DSM-IV

Wiederholte Episoden von „Essanfällen", die durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert sind:

1. Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum, die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.

2. Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während dieser Periode (z.B. eine Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).

Die Episoden von *Essanfällen* treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf: wesentlich schneller essen als normal; essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl; essen einer großen Nahrungsmenge, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt; alleine essen aus Verlegenheit über die große Menge, die man isst; Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen; es besteht deutliches Leiden wegen der Essanfälle; die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen in der Woche während mindestens sechs Monaten auf; die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher und treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

3.1.4.3 Datenlage und amtliche Gesundheitsstatistiken zu Essstörungen

Die in Österreich im Bereich der Essstörungen vorhandenen Gesundheitsstatistiken sind auf die Zahlen zu den stationären Spitalsaufenthalten beschränkt. Informationen aus dem niedergelassenen Versorgungsbereich liegen nicht vor. Derzeit gibt es rund dreißig Spitalseinrichtungen, die Behandlung von Essstörungen anbieten: es handelt sich dabei

vor allem und psychosomatische Abteilungen und um Einrichtungen der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie.
Bei den stationären Spitalsaufenthalten ist eine deutliche Zunahme der Aufenthalte aufgrund von Essstörungen seit Ende der 1980er Jahre zu verzeichnen: Im Jahr 1998 gab es 269 Aufenthalte (89 Prozent der Aufenthalte betrafen Frauen), Jahr 2000 waren es 1.471 Spitalsaufenthalte, also mehr als das Fünffache der Anzahl von 1998 (95 Prozent Frauen).

Tabelle 3-2. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Anorexie/Bulimie nach Geschlecht (1989-2000)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Männer	30	23	28	27	23	32	27	29	52	91	68	78
Frauen	239	274	290	350	309	357	482	587	982	1.138	1.384	1.393
Gesamt	269	297	318	377	332	389	509	616	1.034	1.229	1.452	1.471

Quelle: Statistik Austria, Sonderauswertung vom 26. Mai 2004; Hinweis: von 1989 bis 2000 wurde die ICD-9 Klassifikation verwendet, daher sind in der Zeitreihe nur die Hauptdiagnosen Anorexie und Bulimie dargestellt; Hinweis: keine ambulant bzw. im niedergelassenen Bereich behandelten Patient/innen enthalten; keine Personendaten, sondern Behandlungsfälle

Der Anteil der Diagnosen Anorexia nervosa oder Atypische Anorexia nervosa an allen Spitalsaufenthalten, die aufgrund einer Essstörung erforderlich waren, beträgt im Jahr 2001 bei Frauen 60 Prozent und bei Männern 35 Prozent; Bulimie und atypische Bulimie nehmen bei Frauen 28 Prozent, bei Männern 4 Prozent aller Spitalsaufenthalte ein; das heißt alle sonstigen Essstörungen sind bei den Spitalsaufenthalten von Frauen mit 12 Prozent, bei denen von Männern mit 61 Prozent vertreten. Es ist also ein deutliches Überwiegen der Anorexie im Bereich der stationären Aufenthalte von Frauen zu erkennen.

Tabelle 3-3. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Essstörungen nach Geschlecht (2001)

ICD-10	Berichtsjahr 2001	Männer	Frauen	Gesamt
F50.0	Anorexia nervosa	51	870	921
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	5	184	189
F50.2	Bulimia nervosa	6	454	460
F50.3	Atypische Bulimia nervosa	0	38	38
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen	8	4	12
F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen	24	45	69
F50.8	Sonstige Essstörungen	19	46	65
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	46	114	160
	Essstörungen insgesamt	**159**	**1.755**	**1.914**

Quelle: Statistik Austria, Sonderauswertung vom 26. Mai 2004; Hinweis: keine ambulant bzw. im niedergelassenen Bereich behandelten Patient/innen enthalten; keine Personendaten, sondern Behandlungsfälle

Eine Vergleich zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Häufigkeit der stationären Spitalsaufenthalte aufgrund von Essstörungen zeigt die häufigsten Aufenthalte für Wien, diese sind aber nicht wesentlich mehr als in Oberösterreich (331 in Wien, 295 in Oberösterreich); Steiermark und Tirol haben annähernd gleich viele Aufenthalte zu verzeichnen (249 bzw. 247).

Tabelle 3-4. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Essstörungen nach Geschlecht und Bundesländern (2001)

2001	Anorexia nervosa			Atypische Anorexia nervosa			Bulimia nervosa			Atypische Bulimia nervosa			G
ICD-10	F50.0			F50.1			F50.2			F50.3			
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	1.608
BGLD	3	25	28	0	4	4	1	5	6	0	0	0	38
KTN	3	49	52	2	9	11	0	38	38	0	0	0	101
NÖ	8	125	133	0	25	25	0	24	24	0	9	9	191
OÖ	4	161	165	1	23	24	1	101	102	0	4	4	295
SZBG	11	49	60	1	14	15	0	31	31	0	5	5	111
STMK	3	139	142	1	14	15	2	82	84	0	8	8	249
Tirol	0	152	152	0	19	19	0	72	72	0	4	4	247
VBG	0	23	23	0	1	1	0	20	20	0	1	1	45
Wien	19	147	166	0	75	75	2	81	83	0	7	7	331

Legende: M=Männer, F=Frauen, G=Gesamt; Quelle: Statistik Austria, Sonderauswertung vom 26. Mai 2004; Hinweis: keine ambulant bzw. im niedergelassenen Bereich behandelten Patient/innen enthalten; keine Personendaten, sondern Behandlungsfälle

3.1.4.4 Prävention von Essstörungen

Die Erfahrungen der vergangenen drei Jahrzehnte seit es Programme zur Prävention von Essstörungen gibt, haben gezeigt, dass es nur von kurzfristig Wirkung ist, wenn rein kognitive, aufklärende Präventionsbotschaften vermittelt werden; es sollten auch keine emotional abschreckenden Aussagen transportieren werden, da dadurch entgegen die Programmintention sogar eine Zunahme im Risikoverhalten erzielt wird. Langfristige und nachhaltige Prävention setzt bei der Förderung und Erhaltung der psychischen Gesundheit und Stabilität von Kindern und Jugendlichen an und bezieht sich auf ein prinzipiell ganzheitliches Menschenbild. Auch das Einbeziehen möglichst vieler Ebenen des Umfelds ist wichtig: Eltern, Familie, Lehrer/innen und nicht zu vergessen die Medien müssen mit beteiligt sein. Die **Förderung der Lebenskompetenz** ist als effektive Methode der Gesundheitsförderung seit langem anerkannt und wird vor allem im Suchtbereich eingesetzt. Lebenskompetenz umfasst zehn Fähigkeiten: lebenskompetent ist, wer sich selber kennt, empathisch ist, kommunizieren kann, beziehungsfähig ist, kritisch und kreativ denkt, Entscheidungen fällen und Probleme lösen kann sowie Gefühle zulassen und Stress bewältigen kann.

Allgemeine Lebenskompetenzen zur Förderung seelischer Gesundheit (nach WHO 1994)	**Lebenskompetenzen, die von besonderer Bedeutung für die Prävention von Essstörungen sind**
– Kommunikationsfähigkeit – Fähigkeit, tragfähige zwischenmenschlicher Beziehungen einzugehen, Gemeinschaftsfähigkeit – Erkennen und Äußern von Bedürfnissen und Gefühlen – kritisches Denken – Realistische Entscheidungsfindung – Handlungsfähigkeit und -kompetenz – Selbstbehauptung – realistische Selbstwahrnehmung – Widerstand gegen Gruppendruck – Frustrationstoleranz und Stressbewältigung	– die normale Entwicklung des Körpergewichts während der Pubertät kennen – Medienbotschaften kritisch hinterfragen – Rollenvielfalt für beide Geschlechter erkennen und eine gesunde Geschlechtsidentität entwickeln – die Risiken von Diäten kennen – unterschiedliche Essstile kennen – Motivation für gesundes Essverhalten und aktiven Lebensstil, Freude an Bewegung und Entspannung – stabiles Selbstwertgefühl und Ich-Stärke – ein positives Körpergefühl und die Akzeptanz der Verschiedenheit von Körperformen und Erscheinungsbildern – Erlernen von Konfliktwahrnehmung, Konfliktlösung

Quelle: Fachstelle Prävention des Vereins für Erziehungshilfe (www.fachstelle-praevention.de)

Präventionsaufgaben für Familie, Schulen und Medien

Die **Familie** kann entscheidend mithelfen, um einen gesunden und genussvollen Umgang mit dem Thema Essen zu erreichen. Hilfreich dabei ist sicher die Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten und dass Kinder und Jugendliche ihrem Alter angemessen in die tägliche Versorgung mit einbezogen werden bzw. ihre jeweiligen Vorlieben respektiert werden. Eine wichtige Rolle spielen die Eltern in der Vorbereitung der Jugendlichen auf die körperlichen und psychischen Veränderungen in der Pubertät und in der Begleitung dieses Entwicklungsprozesses.

Die Präventionsaufgaben der **Schule** liegen in erster Linie darin, dass die Schule als gesamtes eine kontinuierliche und nachhaltige gesundheitsfördernde Haltung einnimmt und um primärpräventive Maßnahmen bemüht ist. Die Vermittlung von Präventionsmaßnahmen sollte angepasst an die jeweiligen Jahrgangsstufen im Lehrplan fix verankert sein. Als effektiv haben sich fächerübergreifende Schulprojekte erwiesen, die eine Verbindung zwischen den kognitiven und emotionalen Ebenen der Präventionsbotschaften herstellen können und die Selbsterfahrung der Schüler/innen mit einbeziehen. Seitens der Lehrer/innen ist die Bereitschaft zu spezifischer Fortbildung erforderlich und des Weiteren eine Vernetzung mit psychosozialen Einrichtungen.
Die **Darstellung des menschlichen Körpers in den Medien** hat starke Auswirkungen auf das Körperbild von jungen Menschen. Folgende Punkte sind daher von den Medien einzufordern:

- Darstellung einer Vielfalt natürlicher Körperformen,
- Darstellung dicker und dünner Menschen mit gleichwertig positiven Merkmalen,

- Darstellung von Menschen, die im Rahmen eines gesunden Lebensstils ausgewogene Mahlzeiten zu sich nehmen,
- Darstellung einer gesundheitsfördernden Rollenvielfalt von Frauen und Männern,
- keine Darstellung, die Frauen als bloße Ansichtsobjekte diskriminiert,
- keine Werbung mit ausgezehrten Models,
- keine Werbung, die Essen als Weg zur Bewältigung von Stress, Frust oder Einsamkeit kommuniziert.
- keine Werbung für Diäten.

Quelle: Fachstelle für Prävention, www.fachstelle-praevention.de

3.2 Mädchen und junge Frauen: erste Liebe und Sexualität

3.2.1 Pubertät, erste Regeblutung und erster Geschlechtsverkehr

In der Zeit der Pubertät und der Adoleszenz finden neben massiven körperlichen Veränderungen einschneidende psychosoziale Veränderungen 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, wobei zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterschieden wird (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 derzeit bei 12,2 Jahren, das ist drei Jahre früher als noch vor hundert Jahren; bei Burschen setzt die Geschlechtsreife im Durchschnitt mit 12,5 Jahren ein (Kindergesundheitsbericht, Stadt Wien 2000).

Der Ablauf der ersten sexuellen Erfahrungen wird in vielen Untersuchungen zum Sexualverhalten von Jugendlichen ähnlich beschrieben, zumindest was die Reihenfolge der ersten sexuellen Erfahrungen betrifft: "*Nach den ersten festen Verabredungen kommt es zum ersten Kuss. Auf die erste Verliebtheit folgt die erste "feste Freundschaft". Da Buben in den ersten sexuellen Partnerschaftsbeziehungen meist als erste aktiv werden, folgt auf das erste Brustpetting das erste Genitalpetting. Erst dann kommt es zum ersten Geschlechtsverkehr. Oral-genitale Praktiken werden erst nach dem ersten Koitus ausgeübt*" (Nöstlinger und Wimmer-Puchinger, 1994).

Zusammenfassend lassen sich die heterosexuelle Entwicklungsstufen bei Jugendlichen folgendermaßen darstellen: Jedes zweite Mädchen und jeder zweite Junge …

- … hat sich *mit 13 Jahren* schon einmal verabredet.
- … hat *mit 14 Jahren* schon einmal eine/n Partner/in geküsst.
- … war *mit 15 Jahren* schon einmal fest befreundet, verliebt und hat Brustpetting gemacht.
- … hat *mit 16 Jahren* schon einmal Genitalpetting gemacht.
- … hat *mit 17 Jahren* schon den ersten Koitus erlebt.

Das durchschnittliche Alter der ersten Koituserfahrung hat sich zwischen 1963 und 1973 bei Jugendlichen um etwa vier Jahre vom 21. auf das 17. Lebensjahr verlagert. Seither hat sich das durchschnittliche Alter beim ersten Geschlechtsverkehr stabilisiert und liegt noch immer bei etwa 16 bis 17 Jahren (Schmidt, 1993; 1996).

Die Gefühlslage der Jugendlichen bei der Entscheidung zum ersten Geschlechtsverkehr ist geschlechtsspezifisch unterschiedlich: Mädchen geben an, es an erster Stelle aus Liebe

und an zweiter Stelle aus Neugier getan zu haben; Burschen geben an, es an erster Stelle aus sexuellem Verlangen und an zweiter Stelle aus Neugier getan zu haben.

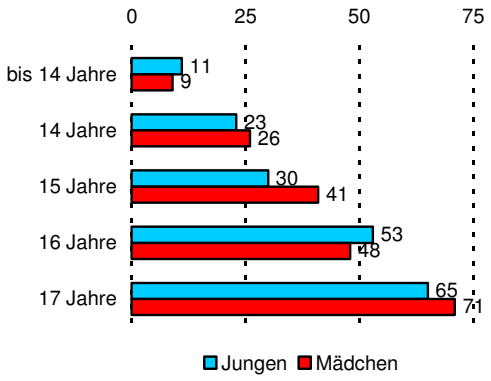
3.2.2 Das Erste Mal: Sexualität und Kontrazeption von Jugendlichen

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 im Überblick:

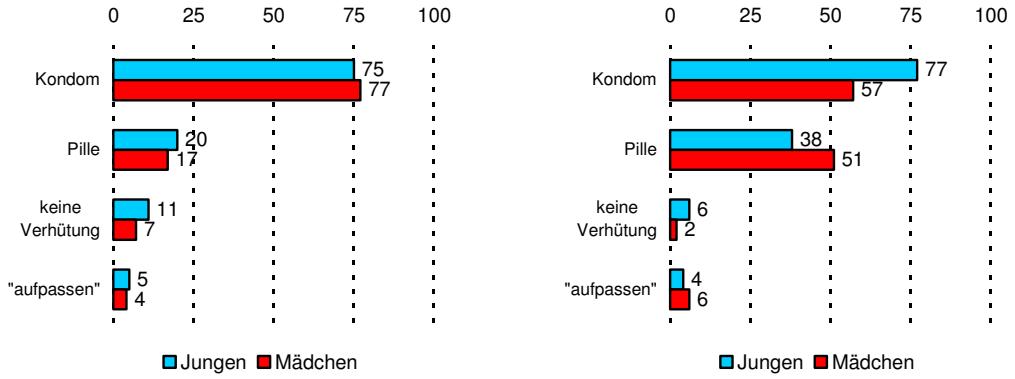
- Kondom und Pille sind allen Jugendlichen bekannt.
- Im Alter von 16 Jahren haben 48 Prozent der Mädchen und 53 Prozent der Burschen die Erfahrung ihres *erstes Mals* bereits gemacht (Abbildung 3-6).
- Beim *ersten Mal* verhüten ca. 75 Prozent der Jugendlichen mit Kondom, 20 Prozent mit der Pille (Abbildung 3-7).
- Bei weiteren sexuellen Kontakten nehmen die Häufigkeit der Verwendung von Kondomen ab und die Häufigkeit der Verhütung mittels Pille zu (Abbildung 3-7).
- 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 Rangreihung der Informationsquellen eher weiter unten.
- Medien sind sehr wichtig, wobei Mädchen eher Zeitschriften etc. bevorzugen, hingegen gaben 40 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.

Abbildung 3-6. Koituserfahrung bei Jugendlichen nach Geschlecht und Alter (2001), in Prozent



Quelle: ÖGF/Weidinger et al. (2001)

Abbildung 3-7. Verhütungsverhalten beim *Ersten Mal* / nach dem *Ersten Mal* nach Geschlecht (2001), in Prozent



Quelle: ÖGF/Weidinger et al. (2001)

Die Autor/innen interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, dass man mit ziemlicher Sicherheit davon ausgehen könne, dass sich in Bezug auf das Alter beim *Ersten Mal* in den letzten zehn Jahren keine Änderung ergeben hat. Sie finden auch andere Argumente gegen Klischeevorstellungen der unverantwortlichen Jugendlichen: 62 Prozent aller Jugendlichen sprechen vor ihrem ersten Geschlechtsverkehr über Verhütung, fast alle verwenden beim ersten Mal ein Kondom oder die Pille und zeigen damit ein hohes Verantwortungsbewusstsein in Bezug auf Kontrazeption. Auch das Bedürfnis nach fixen Zweierbeziehungen widerspricht der Annahme einer hohen Promiskuität Jugendlicher. Eine treue Beziehung ist für Mädchen wie Jungen nach wie vor wichtig.

3.2.3 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 es 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 im 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 eine *niedrige*, aber keineswegs *sehr niedrige* Geburtenrate aus (Allan Guttmacher Institute; Singh und Darroch, 1995; Tabelle 2-71).

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).

Folgende Gründe werden von Teenagern für eine unsichere bzw. unregelmäßige Verhütung angeführt – und geben zugleich einen Eindruck über die Komplexität der Determinanten eines gelungenen bzw. misslungenen Verhütungsverhaltens (Ostenhoff, 1999):

- ungeplanter und überraschender Geschlechtsverkehr (unzureichende oder keine Planungsstrategie, Nichtverfügbarkeit von Verhütungsmitteln);

- Hoffnung oder Erwartung, dass nicht gleich beim ersten Mal etwas passiert (Wissensdefizite, Sorglosigkeit);
- unsicherer Umgang mit Verhütungsmitteln (Mangel an Handlungskompetenz und damit verbundene Ängste und Hemmungen);
- auf Verhütung vergessen (situativer Lustaspekt, Spontaneität – zum Teil unter Alkoholeinfluss, Abwehr- und Rationalisierungsaspekt);
- Hoffnung oder Erwartung, dass der Partner aufpasst oder für die Verhütung sorgt (Entlastungs-, Delegierungsaspekt);
- Schwangerschaftsrisiko wird mehr oder minder in Kauf genommen (Autonomiebestrebungen, Loslösungsversuche von der Familie, alterstypischer Egozentrismus);
- Mädchen können mit ihrem Partner nicht über Verhütung sprechen (intimer Kommunikationsaspekt);
- Verheimlichung der sexuellen Aktivität vor den Eltern (Verbergungsaspekt);
- Verhütung wird als Störfaktor oder Entwürdigung spontaner intimer Begegnungen angesehen (romantisches Liebesideal);
- Furcht vor Nebenwirkungen der Kontrazeptiva (Gesundheitsaspekt);
- Furcht vor Frauenärzt/innenbesuch (präventiver Vermeidungsaspekt).

Tabelle 3-5. Geburten bei 12- bis 14-jährigen und 15-bis 19-jährigen Müttern (1991-2004)

Jahr	**Lebendgeburten gesamt**	**Mutter unter 15 Jahren**		**Mutter 15 bis 19 Jahre**		**Anzahl**	**Geburtenrate**
	n	n	je 10.000 Geburten	n	je 10.000 Geburten	15-19-jähriger Frauen	je 1.000 15-19-jähriger Frauen
1991	94.629	23	2,4	5.573	589	244.168	22,82
1992	95.302	20	2,1	5.468	574	236.804	23,09
1993	95.227	17	1,8	5.174	543	231.047	22,39
1994	92.415	21	2,2	4.271	462	225.864	18,91
1995	88.669	18	2,0	3.876	437	223.044	17,38
1996	88.809	11	1,2	3.496	394	224.509	15,57
1997	84.045	14	1,7	3.353	399	228.648	14,66
1998	81.233	14	1,7	3.261	401	232.667	14,02
1999	78.138	11	1,4	3.094	396	235.916	13,11
2000	78.268	6	0,8	3.261	417	237.334	13,74
2001	75.458	9	1,2	3.245	430	236.086	13,74
2002	78.399	12	1,5	3.244	414	234.261	13,85

Quelle: Statistik Austria 2004; S. 35

Tabelle 3-6. Geburtenraten bei 15- bis 19-jährigen Müttern im internationalen Vergleich (1995)

R	**sehr niedrig: unter 10**	**GR**	**R**	**niedrig: 10 – 19,9**	**GR**	**R**	**moderat: 20 – 34,9**	**GR**	**R**	**hoch: 35 – 49,9**	**GR**	**R**	**sehr hoch: über 50**	**GR**
1	Japan	3,9	11	Frankreich	10,0	21	Tschechien	20,1	35	Littauen	36,7	42	Georgien	53,0
2	Schweiz	5,7	12	Norwegen	13,5	22	Portugal	20,9	36	Bosnien	38,0	43	Moldavien	53,2
3	Italien	6,9	13	Deutschland	12,5	23	Polen	21,1	37	Belarus	39,0	44	Ukraine	54,3
4	Schweden	7,7	14	Griechenland	13,0	24	Island	22,1	38	Rumänien	42,0	45	USA	54,4
5	Spanien	7,8	15	Irland	15,0	25	Nordirland	23,7	39	Mazedonien	44,1	46	Armenien	56,2
6	Niederlande	8,2	16	Albanien	15,4	26	Kanada	24,2	40	Russland	45,6			
7	Dänemark	8,3	17	Österreich	15,6	27	Latvia	25,5	41	Bulgarien	49,6			
8	Belgien	9,1	18	Israel	18,0	28	Schottland	27,1						
9	Slowenien	9,3	19	Australien	19,8	29	England	28,4						
10	Finnland	9,8	20	Kroatien	19,9	30	Ungarn	29,5						
						31	Jugoslawien	32,1						
						32	Slowakei	32,3						
						33	Estland	33,4						
						34	Neuseeland	34,0						

R = Rangplatz, GR = Geburtenrate = Anzahl der Geburten bezogen auf 1.000 gleichaltrige Frauen
Quelle: Singh und Darroch, 2000; Table 2, p. 5; http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3201400.html

3.3 Frauen im reproduktiven Alter: Lebensstile und psychische Gesundheit

3.3.1 Psychische Gesundheit von Frauen

Querverweise: mehrerer Kapitel des Berichts betreffen die psychische Gesundheit von Frauen (Psychopharmaka-, Alkohol-, Drogenkonsum, postpartale Depressionen, Essstörungen, …)

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 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 so genannte 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.).

Tabelle 3-7. Burden of Disease: die zehn schwerwiegendsten Gesundheitsbelastungen (1990, 2020)

	1990	% DALY		**2020**	% DALY
1.	Infektionen der Atemwege	8,2	1.	Ischämische Herzerkrankungen	5,9
2.	Diarrhö-Erkrankungen	7,2	**2.**	**Depression**	**5,7**
3.	Perinatale Erkrankungen	6,7	3.	Autounfälle	5,1
4.	**Depression**	**3,7**	4.	Cerbebrovaskuläre	4,4
5.	Ischämische Herzerkrankungen	3,4	5.	COPD – Lungenerkrankung	4,1
6.	Cerbrovaskuläre Erkrankungen	2,8	6.	Infektionen der Atemwege	3,1
7.	Tuberkulose	2,8	7.	Tuberkulose	3,1
8.	Masern	2,6	8.	Krieg	3,0
9.	Autounfälle	2,5	9.	Diarrhö-Erkrankungen	2,7
10.	Angeborene Defizite	2,4	10.	HIV	2,8

DALY = Disability Adjusted Life Year (Anzahl verlorener Lebensjahre aufgrund von frühzeitigem Tod oder Krankheit); Quelle: Murray & Lopez, 1996; S.741

Box 3-2. Definition der psychischen Gesundheit

Definition der psychischen Gesundheit

Die WHO-Definition der psychischen Gesundheit betont die sozialen Dimension (WHO, 1981):

„Mental health is the capacity of the individual, the group and the environment to interact with one another in ways that promote subjective well-being, the optimal development and use of mental abilities (cognitive, affective and relational), the achievement of individual and collective goals consistent with justice and the attainment and preservation of conditions of fundamental equality."

Diese Definition lässt sich besonders gut auf die psychische Gesundheit von Frauen anwenden, weil sie:

- das komplexe Netzwerk von Beziehungen betont, das die psychische Gesundheit bedingt,
- hervorhebt, dass die Faktoren, die Gesundheit bestimmen auf multiplen Ebenen wirken,
- über die biologischen und individuellen Faktoren hinaus die soziale Dimension berücksichtigt,
- die Wichtigkeit von Gerechtigkeit und Gleichberechtigung für die psychische Gesundheit betont.

Eine aktuelle Definition der WHO definiert psychische Gesundheit als *„einen Zustand des Wohlbefindens, in der die Person ihre eigenen Fähigkeiten wahrnimmt, mit den alltäglichen Herausforderungen des Lebens fertig wird, produktiv und erfolgreich arbeiten kann und zu ihrer sie umgebenden Gemeinschaft beitragen kann*".

Quelle: http://www.who.int/mental_health

Psychische Gesundheit von Frauen aus der Gender-Perspektive

Dass viele psychische Erkrankungen bei Frauen häufiger sind, ist eine seit langem bekannte Tatsache: zum Beispiel kommt die Anorexie fast ausschließliche bei Frauen vor, Depressionen sind bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern und auch Angststörungen treten bei Frauen häufiger auf. In die Erklärungsansätze für diesen Geschlechtsunterschied hat im vergangenen Jahrzehnt vermehrt die Gender-Perspektive Eingang gefunden: als Auslöser für das häufigere Auftreten von psychischen Erkrankungen bei Frauen wird vor allem die gesellschaftlich tradierte Frauenrolle gesehen. Die potentiellen Faktoren reichen von einer Sozialisation zur passiven, abhängigen Frau über die Mehrfachbelastungen durch Beruf und Familie, bis zur stärkeren Betroffenheit von Frauen durch häusliche Gewalt und sexuellen Missbrauch (Riecher-Rössler und Rohde, 2001).
Auf der Basis feministischer Psychiatriekritik der 1970er Jahre haben sich in den 1990er Jahren Ansätze zu einer neuen Sichtweise der psychischen Krankheiten von Frauen entwickelt. Die neue Disziplin der *Women's Mental Health* versucht, den psychischen Zustand von Frauen in einen umfassenden und nicht pathologisierenden Rahmen zu fassen. Zentrales Anliegen ist ein Verständnis psychischer Lebenslagen von Frauen, die alle für Frauen relevanten Entstehungs- und Verlaufsfaktoren psychischer Krankheiten einbezieht, um langfristig geschlechtersensible Versorgungsangebote zu schaffen.

Der erste Weltkongress für *Women's Mental Health* fand im Jahr 2001 in Berlin statt. Die zentralen Themen des Kongresses geben einen Überblick nicht nur über die interdisziplinäre Zugangsweise (Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Psychologie, Soziologie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Endokrinologie, Onkologie, …) sondern auch über die große Bandbreite der unterschiedlichen Aspekte der psychischen Gesundheit von Frauen:

- Geschlechtsunterschiede in der Psychopathologie, Psychopharmakologie und Epidemiologie psychischer und psychosomatischer Krankheiten;
- psychische und psychosomatische Krankheiten bei Frauen in Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus, der Schwangerschaft, der Geburt und der Peri-Menopause;
- psychische Aspekte von Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation;
- psychische Erkrankungen in Zusammenhang mit Mutterschaft;
- Störungen der Mutter-Kind-Beziehung;
- sexuelle Störungen bei Frauen;
- psychologische Aspekte von Krebs bei Frauen;
- Beziehung zwischen Ovarialhormonen und neurochemischen bzw. anderen biologischen Aspekten psychischer Erkrankungen bei Frauen;
- hormonelle Behandlung psychischer Erkrankungen, die in Zusammenhang mit dem reproduktiven System stehen;
- Verhütungsmittel und deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Frauen;

- Alkohol- und Drogenmissbrauch in der gynäkologisch-geburtshilflichen Praxis;
- psychotrope Medikamente und deren Sicherheit während Schwangerschaft und Stillen;
- posttraumatischer Stress bei Frauen;
- historische Aspekte von Versorgung und Forschung zur psychischen Gesundheit von Frauen;
- psychiatrische Liaisondienste in Frauenkliniken;
- Planung spezialisierter Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit von Frauen;
- Geschlechtsunterschiede im Neuroimaging;
- psychische Aspekte bei weiblichen Flüchtlingen;
- Alter und psychische Gesundheit von Frauen;
- psychische Aspekte der häuslichen Gewalt gegen Frauen;
- psychische Aspekte des sexuellen Missbrauchs;
- kulturelle und ethnische Aspekte psychiatrischer Störungen von Frauen;
- psychische Behandlung von Frauen in Minderheiten (Migrantinnen);
- weibliche Psychiater/innen in Führungspositionen.

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 3-8. Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen nach Geschlecht

Studie	**ECA-Studie**			**Comorbidity Survey**			**Münchner Jugendstudie**			**Lübecker TACOS-Studie**		
Stichprobengröße	20.000			8.000			2.000			4.000		
Alter der Population	ab 18 Jahre			15-54 Jahre			14-21 Jahre			18-64 Jahre		
Autor/in, Publikationsjahr	Robins, 1991			Kessler, 1994			Wittchen, 1998			Meyer, 2000		
Land	5 Regionen der USA			USA			München, DEUTSCHLAND			Lübeck, DEUTSCHLAND		
	M	**F**	**SR***	**M**	**F**	**SR***	**M**	**F**	**SR***	**M**	**F**	**SR***
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**
Alkholbedingte 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**	-	-	**-**	-	-	**-**	-	-	**-**

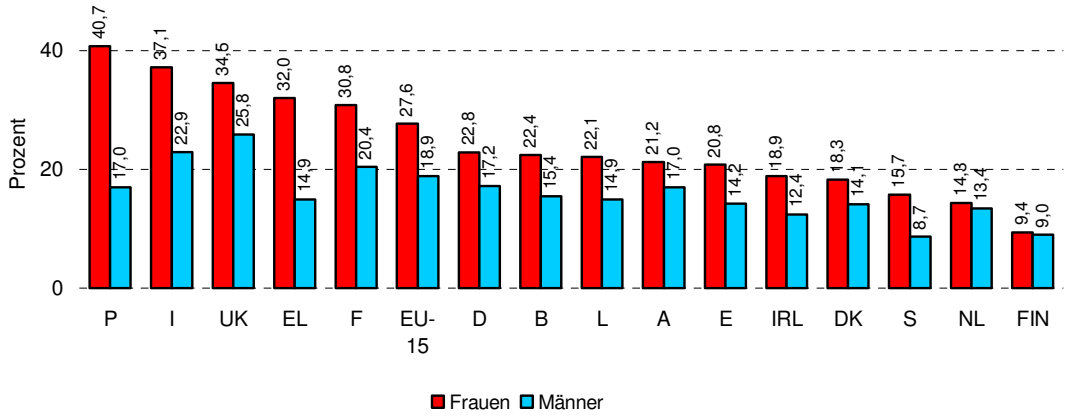
Lebenszeitprävalenz = Rate der Personen, die mindestens einmal im Verlauf des Lebens Symptome hatten;
*SR = Sex Ratio = Quotient aus den Prävalenzen von Männer und Frauen;

Quelle: Ernst 2001; S.52ff. (mehrere Tabellen zusammen gefasst)

Status der psychischen Gesundheit in Europa

Eine Befragung zur subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheit in den europäischen Ländern erfasste unter anderem die Selbsteinschätzung des negativen psychischen Befindens (sich niedergeschlagen, schlecht, ausgelaugt, müde, angespannt fühlen) und des psychischen Wohlbefindens (sich glücklich, lebendig, ruhig und friedlich fühlen). Des Weiteren wurde die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe (Allgemeinmediziner/in, Psychiater/in, Psycholog/in, Pfleger/in, Sozialarbeiter/in, …) erfragt. In allen europäischen Ländern weisen Frauen eine negativere Selbsteinschätzung der psychischen Befindlichkeit auf als Männer. In Österreich geben im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich wenige Frauen und Männer psychisches Unbehagen an (unteres Drittel); auffallend ist der im Vergleich zu anderen Ländern geringe Unterschied zwischen Frauen (21,2 Prozent) und Männern (17 Prozent) hinsichtlich des negativen psychischen Befindens (Europäische Kommission, Eurobarometer April 2003).

Abbildung 3-8. Selbsteinschätzung des negativen psychischen Befindens im europäischen Vergleich (2003)

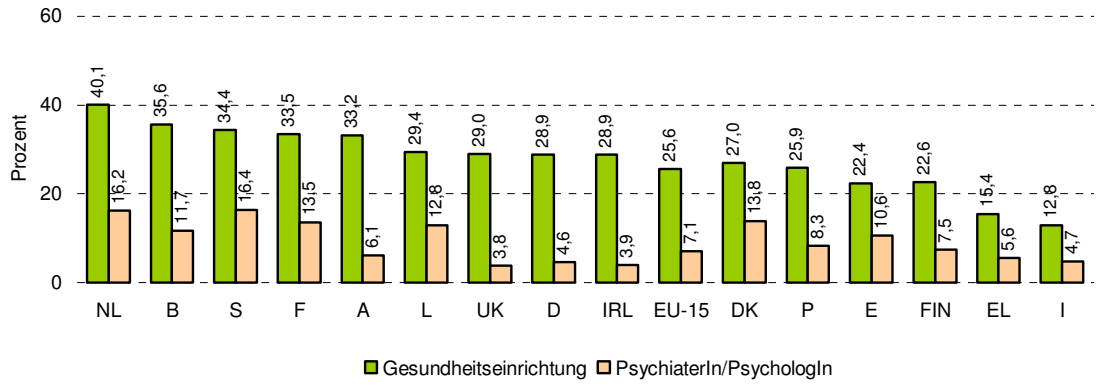


Quelle: European Commission / SANCO (2003). The Mental Health Status of the European Population, S.5
Verwendete Messinstrumente: MHI-5 und EVI (9 Items aus dem SF-36), Oslo Social Support Scale

Eine weitere Fragestellung des Eurobarometers 2003 zur psychischen Gesundheit in Europa betraf die Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung bei psychischen Problemen. Österreicher/innen nehmen im Vergleich zu Personen in anderen europäischen Ländern zur Linderung ihrer psychischen Probleme häufig Gesundheitseinrichtungen in Anspruch, aber eher selten spezialisierte Angebote wie z.B. Psychiater/innen, Psychotherapeut/innen oder Psycholog/innen. Geschlechtsunterschiede gibt es in den Antworten zur Frage nach der Inanspruchnahme einer Allgemeinmediziner/in aufgrund psychischer Problemen zu berichten: mit Ausnahme von Italien und den Niederlanden wird in allen europäischen Ländern eine Allgemeinmediziner/in häufiger von Frauen als von Männern konsultiert. Insgesamt liegt die Inanspruchnahme von österreichischen Frauen und Männern im europäischen Mittelfeld.

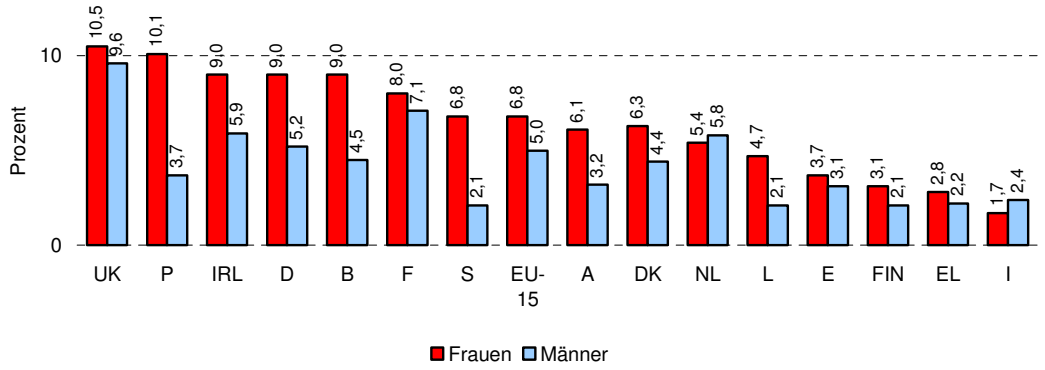
Abbildung 3-9. Inanspruchnahme professioneller Unterstützung aufgrund psychischer Probleme in den letzten zwölf Monaten im europäischen Vergleich (2003)

(nur Personen mit negativem psychischem Befinden / Selbsteinschätzung)



Quelle: European Commission / SANCO (2003). The Mental Health Status of the European Population, S.5
Verwendete Messinstrumente: MHI-5 und EVI (9 Items aus dem SF-36), Oslo Social Support Scale

Abbildung 3-10. Inanspruchnahme einer Allgemeinmediziner/in aufgrund psychischer Probleme in den letzten zwölf Monaten im europäischen Vergleich (2003)



Quelle: European Commission / SANCO (2003). The Mental Health Status of the European Population, S.5
Verwendete Messinstrumente: MHI-5 und EVI (9 Items aus dem SF-36), Oslo Social Support Scale

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_healht/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 3-9. 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

Dimensionen und Indikatoren der psychischen Gesundheit

Die Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit ist ein komplexer individueller und gesellschaftlicher Prozess, der von individuellen Erfahrungen, zwischenmenschlichen Interaktionen, persönlichen und sozialen Ressourcen und gesamtgesellschaftlichen Werten und Normen geprägt ist. Ebenso komplex und fließend sind die Kategorien für psychische Krankheit.

Das in nachfolgender Tabelle angeführte System von Dimensionen und Indikatoren der psychischen Gesundheit geht davon aus, dass es sich dabei um ein interaktionistisches Geschehen zwischen individuellem Wohlbefinden, Belastungen, Ressourcen und der Fähigkeit einer Person zur Bewältigung von Belastungen handelt. Das Indikatorensystem wurde in dem jüngst vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium vorgelegten Monitoring der psychischen Gesundheit für die Schweiz bereits praktisch erprobt (Niklowitz und Meyer, 2001; Rüesch und Manzoni, 2003; Tabelle 2-3).

Tabelle 3-10. Dimensionen und Indikatoren der psychischen Gesundheit

Dimensionen	*Bereiche*	*Indikatoren*
1. Psychische Gesundheit		
Wohlbefinden (subjektive Lebensqualität, positive psychische Gesundheit)		Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, Glücksgefühl, Lebenssinn, Kohärenzgefühl (SOC – Sense of Coherence, Antonovsky 1997)
Psychische Beschwerden und psychische Krankheit (negative psychische Gesundheit)	Leichte psychische Beschwerden (subklinisch)	Verstimmtheit, Nervosität, Depressivität, affektive und kognitive Beeinträchtigungen
	Psychische Krankheit (psychische Störungen nach ICD-10) – Diagnosen – Schweregrad – Chronizität	**Diagnosen:** Diagnosegruppen, Tracerdiagnosen. Insbesondere: Affektstörungen (F3), Demenz (F00-F03), substanzbedingte Störungen -Alkohol, Drogen (F1), Schizophrenie (F2) **Schweregrad:** Rating mit CGI in PSYREC **Chronizität:** Dauer und Anzahl der Behandlungen
Krankheitsfolgen	Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen	bei Arbeit, Beziehungen, etc.
2. Belastungen		
Sozialer Stress	– Life Events – Chronischer Stress – Daily Hassels	biografie-, krankheits- und berufsbezogen
Mangellagen – strukturelle Benachteiligung	Mangellagen in verschiedenen Lebensbereichen	Einkommen, Arbeit, Wohnen, Bildung, etc.
Umwelt	– Gewalt – Kriminalität – Immissionen	Opfer von Gewalt, Angst vor Gewalt
3. Ressourcen		
Personale Ressourcen	– subjektive Überzeugungen – Identität – Kenntnisse und Fähigkeiten	Kompetenzerwartung, Kontrollüberzeugung (Mastery), Selbstwertgefühl, Hardiness, Kohärenzgefühl (SOC), Wohlbefinden, kognitive und soziale Kompetenz
Soziale Ressourcen	– soziales Netz – soziale Unterstützung	„objektive" Vernetzung; subjektive, erhaltene und geleistete Unterstützung
Sozialer Status und Prestige		Einkommen, Arbeit, Wohnen, Bildung, etc.
4. Bewältigung und Verhalten		
Coping	– Emotional-kognitiv – Handeln	Coping-Skalen, subjektives Krankheitskonzept
Gesundheits- und Krankheitsverhalten	– Gesundheitsverhalten – Verhalten bei Beschwerden und Krankheit	Stressmanagement, Entspannung und Selbstbehandlung (inkl. Medikamente), Laiensystem-Behandlung, Professionelle Behandlung

Quelle: Niklowitz und Mayer (2001), S.13

Psychische Gesundheit im weiblichen Lebenszusammenhang

Ein Kommentar des Netzwerks der Österreichischen Frauengesundheitszentren

Psychische Erkrankungen, wie Depressionen, Angststörungen, affektive Psychosen und funktionelle Störungen werden bei Frauen häufiger diagnostiziert als bei Männern. Hinter diesen geschlechtsspezifischen Unterschieden verbergen sich jedoch sehr häufig krankmachende Lebenszusammenhänge von Frauen. Diese manifestieren sich einerseits in der Festlegung auf traditionelle Frauenrollen, andererseits in Doppel- und Mehrfachbelastungen durch Beruf, Kindererziehung, Haushalt, Partnerschaft, Pflege von Familienangehörigen. Frauen mit weniger Bildung und ungünstigen ökonomischen Voraussetzungen sind davon besonders betroffen, ebenso allein erziehende Mütter sowie Migrantinnen. Diese Überforderungen äußern sich einerseits in psychischen (Erschöpfungs-) Symptomen, anderseits besteht die Tendenz von Seiten der Medizin, die gleichen Symptome unterschiedlich zu diagnostizieren und zu therapieren: bei Männern eher somatisch, bei Frauen psychisch bzw. psychosomatisch. In weiterer Folge werden Frauen bis zu zweimal häufiger als Männer Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva und Neuroleptika, Schmerzmittel sowie Medikamente zur Gewichtsreduktion verordnet. Die zunehmende öffentliche Aufmerksamkeit für psychische Gesundheit ist eine Entwicklung in die richtige Richtung, allerdings muss darauf geachtet werden, dass strukturelle Überforderungen von Frauen nicht zu individuellen Diagnosezuschreibungen führen. Die unterschiedlichen Lebenszusammenhänge von Frauen und Männern erfordern sowohl bei medizinischer als auch psychologischer Diagnosestellung und Behandlung eine frauenspezifische Betrachtung. Damit im Zusammenhang steht die Forderung nach Übernahme der Kosten für frauenspezifische psychologische Begleitung bzw. Psychotherapie. Zentrale Prinzipien sind dabei die Förderung der Autonomie und Selbstbestimmung von Frauen, Empowerment, Ressourcenorientierung und Parteilichkeit.

3.3.2 Gewicht, Adipositas und Ernährungsverhalten

Geschlechtsunterschiede im durchschnittlichen Körpergewicht

Jeweils 9,1 Prozent der Männer als auch der Frauen in Österreich haben Adipositas, d.h. einen *Body Mass Index*[29] von 30 oder darüber. Zwei Drittel der österreichischen Frauen (66,3 Prozent), aber nur etwas mehr als ein Drittel der Männer (35,7 Prozent) sind normalgewichtig, dem entsprechend sind mehr als die Hälfte der Männer (54,2 Prozent) übergewichtig, aber nur 21,3 Prozent der Frauen (Ergebnisse des Mikrozensus 9/1999; Statistik Austria, 2002).

Tabelle 3-11. Body Mass Index nach Geschlecht (1999)

BMI - Body Mass Index (nach WHO-Definition, 2002)	**BMI (kg/m²)**	**Männer** Prozent	**Frauen** Prozent	**Gesamt** Prozent
Untergewicht	unter 18,5	0,9	3,3	2,2
Normalgewicht	18,5 - 24,9	35,7	66,3	51,7
Übergewicht	25,0 - 29,9	54,3	21,3	37,0
Adipositas Grad I	30,0 - 34,9			
Adipositas Grad II	35,0 - 39,9	9,1	9,1	9,1
Extreme Adipositas Grad III	40+			

Quelle: Statistik Austria, 2002 (Mikrozensus 9/1999); Tab. 13, Tab. 14

Der Anteil der *adipösen Frauen* im Zeitraum vom 1991 bis 1999:

- ist für Österreich insgesamt nahezu gleich geblieben (von neun auf 9,1 Prozent gestiegen),
- hat im Burgenland, in Kärnten, in der Steiermark, in Tirol und Vorarlberg zugenommen und
- in Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Wien abgenommen.

Stärkste Zunahme war in der Steiermark, stärkste Abnahme in Niederösterreich zu beobachten.

[29] Berechnung des BMI – Body Mass Index: Körpergewicht in kg : (Körpergröße in Meter x Körpergröße in Meter)

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).

Tabelle 3-12. Häufigkeit der Adipositas (Body Mass Index von 30 oder darüber) nach Geschlecht und Bundesländern (1991, 1992)

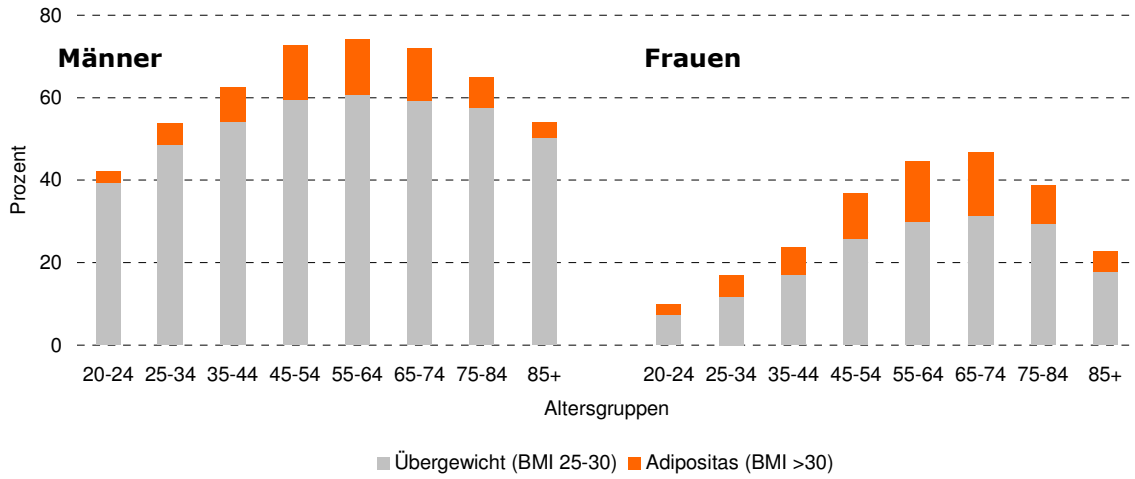
	Männer		Frauen	
	1991	1999	1991	1999
	Prozent			
Burgenland	12,5	14,4	11,3	11,9
Kärnten	7,1	7,3	6,8	8,0
Niederösterreich	10,9	10,8	12,0	10,0
Oberösterreich	9,0	10,0	10,4	9,5
Salzburg	7,5	5,4	7,4	6,9
Steiermark	5,9	10,3	7,3	10,1
Tirol	4,5	6,7	5,2	6,9
Vorarlberg	6,4	7,3	6,6	8,2
Wien	8,4	8,2	9,1	8,7
Österreich	8,3	9,1	9,0	9,1

Quelle: Statistik Austria, 2002 (Mikrozensus 9/1999); Tab.13, Tab.14; Statistik Austria, 1996 (Mikrozensus 1991)

Altersabhängigkeit von Übergewicht und Adipositas

Der Anteil übergewichtiger oder adipöser Männer und Frauen variiert zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nimmt der Anteil Übergewichtiger bis zu einem Alter von rund 65 Jahren zu, dann wieder ab (Abbildung 3-12).

Abbildung 3-11. Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht und Altersgruppen (2002)

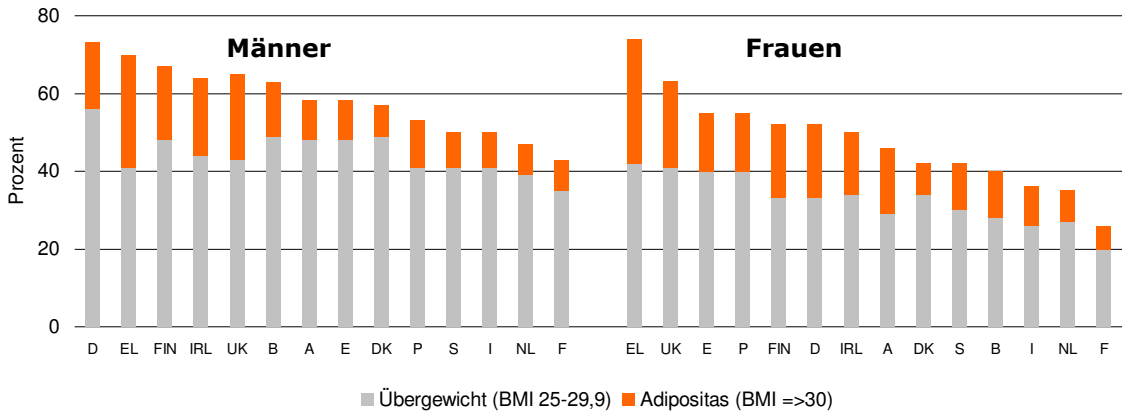


Quelle: Statistik Austria, 2002 (Mikrozensus 9/1999); Tab.13, Tab.14

Ausmaß der Adipositas im europäischen Vergleich

In den letzten Jahren sind zahlreiche internationale und europäische Berichte über den alarmierenden Anstieg der Adipositas vorgelegt worden, die für Europa konstatieren, dass 135 Millionen EU-Bürger und weitere 70 Millionen Menschen in den EU-Beitrittsländern von Adipositas betroffen seien. Laut diesen Befunden ist in manchen europäischen Ländern mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung übergewichtig und bis zu 30 Prozent der Bevölkerung adipös. Österreich liegt im Vergleich der übergewichtigen und adipösen Personen 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).

Tabelle 3-13. Übergewicht und Adipositas in den EU-15-Ländern nach Geschlecht (2002)



Quelle: International Obesity TaskForce (2002); S.6

Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas

Adipositas bringt für Frauen wie Männer zahlreiche schwere Begleit- und Folgeerkrankungen mit sich, wie z.B. Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Typ-2-Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Schlaganfall, Schlafapnoe, Hyperurikämie, Gicht, Gallenblasenerkrankungen, Risikosteigerung für Krebserkrankungen, orthopädische Komplikationen und nicht zuletzt psychosoziale Komplikationen. Das Risiko an einer Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas zu erkranken steigt mit zunehmendem *Body Mass Index* für Männer und Frauen, bei einigen der Folgeerkrankungen jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Zu den Geschlechtsunterschieden bei Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas liegen mehrere Studienergebnisse und Dokumentation vor (z.B. Framingham Heart Study[30]; Nurses Health Study[31]; Robert Koch Institut, 2003, S.15 ff).

Daten zur Ernährung in Österreich: Ernährungsberichte

Eine Gesamtbetrachtung der Ernährungslage der österreichischen Bevölkerung liegt in den bislang zwei österreichischen Ernährungsberichten des Instituts für Ernährungswissenschaften der Universität Wien aus den Jahren 1998 und 2003 vor. Im Österreichischen Ernährungsbericht 1998 wurden erstmals Ergebnisse der 1991 initiierten Österreichischen Studie zum Ernährungsstatus ÖSES (Austrian Study on Nutritional Status, ASNS) präsentiert, deren Ziel die Erfassung des Ernährungszustandes verschiedener Bevölkerungsgruppen in Österreich ist. Um die langfristige Entwicklung des Ernährungszustands beschreiben zu können und auch weiterhin international vergleichbare Daten liefern zu können, wurden für den Ernährungsbericht 2003 bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen Followup-Studien durchgeführt (drei- bis sechsjährige Vorschulkinder, Schulkinder, Lehrlinge, Erwachsene, Breitensportler, Senioren und Schwangere).

Ernährungsverhalten in Österreich

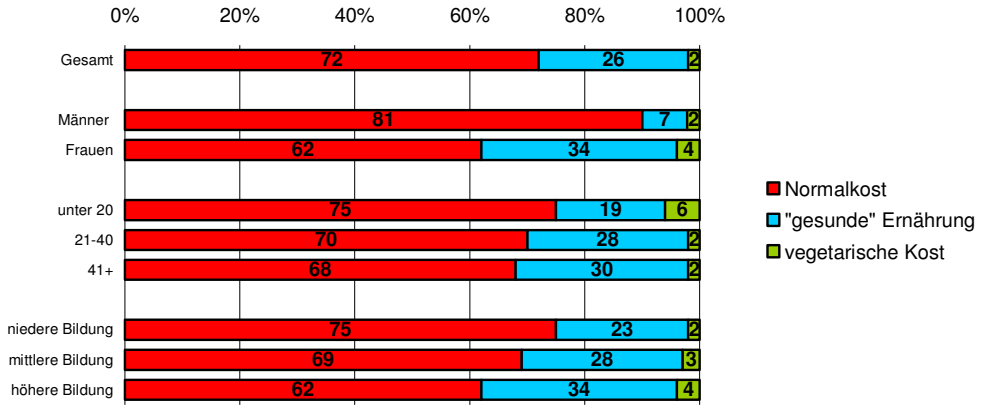
Im Rahmen des Ernährungsberichtes 1998 wurden das Ernährungswissen, die Quellen der Ernährungsinformation und das allgemeine Ernährungsverhalten Erwerbstätiger erfasst; befragt wurde eine repräsentative Stichprobe von rund 3.000 Personen, Männer und Frauen im Alter von 19 bis 65 Jahren (BMSG, 1998). Nach den Ergebnissen dieser Studie waren weniger Männer und Frauen übergewichtig und adipös als jene des Mikrozensus 9/99 (siehe weiter oben): Etwa achtzig Prozent der Frauen und sechzig Prozent der Männer sind normalgewichtig, 35 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen übergewichtig und sechs bzw. fünf Prozent adipös.

[30] http://www.nhlbi.nih.gov/about/framingham
[31] http://www.channing.harvard.edu/nhs/

Die Hauptergebnisse zum Ernährungsverhalten:
- 72 Prozent aller Befragten bevorzugen österreichische Normalkost bzw. Hausmannskost mit fast täglich Fleisch (Anteil Übergewichtiger: 33 Prozent)
- 26 Prozent der befragten Österreicher/innen geben an, dass ihre Ernährung nach Gesundheitsaspekten orientiert ist und eher wenig Fleisch, aber viel Obst, Gemüse und Vollkorn gegessen wird (Anteil Übergewichtiger: zwanzig Prozent)
- 2 Prozent der Österreicher/innen ernähren sich vegetarisch (Anteil Übergewichtiger: acht Prozent).

Der *Einfluss von Alter, Geschlecht und Bildung auf das Ernährungsverhalten* ist statistisch signifikant:
- Frauen geben signifikant häufiger an, sich gesund zu ernähren als Männer (34 versus 7 Prozent)
- Ein größerer Anteil an Personen über vierzig Jahren ernährt sich gesund als dies bei Personen unter zwanzig Jahren der Fall ist (30 vs. 19 Prozent).
- Personen mit höherer Schulbildung ernähren sich gesünder als Personen mit niedriger Schulbildung (34 vs. 23 Prozent).

Abbildung 3-12. Ernährungsverhalten nach Geschlecht, Alter und Bildung (1998)



Quelle: BMSG (1998) Ernährungsbericht 1998, S. 2.24 ff.
niedere Bildung = Pflichtschule, Lehre; mittlere Bildung = AMS, BMS, AHS, BHS; höhere Bildung = Uni, Kolleg, Akademie

3.3.3 Körperliche Aktivitäten und Sport

Frauen und Sport – diese Thematik interessiert zum einen aus dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung, wurde aber auch in den letzten Jahren im Rahmen des Gender Mainstreaming sowohl in Österreich als auch international 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 Eingang gefunden und nationale und internationale Aktivitäten wurden 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 Burschen 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.

3.3.3.1 Geschlechtsunterschiede im Sportverhalten

In Österreich liegt eine Studie im Auftrag des Instituts für Sozialmedizin der Universität Wien an 1.000 Männern und Frauen vor. 71 Prozent der Männer, aber nur 63 Prozent der Frauen betätigen sich sportlich. Innerhalb der sportlich aktiven Personen machen 26 Prozent der Männer, aber nur 13 Prozent der Frauen mehrmals pro Woche Bewegung. Beliebteste Sportarten sind Radfahren, Schwimmen, Wandern, Schilaufen, Joggen. Es konnte auch ein Einfluss des Alters, der Wohnortgröße und des Einkommens festgestellt werden: Jüngere betreiben häufiger Sport als ältere Menschen, ebenso geben Bewohner/innen von größeren Städten und Personen mit höherem Einkommen an, sich häufiger sportlich zu betätigen als Bewohner/innen kleinerer Orte bzw. mit niedrigerem Einkommen (Pratscher, 2000).

Tabelle 3-14. Sportliche Betätigung nach Geschlecht (2000)

Häufigkeit: Zahlen in Prozent	Ja, …	täglich	mehrmals pro Woche	1 Mal pro Woche	1 bis 2 Mal pro Monat	seltener	nie
Gesamt	67	5	19	16	8	19	33
Geschlecht							
Männer	71	5	26	14	7	19	29
Frauen	63	5	13	17	8	20	37
Alter							
14-29 Jahre	91	11	32	19	9	21	9
30-49 Jahre	65	2	18	17	8	19	35
50+	37	4	5	7	3	19	63

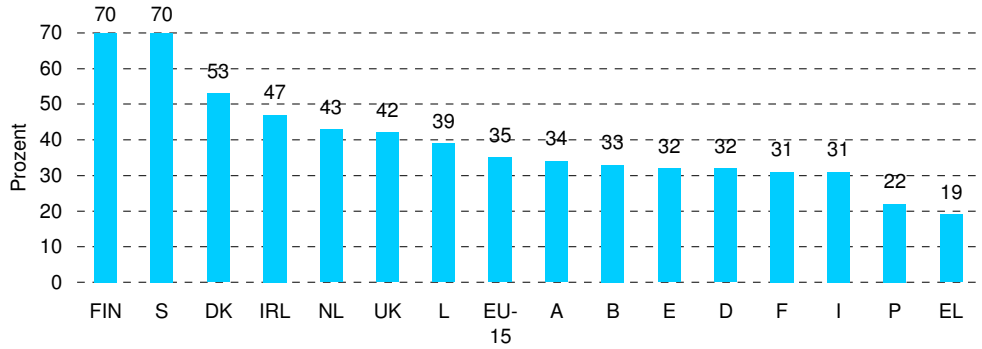
Quelle: Pratscher 2000, S.19

Sportverhalten: Österreich im Vergleich zur den EU-15-Ländern

Im europäischen Vergleich des Sportverhaltens liegt Österreich im Mittelfeld: 34 Prozent der im Rahmen eines *Eurobarometer* der Europäischen Kommission Befragten geben an, öfter als einmal pro Woche sportliche Aktivitäten auszuüben. Länder mit weniger sportlich aktiven Personen als Österreich sind Belgien, Spanien, Deutschland, Frankreich, Italien, Portugal und Griechenland. Eine Aufschlüsselung der Daten nach Geschlecht liegt nicht vor (Europäische Kommission, 2003; Abbildung 3-14).

Was den Geschlechtsunterschied im Sportverhalten betrifft, erklären in der Europäischen Union 30 Prozent der Männer vs. 16 Prozent der Frauen und 63 Prozent der Burschen vs. 37 Prozent der Mädchen (15 bis 24 Jahre), sich regelmäßig körperlich oder sportlich zu betätigen. Zudem ist ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten: Es betreiben siebzig Prozent der schwedischen Frauen eine Sportart und ebenso viele schwedische Männer, aber nur 15 Prozent der italienischen Frauen und 32 Prozent der Männer (Europäisches Parlament, 2003).

Abbildung 3-13. Anteil sportlich Aktiver (öfter als einmal pro Woche) in den EU-15-Ländern



Quelle: European Commission, 2003; Eurobarometer 197 (EU Citizens & Sport)

3.3.3.2 Frauen, Gender Mainstreaming und Sport

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 Sieger krönen. Erst 1928 wurde der Beschluss gefasst, Frauen in die Olympischen Spiele aufzunehmen. Ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung Gender Mainstremaing im Sport war die im Dezember 2000 vom Europarat beim Gipfel von Nizza verabschiedete Erklärung „über die im Rahmen gemeinsamer Politiken zu berücksichtigenden besonderen Merkmale des Sports und seine gesellschaftliche Funktion in Europa".

Das **Europäische Parlament** fasst die **Lage zur Thematik Frauen und Sport im europäischen Raum** folgendermaßen zusammen (2003; S.8):

- Sport ist ein Freiraum für Mädchen und Frauen aller Altersgruppen, ein Weg zum Erfolg und zur Emanzipation sowie bisweilen ein Mittel des Widerstands gegen soziale und kulturelle Zwänge, jedoch ist die Teilnahme von Migrantinnen, Frauen und Mädchen am Sport unterdurchschnittlich.
- Frauen betreiben trotz Aufhebung der gesetzlichen Verbote für den Zugang der Frauen zu sportlicher Betätigung immer noch weniger Sport als Männer, verteilen sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Sportarten und sind in den Leitungs- und Entscheidungsgremien des Sports nach wie vor unterrepräsentiert.
- Frauen sind unter den Lizenzsportler/innen und bei offiziellen Wettkämpfen unterrepräsentiert, sind auch in den Strukturen des institutionalisierten Sports (Klubs, Vereine) nur in geringem Umfang engagiert und betreiben hauptsächlich informelle Fitness- und Freizeitsportarten.
- Im Sport stellt sich die sexuelle Identität dar, Sport ist nach wie vor ein stark geschlechtsspezifisch ausgerichteter und Klischees verhafteter Bereich, in dem das vorherrschende Frauen- und Männerbild immer wieder reproduziert, aber auch überwunden wird.

Folgende Handlungsbereiche werden vom Europäischen Parlament genannt:

- Strukturierung der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen der Frauenförderung im Sport
- Entwicklung des Schul- und Freizeitsports
- Gewährleistung gleicher Rechte im Hochleistungssport
- Gewährleistung der Gesundheit von Athletinnen
- Verstärkte Beteiligung von Frauen in der Beschlussfassung

Chronologie der Entwicklung von Gender Mainstreaming im Sport

1993	EWS-Netzwerk „European Women and Sport Group" als Ergebnis der European Sports Conference gegründet (Repräsentantinnen aus 41 Ländern)
1994-2004	Internationale Konferenzen und Deklarationen des EWS-Netzwerks: 1994 Großbritannien (Brighton Declaration) 1998 Namibia (Windhoek Call for Action) 2000 Finnland (Helsinki Spirit 2000 Recommendations) 2002 Deutschland (Berlin-Memorandum) 2003 Griechenland (Thessaloniki Declaration) 2004 Frankreich (Paris Call for Action)
1996, 2000	IOC: Weltkonferenzen über Frauen und Sport (1996 Lausanne, 2000 Paris)
1997	Plattform „Frauen im Sport" in Österreich gegründet
2000	Entschließung des Europarats zur Prävention der sexuellen Belästigung und des sexuellen Missbrauchs von Frauen, Jugendlichen und Kindern im Sport
2001	UNESCO Athens Declaration on Women and Sports
2002	Regierungsprogramm für XXII. Gesetzgebungsperiode (9.2.2000) – Punkt 19 Sport: „Förderung des Mädchen- und Frauensports"
2003	„frauen.sport.kultur – neue wege gehen" Konferenz des BSO (Österreichische Bundes-Sport-Organisation) in Graz zum Thema Gender Mainstreaming im Sport
2003	Resolution des Europäischen Parlaments zu „Women and Sports"
2004	IOC - International Olympic Committee Resolution "New Strategies, New Commitments" adopted by the third World Conference on Women and Sport in Marrakech, Morocco
2004	Europäisches Jahr der Erziehung durch Sport

Aktivitäten im Bereich Frauen und Sport in Österreich

Gender Mainstreaming in der Österreichischen Bundes-Sport-Organisation (BSO)

Gender Mainstreaming wurde bei der Bundes-Sportversammlung der BSO im November 2002 zur Handlungsleitlinie der Arbeit der Sportverbände erklärt. Als eine Maßnahme erstellte die Frauen-Arbeitsgruppe des BSO eine Ist-Analyse der Frauenrepräsentation in den österreichischen Dach- und Fachverbänden: die Präsenz von Frauen in den Entscheidungsgremien beträgt nur rund zehn Prozent und hat sich seit 1999 nicht verändert. Seit Anfang 2002 hat die BSO eine Kontaktperson zur Betreuung frauenspezifischer Anliegen und für die Koordinierung der Frauen-Arbeitsgruppe.

Lebenszusammenhänge von Spitzensportlerinnen

Die spezifischen Bedürfnisse der Sportlerinnen zu benennen war das Ziel einer Studie zum Thema *Lebenszusammenhänge von Spitzensportlerinnen* (Schlaffer und Bernard, 1998). Neben der objektiven Situation von Sportlerinnen, wie finanzielle Unterstützung, gesundheitliche Versorgung, Zugang zu Trainingsmöglichkeiten etc. sind auch Faktoren wie die Einstellung des persönlichen Umfeldes, biografischer Hintergrund, emotionales Gleichgewicht und die gesellschaftliche Wertung ausschlaggebend für eine Sportkarriere. Die Ergebnisse zeigen, dass die ungleichen Ausgangsbedingungen schon in früher Jugend zu suchen sind: Der Zugang von Mädchen zum Sport erfolgt weniger routiniert, sportliche Kompetenz ist von der Bewertung durch zentrale Instanzen wie Schule, Eltern und altersgleicher Bezugsgruppe (*peer-group*) nicht so wichtig für Mädchen. Der offizielle Sportbetrieb ist nach wie vor eine männlich geprägte Domäne, in der Interessen und Bedürfnisse von Sportlerinnen nicht offensiv vertreten werden. Ein Überhang an älteren, in traditionellem Rollendenken verhafteten Funktionären reproduziert ein System, das sich nach wie vor stark am Leitbild des männlichen Spitzensportlers orientiert. Strategien für eine konkrete Förderung müssen vom Gedanken eines ganzheitlichen Konzeptes getragen werden. Eine ernsthafte Forcierung des Potentials von Sportlerinnen setzt voraus, dass Sportlerinnen in ihrer Kapazität ernst genommen und mit infrastrukturellen sowie psychischen Ressourcen adäquat ausgestattet werden.

3.3.4 Frauen und Alkoholkonsum

3.3.4.1 Frauenalkoholismus und Männeralkoholismus

Aufgrund von Schätzungen des Ludwig Boltzmann Instituts 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 Österreicher/innen 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 30 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. Studien aus der Bundesrepublik Deutschland ergaben, dass Ausbildung und berufliche Situation deutlichen Einfluss auf den Alkoholkonsum haben: 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 in der internationalen Fachliteratur 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).

3.3.4.2 Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit bei Frauen und Männern

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 Österreicher/innen abstinent ist, d.h. keinen Alkohol trinkt (etwas mehr als zehn Prozent der Männer und rund ein Drittel der Frauen).

Abbildung 3-14. Definition und Häufigkeit von Alkohol-Konsumgewohnheiten, Alkoholismus, Alkoholmissbrauch (1996)

	Definition der Alkoholgewohnheiten (in Menge reinem Alkohols pro Tag)		Konsumgewohnheiten		
	Männer	Frauen	Männer n=5.331 Prozent	Frauen n=5.819 Prozent	Gesamt n=11.150 Prozent
Primäre Abstinenz	noch nie Alkohol getrunken		6,4	17,3	12,0
Sekundäre Abstinenz	früher Alkohol getrunken		6,8	15,5	11,3
Geringer bis mäßiger Alkoholkonsum	weniger als 24g Alkohol ((0,6 l Bier, 0.3 l Wein)	weniger als 16g Alkohol (0,4 l Bier, 0,2 l Wein)	31,3	42,2	37,0
Mittlerer Alkoholkonsum	24 bis 60g Alkohol	16-40g Alkohol	26,7	16,5	21,4
Alkoholmissbrauch (nicht abhängig)	mehr als 60g Alkohol (1,5 l Bier, 0,75 l Wein)	mehr als 40g Alkohol (1 l Bier, 0,5 l Wein)	20,7	6,5	13,3
Alkoholismus	entsprechend der ICD-10-Klassifikation		8,0	2,0	5,0

Quelle: Uhl et al.; Handbuch Alkohol, 2002 (http://www.api.or.at)
Die Zahlen basieren auf Ergebnissen einer Repräsentativstudie (Uhl & Springer, 1996)

Chronische Alkoholabhängigkeit

Nach der ICD-10 (WHO 1993) werden zur **Diagnose der Abhängigkeit** sechs Kriterien aufgeführt:

(1) Starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren;

(2) verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums;

(3) körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums;

(4) Nachweis einer Toleranz;

(5) fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums;

(6) anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung.

Die Diagnose der Alkoholabhängigkeit sollte nur gestellt werden, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der genannten Kriterien vorhanden waren.

Folgende Schätzung von **Prävalenz, Inzidenz und Lebenszeitprävalenz** wurde anhand der Spitalsentlassungsdiagnosen, dem Anteil erstmals behandelter Alkoholiker im Anton-Proksch-Institut Kalksburg (NÖ) und einer Dunkelzifferabschätzung erstellt (Uhl, 1994).

Tabelle 3-15. Prävalenz, Lebenszeitprävalenz und Inzidenz des chronischen Alkoholismus in Österreich (1994)

	Männer	Frauen	Gesamt
Prävalenz	8%	2%	5%
(Gesamtzahl aller Alkoholiker 2000)	265.000 Personen	65.000 Personen	330.000 Personen
Lebenszeitprävalenz (Anteil der Gesamtbevölkerung, die in ihrem Leben erkranken)	15%	5%	10%
Inzidenz	0,20%	0,05%	0,13
(Anzahl der Neuerkrankungen pro Jahr)	8.000 Personen	2.000 Personen	10.000 Personen

Quelle: Uhl, 1994 S. 97 ff.

Stationäre Behandlung von Alkoholismus und alkoholbedingter Erkrankungen

In den vorhandenen statistischen Zahlen zu den stationären Aufenthalten aufgrund der Diagnosen *Alkoholismus* und *Leberkrankheit durch Alkohol* wird ersichtlich, für wie viele Männer und Frauen in Österreich Alkoholkonsum ein psychisch und/oder körperlich schwer schädigendes Ausmaß angenommen hat. Insgesamt wurden im Jahr 2001 22.842 Personen (17.092 Männer, 5.750 Frauen) aufgrund von Alkoholismus und 2.721 Personen (2.050 Männer, 671 Frauen) aufgrund von alkoholbedingter Leberkrankheit stationär behandelt. Der Anteil der Frauen an den im Jahr 2001 in Österreich *stationär aufgrund von Alkoholismus Behandelten* liegt – auch konstant über alle Bundesländer – zwischen 23 und 28 Prozent (23 Prozent in Niederösterreich, 28 Prozent in der Steiermark). Der Anteil der Frauen, bei denen im Jahr 2001 eine *durch Alkohol bedingte Leberkrankheit* einen stationären Aufenthalt erforderlich gemacht hat, liegt für ganz Österreich bei 25 Prozent; am niedrigsten ist der Frauenanteil bei alkoholbedingten Leberkrankheiten im Burgenland (neun Prozent), am höchsten ist der Anteil in Tirol (45 Prozent).

Ein Blick auf die langfristige Entwicklung der Sterblichkeit aufgrund von Alkohol zeigt einen kontinuierlichen Anstieg an Verstorbenen von rund 200 Verstorbenen Anfang der 1990er Jahre auf rund 283 Verstorbene im Jahr 2002; 42 der 283 Verstorbenen des Jahres 2002 sind Frauen.

Tabelle 3-16. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Alkoholismus und alkoholassoziierter Leberkrankheiten nach Geschlecht und Bundesländern (2001)

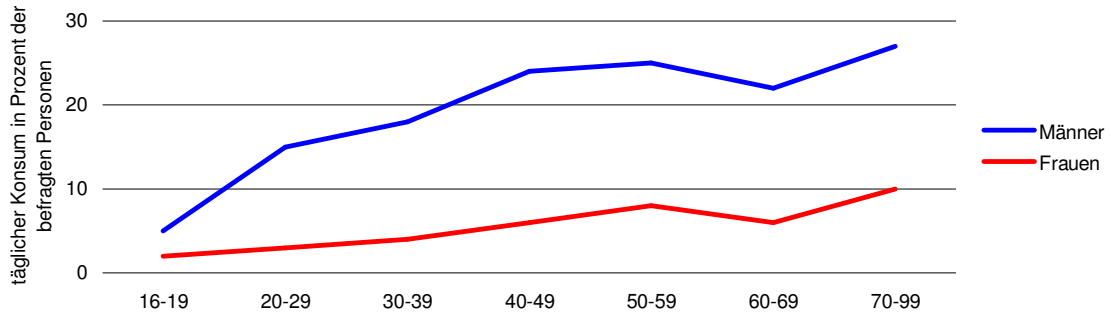
	Alkoholismus <F10>			**Alkoholassoziierte Leberkrankheit <K70>**		
	Männer	Frauen	Frauenanteil Prozent	Männer	Frauen	Frauenanteil Prozent
Burgenland	183	60	25	187	19	9
Kärnten	1.716	625	27	106	26	20
Niederösterreich	1.865	551	23	374	108	22
Oberösterreich	2.661	894	25	358	119	25
Salzburg	1.400	471	25	75	21	22
Steiermark	2.241	879	28	134	40	23
Tirol	2.046	699	25	91	49	45
Vorarlberg	795	275	26	40	18	31
Wien	4.185	1.296	24	685	271	28
Österreich	**17.092**	**5.750**	**25**	**2.050**	**671**	**25**

Quelle: Statistik Austria 2004, Tab. 3.1.2.

Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter

Mit zunehmendem Alter steigt der tägliche Konsum von Alkohol, und zwar bei Männern deutlich stärker als bei Frauen.

Abbildung 3-15. Täglicher Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter



Quelle: Handbuch Alkohol – Österreich 2001 (Uhl et al., 2001)

Vergleich des Alkoholkonsums in den EU-15-Ländern

Im EU-15-Vergleich liegt Österreich mit einem Pro Kopf-Alkoholkonsum von 108,9 Litern im Jahr 1999 am vierten Rangplatz hinter Irland (mit dem mit Abstand höchsten Konsum), Deutschland und Luxemburg; beim Weinkonsum liegt Österreich mit 30,9 Liter pro Kopf ebenfalls am vierten Rangplatz hinter Frankreich, Portugal, Griechenland und Spanien; bei Spirituosen liegt Österreich mit einem Pro-Kopf-Konsum von 1,5 Liter am zehnten Rangplatz.

3.3.4.3 Alkohol in der Schwangerschaft: fetales Alkoholsyndrom (FAS)

Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft kann angeborene Missbildungen des Kindes zur Folge haben, nämliche 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 per 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).

Tabelle 3-17. Symptome der Alkoholembryopathie (Fetales Alkoholsyndrom – FAS)

Haupt – (Kardinal-) symptome	▪ *Minderwuchs* und Untergewichtigkeit (vor- und nachgeburtlich) ▪ *Kleinköpfigkeit* (Mikroenzephalie) ▪ *Geistige und körperliche Entwicklungsverzögerungen*: Sprach- und Hörstörungen, Ess- und Schluckstörungen beim Säugling, Hyperaktivität, verminderte Muskelspannung (Muskelhypotonie), Koordinationsstörungen
Verformungen von Gesicht und Kopf (Kraniofaziale Dysmorphie)	▪ *Augen:* klein, schmal, verschieden groß; nach unten gestellte Lidachse, Mongolenfältchen ▪ *Ohren:* nicht ausgeformt, oft tief angesetzt, schräg stehend, nach hinten gedreht ▪ *Nase:* Nasolabiafalte (Falte vom Nasenflügel zum Mundwinkel), Stupsnase ▪ *Mund:* schmale Oberlippe, hoher Gaumen, Gaumenspalte, wenig modelliertes Philtrum (Rinne der Oberlippe)
Mögliche weitere (fakultative) Symptome	▪ *Kardiovaskuläre Fehlbildungen:* Herzfehler, Hämangiom (Geschwulst von Blutgefäßen) ▪ *Urogenitale Fehlbildungen:* Nierenfehlbildung, Hypospadie (Fehlmündung der Harnröhre), Kryptorchismus (Bauchhoden), Klitorishypertrophie (Vergrößerung der Klitoris), Steißbeingrübchen, Leistenbruch ▪ *Extremitäten- und Skelettfehlbildungen:* Verkürzung, Beugung des Kleinfingers; bleibende Verkrümmung des Kleinfingers; Verwachsung von Elle und Speiche, Unterentwicklung der Fingerglieder; Hüftluxation (Verrenkung des Hüftkopfes); kleine Zähne; Trichterbrust

Erstbeschreibung des Fetalen Alkoholsyndroms Mitte der 70er Jahre; FAE – Fetale Alkoholeffekte = leichte Schädigungseffekte; Häufigkeit FAS:FAE = 1:4; Quelle: Spor (1997); zitiert nach BZgA, 2002

Ansatzpunkte für Strategien der Bekämpfung des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft

Derzeit besteht mangelndes Bewusstsein dafür, dass bereits geringe Mengen von Alkohol schädigende Wirkung für das Kind haben kann und es ist zu befürchten, dass ein für das Kind bereits als kritisch anzusehender Alkoholkonsum von den Frauen als unbedenklich angesehen wird. Von Seiten der Prävention ist daher absoluter Alkoholverzicht in der Schwangerschaft zu propagieren. Vermehrte Beratung und Information in der Schwangerenbetreuung ist erforderlich. Dabei ist zu beachten, dass es bei der Beratung zum Alkoholverzicht in der Schwangerschaft nicht zu einer Stigmatisierung kommt.

Box 3-3- Alkohol in der Schwangerschaft - Fazit der BZgA (2002)

Fazit der BZgA-Expertise „Alkohol in der Schwangerschaft" (BZgA 2002, S.55):
„Das Risiko für alkoholkranke Frauen, ein Kind mit fetalem Alkoholsyndrom zu gebären, beträgt etwa 30–40 Prozent, das heißt etwa ein Drittel aller während der Schwangerschaft trinkenden Frauen werden ein FAS-geschädigtes Kind bekommen. Gegenstand zahlreicher Untersuchungen ist die Frage, ob auch der moderate Alkoholkonsum zu einer Schädigung des werdenden Kindes beiträgt. Amerikanische und europäische Längsschnittstudien zeigen in ihrer Gesamtheit, dass für den moderaten Alkoholkonsum von etwa einem Drink pro Tag während der Schwangerschaft (14 g Alkohol pro Tag) eine Schädigung des Kindes nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen betreffen sowohl die psychische als auch die physische Entwicklung der Kinder. Frauen sollten daher während der Schwangerschaft den „Nullkonsum" anstreben. Mit Blick auf die normale ungestörte Entwicklung des Kindes ist vor allem vom chronischen Konsum – auch kleiner Mengen – abzuraten. Ebenso sind zum Wohle des Kindes einzelne Episoden mit hohem Alkoholkonsum unbedingt zu meiden."

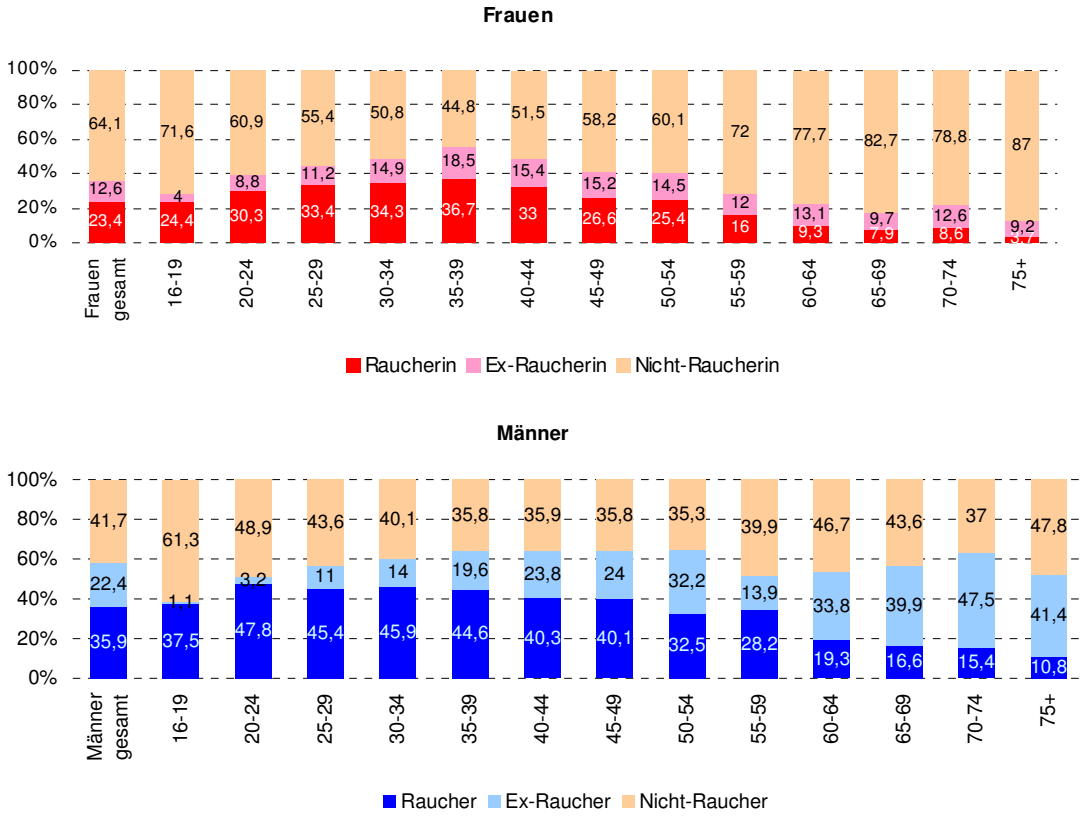
3.3.5 Nikotinkonsum

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 (Mikrozenus 1997 - Statistik Austria, 2002b).

3.3.5.1 Nikotinkonsum, Geschlecht und Alter

Bei unter 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 30- 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. Von den 60- bis 64-Jährigen rauchen „nur" noch rund zwanzig Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen.

Abbildung 3-16. Rauchgewohnheiten nach Geschlecht und Alter (1997)



Quelle: Statistik Austria, 2002 (Rauchgewohnheiten), S 61ff.

3.3.5.2 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. Die Aufnahme von Nikotin und Kohlenmonoxid während einer Schwangerschaft verhindert, dass der Embryo genügend Nährstoffe und Sauerstoff erhält, die er für eine gesunde Entwicklung braucht.

Folgende *Risiken* bestehen beim aktiven Rauchen und auch beim Passivrauchen der Mutter während der Schwangerschaft: erhöhtes Risiko einer Fehlgeburt; dreifach erhöhtes Risiko einer Totgeburt; zweifach erhöhtes Risiko einer Frühgeburt; erhöhtes Leukämierisiko; Untergewicht des Neugeborenen, was wiederum ein Risikofaktor für die normale psychische und physische Entwicklung eines Kindes darstellt; Unterentwicklung der Lungentätigkeit des Neugeborenen; Studien aus den letzten Jahren beschreiben den Nachweis tabakspezifischer Karzinogene im Urin von Neugeborenen rauchender Mütter.

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.

3.3.6 Frauen und Medikamentenkonsum

Es liegen 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 neben der ärztlichen Verschreibungspraxis höheres Lebensalter, mangelnde Ausbildung und Arbeitslosigkeit oder Arbeit mit niederem Status angenommen (Franke et al., 2001).

Tabelle 3-18. Arzneimittelgruppen mit Missbrauchspotential

Schmerzmittel (Analgetika) und Hustenmittel (Antitussiva) vom Morphin-, Opiat-Typ (z.B. Kodein)	schnelle Entwicklung sowohl körperlicher als auch psychischer Abhängigkeit
Schlafmittel (Hypnotika) starke Beruhigungsmittel (Sedativa)	Innerhalb dieser Arzneimittelgruppe führen vor allem benzodiazepinhältige Mittel innerhalb kurzer Zeit zu einer körperlichen Abhängigkeit.
Psychopharmaka	(a) Beruhigungsmittel (Tranquillizer; hohes Abhängigkeitspotential); (b) Antidepressiva; (c) Neuroleptika (dämpfende, antipsychotische Wirkung)
Psychostimulantien des Amphetamin-Typs (z.B. Koffein)	Machen eher psychisch abhängig, Entzug bewirkt depressive Verstimmungen
Appetitzügler (Amphetamine, Ephedrine)	Wirkung ist den Psychostimulantien vergleichbar.

Quelle: Franke, 2001

Geschlechtsspezifische Verordnungen 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 Bruttosozialprodukts 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 Ärzt/innen 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).

Antidepressiva-Verschreibungen laut VIÖ – Verschreibungsindex Österreich

Eine aktuelle Analyse der Verschreibungshäufigkeiten für Antidepressiva laut Verschreibungsindex Österreich (IMS Health, 2004) belegt erneut, dass zwischen April 2003 und April 2004 70,8 Prozent aller in Österreich verschriebenen Antidepressiva an Frauen verschrieben worden sind. Antidepressiva nahmen in diesem Zeitraum 3,57 Prozent aller

Verordnungen in ganz Österreich ein (89,68 Millionen Verordnungen) und 4,10 Prozent aller an Frauen verordneten Medikamente.

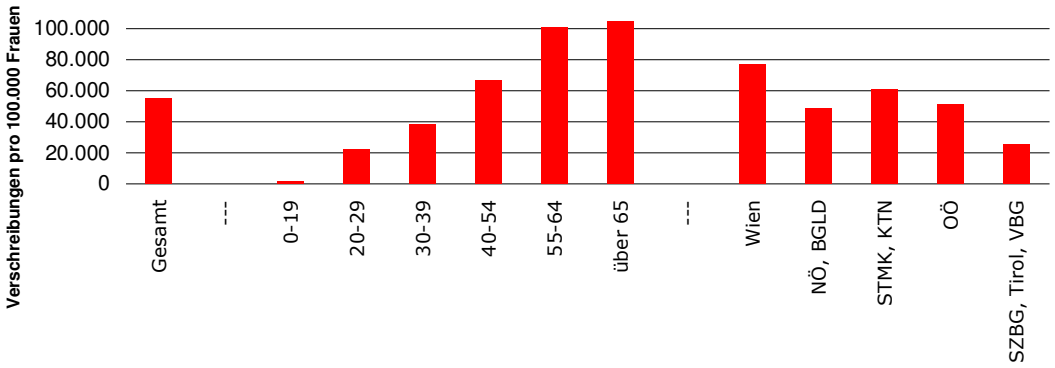
Tabelle 3-19. Verschreibungen von Antidepressiva (laut VIÖ - Verschreibungsindex Österreich), (2003-2004)

Zeitraum: 1 Jahr (April 2003- April 2004)	Verschreibungen	Männer		Frauen	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verschreibungen Gesamt	89.860.410	32.481.068	36,1	55.415.931	61,7
Antidepressiva	3.208.411	936.570	29,2	2.271.841	70,8
Prozent an Verschreibungen	*3,57*	*2,88*	-	*4,10*	-

Geschlecht nicht angegeben: 1.963.410 (2,2 Prozent); Quelle: IMS Health, Juni 2004

Betrachtet man die Antidepressiva-Verschreibungen 2003/2004 in Österreich nach Alter und Region, sieht man eine deutliche Zunahme der Verschreibungshäufigkeit mit dem Alter: bei über 54-jährigen Frauen beträgt die Verschreibungshäufigkeit rund eine Verschreibung pro Person (bzw. 101.000 Verschreibungen pro 100.000 Einwohner/innen gleichen Alters; siehe Tabelle 3-20). Die Geschlechterproportion der Antidepressiva-Verschreibungen verschiebt sich mit zunehmendem Alter: bei den 40- bis 44-Jährigen beträgt der Frauenanteil 66 Prozent, bei 55- bis 64-Jährigen 72 Prozent und bei den über 65-Jährigen 76 Prozent. Es sind auch regionale Unterschiede zu beobachten: größte Verschreibungs-Häufigkeit für Antidepressiva ist in Wien zu verzeichnen (77.000 Verschreibungen pro 100.000 Frauen), niedrigste in der Region Steiermark und Kärnten (39.000 Verschreibungen pro 100.000 Frauen).

Abbildung 3-17. Verschreibungen von Antidepressiva (laut VIÖ - Verschreibungsindex Österreich) nach Alter und Region (2003-2004)



Quelle: IMS Health, Juni 2004

Tabelle 3-20. Anzahl der Verschreibungen von Antidepressiva nach Geschlecht, Alter und Region (2004)

Zeitraum: ein Jahr (April 2003 bis April 2004)	Frauen	%	Männer	%	Gesamt	%	Frauen in Österreich	Verschreibungen pro 100.000 Frauen
Verschreibungen gesamt	**2.271.841**	**71**	**936.570**	**29**	**3.208.411**	**100,0**	**4.152.099**	**55.000**
Alter								
unter 20	21.658	64	12.096	36	33.754	1,0	887.839	2.000
20-29	109.621	64	61.654	36	171.276	4,8	498.520	22.000
30-39	252.212	69	111.476	31	363.688	11,1	668.600	38.000
40-54	566.870	66	291.338	34	858.208	25,0	847.311	67.000
55-64	488.044	72	191.928	28	679.972	21,5	481.039	101.000
über 65	808.021	76	255.389	24	1.063.410	35,6	768.790	105.000
unbekannt	25.415	67	12.690	33	38.104	1,1		
Region								
Wien	628.606	73	232.001	27	860.607	27,7	817.588	77.000
NÖ, BGLD	457.453	69	204.661	31	662.114	20,1	935.429	49.000
OÖ	430.036	71	178.848	29	608.884	18,9	706.534	61.000
SZBG, T, VBG	402.938	71	166.801	29	569.739	17,7	795.106	51.000
STMK, KTN	352.808	70	154.259	30	507.067	15,5	897.442	39.000

Quelle: IMS Health, Juni 2004; Verschreibungen von Allgemeinmediziner/innen und Internist/innen

Im Zeitraum von April 2003 bis April 2004 wurden bei österreichischen Allgemeinmediziner/innen und Internist/innen – die gemeinsam 72 Prozent aller Antidepressiva verordnen – Antidepressiva an 400.000 Frauen verordnet (Schätzung laut Institut für Medizinische Statistik; IMS, 2004). Geht man davon aus, dass bei jenen 28 Prozent der Antidepressiva-Verordnungen, die nicht bei Allgemeinmediziner/innen oder Internistinnen erfolgen, eine vergleichbare Verordnungspraxis zur Anwendung kommt, kann man auf eine Zahl von rund 550.000 Frauen in Österreich schließen, die im Zeitraum von April 2003 bis April 2004 Antidepressiva verordnet bekommen haben. Bei einem Vergleich der Häufigkeiten der Verordnungen zwischen 1999 und 2004 ist ein massiver Zuwachs der Verordnungen von Antidepressiva zu verzeichnen (57 Prozent bei Männern und 42 Prozent bei Frauen). Größte Zuwächse an Antidepressiva-Verordnungen sind zum einen bei der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen zu beobachten, nämlich 69 Prozent, aber auch bei den bis 24-Jährigen (93 Prozent); auch regionale Unterschiede sind deutlich: Wien ist mit 80 Prozent das Bundesland mit dem höchsten Zuwachs, in Oberösterreich ist mit 37 Prozent der Zuwachs an Antidepressiva-Verordnungen am geringsten, in der Region Salzburg, Tirol, Vorarlberg ist sogar eine Abnahme zu verzeichnen (IMS Health, 2004).

Tabelle 3-21. Verschreibungen von Antidepressiva (geschätzte Anzahl der Patient/innen von Allgemeinmediziner/innen und Internist/innen) nach Alter und Region (1999, 2004)

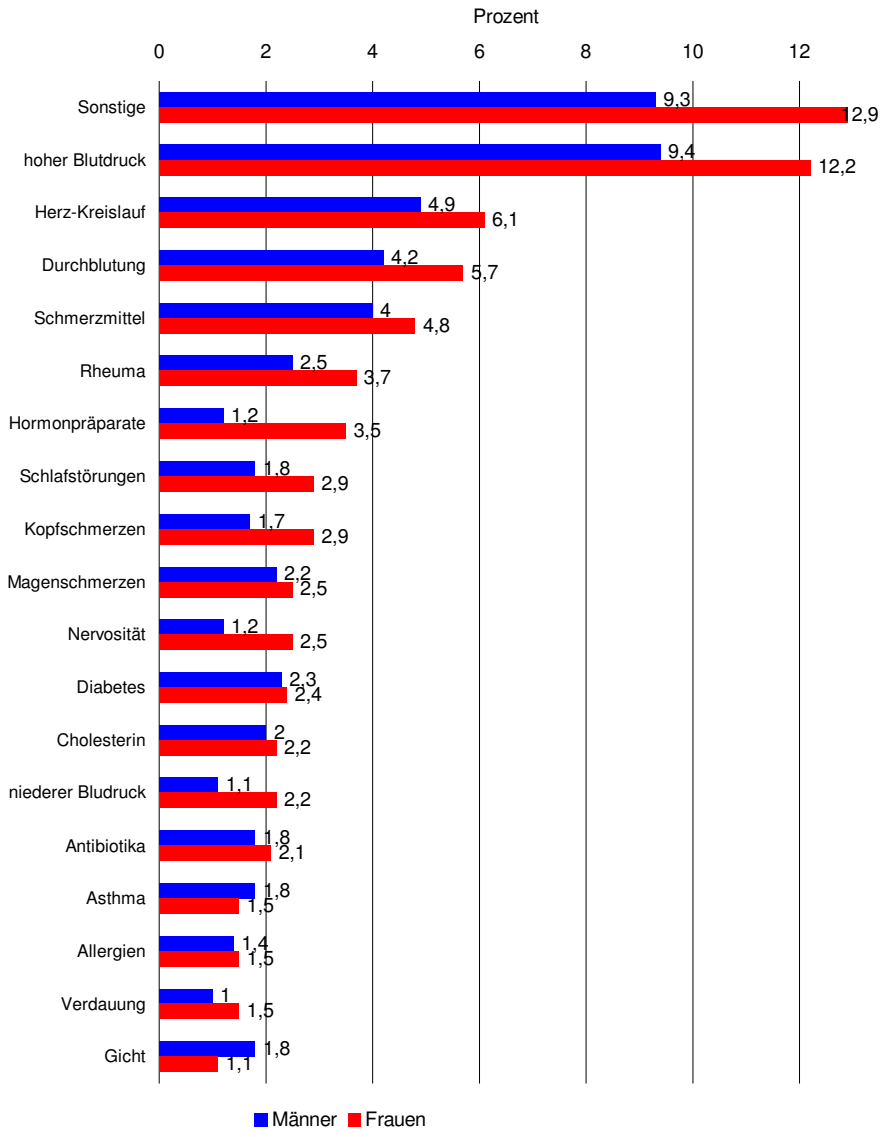
Zeitraum: jeweils ein Jahr (April 1998- April 1999, April 2003- April 2004)		2004		1999		Veränderungen 1999 - 2004	
		Patient/innen	%	Patient/innen	%	Patient/innen	%
Gesamt		572.680	100,0	390.900	100,0	181.780	+47
Geschlecht	Frauen	400.303	69,9	281.448	72,0	118.855	+42
	Männer	172.377	30,1	109.452	28,0	62.925	+57
Alter	bis 24	17.121	3,0	8.881	2,3	8.240	+93
	25 - 34	37.259	6,5	28.662	7,3	8.597	+30
	35 - 44	78.265	13,7	51.835	13,3	26.430	+51
	45 - 54	98.977	17,3	66.128	16,9	32.848	+50
	55 - 64	113.079	19,7	74.628	19,1	38.451	+52
	65 - 74	90.234	15,8	71.121	18,2	19.113	+27
	75 - 84	105.481	18,4	62.546	16,0	42.936	+69
	85+	32.264	5,6	27.099	6,9	5.164	+19
Region	Wien	152.507	26,6	84.541	21,6	67.967	+80
	NÖ, BGLD	137.342	24,0	83.634	21,4	53.708	+64
	STMK, KTN	111.634	19,5	81.394	20,8	30.240	+37
	OÖ	78.841	13,8	45.702	11,7	33.140	+73
	SZBG, Tirol, VBG	92.355	16,1	95.630	24,5	-3.274	-3

*) Allgemeinmediziner/innen und Internist/innen: 72% der Verordnungen aller Ärzt/innen VIÖ-Substanzgruppe N6A Antidepressiva; STICHPROBE: Erfasster Zeitraum: 1.4.2003 - 31.3.2004, 1.4.1998-31.3.1999 Anzahl Praxen: 114 (Allgemeinmediziner/innen: 101, Internist/innen 13); Anzahl Patient/innen: 36.574; Anzahl Verordnungen: 164.069; Die Berechnung erfolgt aus einer Kombination der Datenquellen Mediplus und VIÖ (Verschreibungsindex Österreich), auf Basis von Allgemeinmediziner/innen und Internist/innen. Alle Angaben wurden mittels VIÖ auf Gesamt-Österreich hochgerechnet. Quelle: IMS Health, Juni 2004

Geschlechtsspezifischer Konsum von Medikamenten

Gravierende Geschlechtsunterschiede sind nicht nur im Konsum von Psychopharmaka zu beobachten: Frauen haben laut Selbstauskunft generell ein anderes Konsumverhalten bei Medikamenten als Männer. Dies unterstreichen die Ergebnisse des österreichischen Mikrozensus 1999: 30,7 Prozent der Männer und 38,1 Prozent der Frauen haben im Monat vor der Befragung ärztlich verordnete Medikamente genommen. Nicht berücksichtigt ist dabei die Selbstmedikation. Nachfolgende Grafik zeigt, dass der Frauenanteil beim Medikamentenkonsum für alle Medikamententypen größer ist als jener der Männer. Hierbei darf der Einfluss des Alters nicht vergessen werden: Der Frauenanteil überwiegt in den höheren Altersgruppen, wo auch geschlechtsübergreifend die Erkrankungshäufigkeit größer und in weiterer Folge der Medikamentenkonsum häufiger ist (Statistik Austria, 2002).

Abbildung 3-18. Einnahme ärztlich verordneter Medikamente in vier Wochen nach Geschlecht (1999)



Quelle: Statistik Austria 2002 (Mikrozensus 1999, S.186ff)

3.4 Frauen im reproduktiven Alter: sexuelle und reproduktive Gesundheit

3.4.1 Das Konzept der sexuellen und reproduktiven Gesundheit

Das Konzept der *sexuellen Gesundheit* (*Sexual Health*) geht weit über das medizinische Krankheitsmodell hinaus in den Bereich der Gesundheitsförderung. Nachfolgend die Definition von *sexueller Gesundheit* durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und eine Definition von *reproduktiver Gesundheit* durch das Kairoer Aktionsprogramm.

Sexuelle Gesundheit *ist ein Zustand des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität; es ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, eingeschränkter Funktion oder Schwäche. Sexuelle Gesundheit erfordert einen positiven und respektvollen Zugang zur Sexualität und zu sexuellen Beziehungen, ebenso wie die Möglichkeit, Sexualität auf eine positive und sichere Weise machen zu können, ohne Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Um sexuelle Gesundheit zu erlangen und aufrecht zu erhalten, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen respektiert, geschützt und eingehalten werden.*

Reproduktive Gesundheit bedeutet in der Definition des Kairoer Aktionsprogramms (Kapitel 7.2.) *„…, dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen. In diese letzte Bedingung eingeschlossen sind das Recht von Männern und Frauen, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden ihrer Wahl … zu haben …, und das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen, und die für Paare die bestmögliche Voraussetzung schaffen, dass sie ein gesundes Kind bekommen.*"

Eine Beeinflussung, Veränderung und/oder Bedrohung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit geht unter anderem von folgenden sozialen und gesundheitlichen Lagen und Risiken aus:

- sozialer Wandel in Partnerschaft und Familie, Kinderwunsch;
- soziale Lage und Gesundheit: Benachteiligungen in der Gesundheit wiederholen sich als Benachteiligung in der sexuellen Gesundheit;
- Ansteckung mit HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen z.B. Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien, Hepatitis B, …;
- unerwünschte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch;
- Teenagerschwangerschaft;
- Verhütungsversagen und Verhütungsmüdigkeit;
- eingeschränktes Verantwortungsbewusstsein im Verhütungsverhalten von Männern;
- sexuelle Störungen (female / male sexual dysfunction);
- unerfüllter Kinderwunsch, Fruchtbarkeitsstörungen;
- neue Reproduktionstechnologien, pränatale Diagnostik;
- häusliche Gewalt und sexueller Missbrauch;
- Prostitution;
- Sexualität in Zusammenhang mit Reisen und Migration;
- Anpassungserfordernisse an die Veränderungen durch reproduktive Lebensphasen, wie z.B. Menarche oder Menopause.

3.4.2 Menstruation: Mythos und Tabu

3.4.2.1 Menstruation und prämenstruelles Syndrom

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 Existenz und 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 Veränderungen wahr. Die Angaben zur Prävalenz 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).

Box 3-4. Prämenstruelles Symptom (PMS) und prämenstruelle Störung (PMDS)

Häufigste Symptome eines **prämenstruellen Syndroms** (PMS):

1. depressive Verstimmung, Hoffnungslosigkeit, selbstabwertende Gedanken
2. Ängstlichkeit, Anspannung
3. deutliche Stimmungsschwankungen (plötzliche Traurigkeit, Weinen, Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisungen)
4. andauernde Reizbarkeit oder Wut als Folge vermehrter zwischenmenschlicher Konflikte
5. Interesselosigkeit für übliche Aktivitäten
6. Konzentrationsschwierigkeiten
7. leichte Ermüdbarkeit, Energieverlust
8. Appetitschwankungen (Heißhungerattacken, Verlangen nach bestimmten Lebensmitteln)
9. Schlafstörungen (erhöhtes Schlafbedürfnis, Schlaflosigkeit)
10. Gefühl des Überwältigtseins oder Gefühl, außer Kontrolle zu geraten
11. Körperliche Symptome (z.B. Überempfindlichkeit oder Schwellung der Brüste; Kopf-, Gelenk-, Muskelschmerzen; Gefühl des Aufgedunsenseins, Gewichtszunahme, …)

Kriterien einer **prämenstruellen dypshorische Störung** (PMDS) nach DSM-IV:

- Während der meisten Menstruationszyklen des vorangegangenen Jahres bestanden mindestens fünf der oben genannten Symptome über die meiste Zeit während der letzten Woche vor Beginn der Menstruation mit Rückbildung innerhalb weniger Tage nach ihrem Einsetzen; mindestens eines der Symptome 1 bis 4 war vorhanden.
- Deutliche Beeinflussung beruflicher Leistungen und sozialer bzw. familiärer Beziehungen (z.B. durch Konflikte als Folge der Reizbarkeit)
- Die Symptome sind nicht Ausdruck einer anderen Störung (depressive oder Angststörung)
- Die Störung wird durch tägliche Selbstbeobachtung über mindestens zwei Zyklen beobachtet.

3.4.2.2 Die Bedeutung der Endometriose für die Frauengesundheit

Ein Beitrag von Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein, LKH Villach, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe[32]

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.

Symptome, Lokalisation, Häufigkeit, Ursachen und Folgen der Endometriose

In der Gebärmutterhöhle wächst von den weiblichen Geschlechtshormonen Östrogen und Progesteron gesteuert alle vier Wochen Schleimhaut für die mögliche Einnistung eines befruchteten Eies heran. Kommt es zu keiner Befruchtung, blutet diese Schleimhaut mit der Menstruation ab und ein neuer Regelkreislauf beginnt. Wächst Schleimhaut auch außerhalb der Gebärmutterhöhle, so nennt man dies Endometriose. Die Gebärmutterschleimhaut kann an folgenden Stellen auftreten: in der Gebärmutterwand (Adenomyose), im Eileiter, im Eierstock, an den Haltebändern der Gebärmutter (bis hin zur Beckenwand), am Bauchfell des keinen Beckens, an der Harnblase (z.B. am Blasendach), am Harnleiter, in der Scheide. Als Endometriose außerhalb des Genitalbereiches kann die Gebärmutterschleimhaut auch am Darm oder am Nabel auftreten, in seltenen Fällen können sogar Lunge, Leber, Haut und andere Organe betroffen sein.

Endometriose kann folgende Beschwerden verursachen: intensive Regelschmerzen; Bauch-, Kreuz-, und Beckenbodenschmerzen; Schmerzen beim Geschlechtsverkehr; Völlegefühl und Übelkeit; Schmerzen bei Stuhlgang und/oder bei der Blasenentleerung, meistens periodenabhängig auftretend; Unfruchtbarkeit; Blutungsstörungen (Dauerblutungen, Schmierblutungen). Stärke und Art der Beschwerden geben keinen Hinweis auf den Ausdehnungsgrad der Endometriose. Bereits einzelne kleine Herde können große Beschwerden verursachen, andererseits können Frauen mit ausgedehnten Herden auch völlig schmerzfrei sein. Die Ursachen dafür sind derzeit nach noch nicht befriedigend erklärbar.

Endometriose kommt bei ungefähr 15 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter vor und führt bei etwa fünfzig Prozent dieser Frauen zu Beschwerden. Endometriose gilt bei dreißig Prozent der Frauen, die an Blutungsstörungen leiden, als eine der Ursachen. Endometriose kann ungewollte Kinderlosigkeit verursachen und wird in dreißig bis vierzig Prozent der Fälle verantwortlich gemacht. Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Endometrioseherde mit den subjektiven Beschwerden der Frau und den Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit konnte bislang noch nicht eindeutig geklärt werden.

In der Frage nach den Ursachen der Entstehung der Endometriose werden folgende Theorien kontrovers diskutiert:

- Die Gebärmutterschleimhaut wird durch die Eileiter in das kleine Becken rücktransportiert und lagert sich am Bauchfell an, wo sie weiterhin dem zyklischen Regulationsmechanismus der Hormone unterliegt.
- Die Gebärmutterschleimhaut wird schon vor der Geburt im Rahmen der Entwicklung der Organe zusätzlich an falschen Orten angelegt.
- Die Zellen des Bauchfells und bestimmter Organe wandeln sich durch bestimmte Einflüsse in Schleimhautzellen um.
- Immunsystemveränderungen und andere unbekannte Faktoren können die Entstehung und Ausprägung dieses Erkrankungsbildes beeinflussen bzw. begünstigen.

[32] Der Inhalt dieses Abschnitts gibt die persönliche Meinung der Autorin wieder.

- Neuere Erkenntnisse zeigen, dass eine Störung der zentralnervösen Steuerungsmechanismen der Gebärmutterfunktion für die Pathologie mitverantwortlich gemacht werden kann.

Ebenso wie die Schleimhaut in der Gebärmutter bluten auch die Endometrioseherde zum Zeitpunkt der Menstruation ab. Sie bluten damit in die Bauchhöhle, zwischen das Bauchfell, in das umliegende Gewebe, in die Gebärmuttermuskulatur, in die Blase, den Darm oder bilden Blutzysten im Eierstock. Dies kann zu Reizungen des Bauchfells, zu Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen der betroffenen Organe führen. Es können durch die Endometrioseherde Verwachsungen und Narbengewebe an verschiedenen Stellen des Beckens entstehen. Die Endometrioseherde können auch zu wuchern beginnen und in das umliegende Gewebe einwachsen, sodass es zu Knotenbildungen im Becken kommt (v. a. im Eileiter, im hinteren Scheidengewölbe, in den hinteren Gebärmutterbändern, im Enddarm und/oder im Harnleiter). Dies kann zur Verlegung bzw. Zerstörung dieser Organe führen und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, beim Stuhlgang und beim Wasserlassen verursachen. In ausgeprägten Fällen besteht die Gefahr des Darmverschlusses oder auch der Zerstörung und Funktionsverlust beider Nieren. Viele dieser Veränderungen bedeuten aber auch, dass sie die Befruchtung, den Transport und die Einnistung einer Eizelle behindern und damit zur Kinderlosigkeit führen. Obwohl die Erkrankung keine Krebserkrankung darstellt, verhält sich das Gewebe in Bezug auf aggressives Wachstum ähnlich wie bösartige Zellen. Eine Metastasierung in andere Körperregionen (wie z.B. Lunge, Hirn, etc.) wird selten beschrieben.

Diagnose und Therapie der Endometriose

Die klinische Diagnosestellung umfasst eine genaue Beschwerdeerhebung und Anamnese krankheitsspezifischer Fragen und eine Tastuntersuchung der möglichen Lokalisationen. Weitere diagnostische Optionen sind die Ultraschalluntersuchung durch die Scheide, gegebenenfalls durch den Darm, die Computertomographie, die Magnetresonanzuntersuchung und die Röntgenuntersuchung. Einzige Möglichkeit, die Krankheit direkt nachzuweisen, ist die Gewinnung einer Gewebeprobe mittels Bauchspiegelung zur histologischen Begutachtung.

Folgende therapeutische Möglichkeiten stehen zur Behandlung der Endometriose zur Verfügung:

- *operative Therapie:* möglichst vollständige Entfernung der sichtbaren Herde mittels Bauchspiegelung (chirurgischer Eingriff mittels minimal-invasiver Operationstechnik, d.h. in den meisten Fällen ohne Bauchschnitt); Wiederherstellung der Form und Funktion der befallen Organe (z.B. Eierstöcke, Gebärmutter, Darm); gegebenenfalls je nach individueller Situation der Frau (z.B. Alter, Kinderwunsch, Verhütungswunsch) Entfernung der erkrankten Organe (z.B. Eierstöcke, Eileiter, Gebärmutter, befallener Darmanteil)
- *medikamentöse Therapie:* gestagenbetonte Pille, Gelbkörperhormone, GnRH-Analoga
- *gezielte, krankheitsangepasste, individualisierte Schmerztherapie*
- *komplementäre Behandlungsmethoden:* Traditionelle Chinesische Medizin (TCM; v. a. Akupunktur, Akupressur, Behandlung mit speziellen Kräutern); Homöopathie
- *physikalische Maßnahmen:* Unterwassergymnastik, Moorpackungen, Massagen
- *psychologische Beratung*
- *Rehabilitation* durch interdisziplinäre Therapie- und Rehabilitationskonzepte

Bedeutung der Endometriose für die Frauengesundheit

- Endometriose kommt fast ausschließlich in der reproduktiven Lebensphase vor, das heißt bei jungen Frauen mit einem Altersgipfel um das dreißigste Lebensjahr (zwei Drittel aller Patientinnen sind unter 35 Jahre alt, zehn Prozent sind 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 Edometriose 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 Therapeut/innen und Ärzt/innen** 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 eine wesentliche psychosoziale Komponente beinhaltet.

Internationaler Kongress Menstruation und Endometriose 2005

Zur Verbesserung des Wissens über die Erkrankung bei den betroffenen Frauen, bei Eltern, Erzieher/innen und Lehrer/innen, aber auch bei Mediziner/innen, Therapeut/innen und Expert/innen der Gesundheitsförderung und schließlich der interessierten Öffentlichkeit wurde im Oktober 2005 von der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung Villach der Sechste Internationale Kongress Menstruation und Endometriose veranstaltet. Der Kongress hatte die Ziele, das Problembewusstsein bei Behandelnden und Betroffenen in Österreich zu fördern, auf diese wichtige Erkrankung mit all ihren Auswirkungen auf das psychosoziale Leben von Frauen aufmerksam zu machen und langfristig mitzuwirken, dass die Endometriose ihre unterschätzte und verkannte Rolle verliert. Der Kongress verfolgte einen ganzheitlichen Ansatz und hat die Beziehung der Endometriose zu den Aspekten Menstruation, Frausein, Kunst, Sinnlichkeit, Rhythmus, Erneuerung und Fruchtbarkeit mit einbezogen. (www.endometriose-villach.at; 28.9.-1.10.2005).

Das **Endometriosezentrum am LKH Villach** hat sich seit 1995 unter der Leitung von Herrn Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein zu einer der führenden Adresse der Endometriosebe-

handlung in Österreich entwickelt und gilt als europäisches Kompetenzzentrum für Endometriosetherapie. Die Besonderheit der operativen Behandlung dieser Erkrankung in Villach liegt in der endoskopischen Technik mit dem Ziel der möglichst vollständigen chirurgischen Ausschaltung aller Endometrioseherde einschließlich des Einsatzes der Lasertechnik und von endoskopischen Darm- und Blasenteilresektionen. Aus den von der Abteilung jährlich veranstalteten Endometriose-Expert/innentreffen ist unter anderem eine neue internationale Klassifikation der tiefen Endometriose hervorgegangen. Herr Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein, der Leiter des Endometriosezentrums, ist Herausgeber und Autor eines aktuellen deutschsprachigen Standardwerks über endoskopische Operationen in der Gynäkologie und Verfasser eines Ratgebers für Betroffene, Interessierte und Laien zum Thema Endometriose (Endometriose, die verkannte Frauenkrankheit; Würzburg: Diametric Verlag 1998.).

3.4.3 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.

Tabelle 3-22. Spektrum der in Österreich angebotenen Kontrazeptiva

Typus	Form	Pearl-Index*
Hormonelle Kontrazeption – oral	Minipille (nur Gestagen)	0,3 - 3
	Kombinationspille (Östrogen + Gestagen)	0,1 - 1
Hormonelle Kontrazeption –	Hormon-Implantat	0 - 0,08
neue Verabreichungsformen	Hormonpflaster	0,7 - 0,9
	Depot-Spritze (3-Monats-Spritze)	0,3 - 1,2
	Vaginalring	0,4 - 0,6
	Hormonspirale	0,16
Intrauterinpessar	Kupferspirale	0,6 - 1
	Hormonspirale (s. o.)	0,1
Barrieremethoden	Kondom	3 - 4
	Diaphragma	2 - 4
	Spermizide Cremes, Ovula	6 - 36
Dauerhafte Verfahren	Sterilisation Frau / Tubenligatur	0,1 - 0,4
	Sterilisation des Mannes Vasektomie	0,1
Natürliche Familienplanung (NFP)	Zyklusmonitoring	1 - 3
	Hormoncomputer	6
Postkonzeptionelle Verfahren	„Pille danach"	-
	RU 486 (Mifegyne®)	-
	Interruptio	-

*Pearl-Index = Zahl der Schwangerschaften pro 100 Anwender/innen pro Jahr (je niedriger, umso sicherer);
Quelle: modifiziert, Broschüre „Entscheiden Sie sich richtig ... bei Liebe, Sexualität und Verhütung, Hrsg.: Fonds Soziales Wien / Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, ÖGF, Frauenbüro Wien (2003); Broschüre: Welche Verhütungsmethode passt zu mir? Hrsg: Österreichische Verhütungsinitiative (2004)

Häufigkeit der Anwendung von Kontrazeptiva

das Wissen über Häufigkeit und Rahmenbedingung der Verwendung von Kontrazeptiva ist in Österreich nur durch sehr wenige Studien belegt, die im Folgenden dargestellt werden. Aktuelle Daten gibt es lediglich aus der Markt- und Meinungsforschung, die ebenfalls kurz dargestellt werden sollen.

Aus einer Meinungsbefragung des Fessel GfK Instituts (2001, im Auftrag der Firma Organon) liegen Ergebnisse zur Frage vor, welche Verhütungsmethode zum Zeitpunkt der Befragung aktuell verwendet wurde. Die Ergebnisse stimmen weitgehend mit aus anderen Studien bekannten Trends überein. Als das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel wird die Pille genannt, die Anwendungshäufigkeit ist vom Alter abhängig: 54 Prozent der 15- bis 19-Jährigen, aber nur zwanzig Prozent der 40- bis 45-jährigen Frauen geben an, mit der Pille zu verhüten. Derselbe Trend ist beim Kondom zu beobachten, dem mit einer Verwendungshäufigkeit von insgesamt 21 Prozent zweithäufigsten Verhütungsmittel: auch das Kondom wird von jüngeren Frauen häufiger verwendet als von älteren. Mit zunehmendem Alter der Frau nimmt die Anwendungshäufigkeit von Langzeit-Verhütungsmitteln wie z.B. die Kupfer-Spirale oder die Hormon-Spirale zu: zehn bzw. sieben Prozent der 40- bis 45-jährigen Frauen verwenden diese Methoden.

Tabelle 3-23. Kontrazeptionsverhalten von Frauen in Österreich (2001)

Zahlen in Prozent	Gesamt	Alter in Jahren				Verhütung seit ...				
Verhütungsmethode	**(Alter 15-45)**	**15-19**	**20-29**	**30-39**	**40-45**	**bis 5 Jahren**	**6-10 Jahren**	**11-15 Jahren**	**16-20 Jahren**	**mehr als 20 Jahren**
Pille	38	54	50	32	20	66	41	42	31	24
Kondom	21	28	25	18	16	29	26	21	15	18
Coitus interruptus	7	-	5	7	13	-	7	6	6	11
Kupfer-Spirale	6	-	3	9	12	1	4	3	10	12
Sterilisation	6	-	1	7	16	1	-	3	11	15
Hormon-Spirale	5	-	3	7	7	-	2	5	10	6
Temperaturmethode	2									
Dreimonatsspritze	2									
Spermizide	1									
Hormon-Implantat	1									
Diaphragma	1									
Sterilisation Partner	1									
KEINE	13									

Quelle: Fessel-GfK (2001)

Verschreibung hormoneller Kontrazeptiva laut Österreichischen Verschreibungsindex

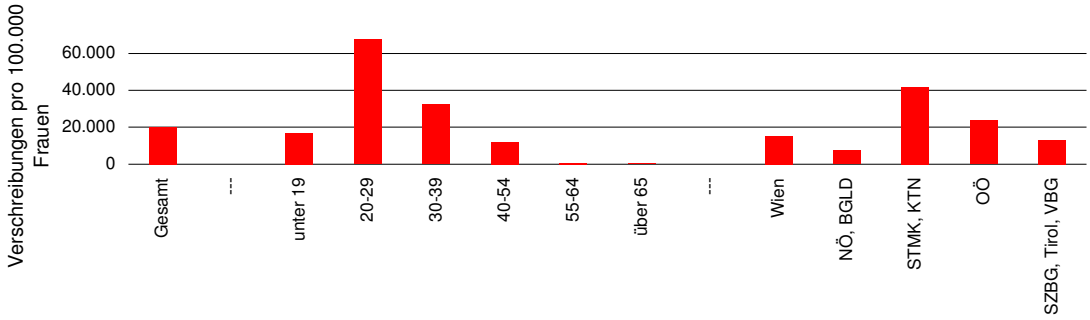
Laut Österreichischem Verschreibungsindex (VIÖ) wurden 2003/2004 rund 842.000 Packungen oraler Kontrazeptiva verschrieben. Rückschlüsse auf Personen sind nicht möglich, es kann lediglich eine unterschiedliche Verschreibungspraxis für die verschiedenen Altersgruppen bzw. regionale Unterschiede konstatiert werden. Am häufigsten waren Verschreibungen in den Altersgruppen zwischen 20 und 29 Jahren. Im Regionalvergleich ist die Rate der Verschreibungen in der Region Steiermark/Kärnten am höchsten.

Tabelle 3-24. Verschreibungen von hormonellen Kontrazeptiva (laut VIÖ – Verschreibungsindex Österreich) nach Alter und Region (2003-2004)

Zeitraum: April 2003- April 2004	Verschreibungen	Frauen in Ö	Verschreibungen pro 100.000Frauen
Kontrazeptiva gesamt	**842.038**	**3.264.260**	**20.300**
Alter			
unter 19	148.219	887.839	16.700
20-29	335.525	498.520	67.300
30-39	215.235	668.600	32.200
40-54	100.289	847.311	11.800
55-64	3.050	481.039	600
über 65	3.748	768.790	500
unbekannt	35.971		
Regionen			
STMK, KTN	375.497	897.442	41.800
OÖ	166.810	706.534	23.600
Wien	125.406	817.588	15.300
SZBG, Tirol, VBG	105.084	795.106	13.200
NÖ, BGLD	69.240	935.429	7.400
VIÖ Gesamt	89.860.410	55.415.931	162.156

Quelle: IMS Health 2004, ÖVI – Österreichischer Verschreibungsindex

Abbildung 3-19. Verschreibungen von Kontrazeptiva (laut VIÖ – Verschreibungsindex Österreich) nach Alter und Region (2003)



Quelle: IMS Health 2004

Der Familien- und Fertilitätssurvey

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. Er verfolgt einen biographischen Ansatz, wobei individuelle weibliche und männliche Biographien bezüglich Partnerschaft, Ausbildung, Beruf, Wohnen und Geburten erfasst wurden. 4.500 Frauen und 1.550 Männer im Alter von zwanzig bis 54 Jahren wurden befragt. Die Zielsetzung des FFS lag in der Erstellung einer Datenbasis im Bereich Familie und Kinderzahl zur Ermöglichung von Trendanalysen zukünftiger Familienstruktur, des reproduktiven Verhaltens, der Erwerbstätigkeit und der Bevölkerungsentwicklung im europäischen Vergleich. Schwerpunkte der Auswertung der Ergebnisse waren die Erwerbstätigkeit von Frauen nach der Geburt und Scheidungsfolgen. Die Ergebnisse liegen in 829 Rohtabellen aufgelistet vor, d.h. die Fragen wurden ausgezählt und jede einzeln nach sieben Altergruppen aufgeschlüsselt. Diese Vorgehensweise wurde für alle Bundesländer angewendet bzw. die Summenwerte in einem eigenen Band, jedoch nicht mit direkter Gegenüberstellung der einzelnen Bundesländer, dargestellt (FFS, 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 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 Männern höher als bei älteren, hingegen nimmt die Verwendung einer Spirale als Verhütungsmittel mit dem Alter zu (wird von rund zehn Prozent der 45- bis 49-Jährigen verwendet).

Tabelle 3-25. Verhütungsverhalten in Österreich (laut FFS – Familien- und Fertiltiätssurvey) nach Alter und Geschlecht (1996)

Alter	Kondom		Pille		Spirale (IUD)		Sterilisation		Natürliche Methoden		Andere Methoden		Keine Methode		Keine Antwort		N Gesamt	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	n
20-24	28,8	14,2	38,0	52,3	0,4	1,7	0,0	0,0	1,3	1,5	0,4	2,8	29,7	27,1	1,3	0,5	229	654
25-29	24,1	10,7	30,3	46,0	2,9	7,0	0,0	0,5	2,9	3,2	2,1	3,0	34,4	28,8	3,3	0,8	241	729
30-34	18,8	10,7	30,7	40,5	4,1	9,4	1,8	2,9	3,7	3,5	1,4	3,2	35,3	28,8	4,1	1,2	218	692
35-39	18,3	6,3	23,2	33,3	5,5	10,5	3,0	3,2	1,2	4,0	7,3	3,6	38,4	36,3	3,0	2,9	164	526
40-44	18,4	6,9	16,2	18,5	5,1	8,3	2,2	7,9	2,2	2,4	8,8	4,7	42,6	49,5	4,4	1,8	136	493
45-49	9,4	2,7	18,9	10,5	11,3	10,0	0,0	6,6	0,9	2,4	4,7	2,7	53,8	63,5	0,9	1,7	106	411
50-54	4,7	4,7	10,3	2,1	2,8	2,9	0,0	2,1	2,8	0,0	8,4	1,8	66,4	83,2	4,7	3,2	107	340
Total%	19,6	8,8	26,5	33,1	4,0	7,1	1,0	3,0	2,2	2,6	3,9	3,1	39,7	40,7	3,1	1,5	1201	3845

Quelle: FFS, 1996 (Doblhammer et al., 1996); Items 724, 725 g1, pp. 163-154; Population: M = 1539; W = 4582; keine Daten für die Altersgruppen unter 20 / über 54 Jahren; IUD = Intrauterine Device = Spirale
Die Daten wurden für diese Tabelle zusätzlich aufbereitet.

3.4.4 Notfallskontrazeption - die Pille danach

Begriffsbestimmungen

Die „Pille danach" verhindert den Eisprung oder die Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter. Die „Pille danach" ist ein Mittel der Notfallskontrazeption. Sie ist ein hochdosiertes 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 Gebärmutterschleimhaut 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 Gebärmutterschleimhaut. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch (Mifegyne®), bei dem durch Ablösung der Gebärmutterschleimhaut 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).

Abgabe 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. BzgA, 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).

Tabelle 3-26. Erhältlichkeit der *Pille danach* in europäischen Ländern

Länder mit OTC-Status	Zulassungsdatum	OTC-Status* seit
Frankreich	Mai 1999	Juni 1999
England	Januar 2000	Januar 2000
Norwegen	Oktober 1999	Juli 2000
Portugal	Oktober 2000	Oktober 2000
Luxemburg	Juni 2000	März 2001
Schweden	Mai 2000	April 2001
Dänemark	März 2001	Juni 2001
Belgien	Juli 2000	Juni 2001
Finnland	Mai 2000	Januar 2002
Schweiz	April 2001	Juli 2002
Länder ohne OTC-Status		
Niederlande	April 2000	
Österreich	Mai 2000	
Deutschland	Juni 2000	
Griechenland	Juni 2000	
Italien	September 2000	

* OTC = over the counter, d.h. rezeptfrei erhältlich; Quelle: ÖGF 2002, S.8

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 telephoni-

sche 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).

Weitere Informationen: Borschüre „Entscheiden Sie richtig … bei Liebe, Sexualität und Verhütung", herausgegeben von der Stadt Wien. http://www.firstlove.at

3.4.5 Schwangerschaftsabbruch

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, den USA und Kanada haben Raten von 10 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 lagen die Raten bei über 50 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 Ärzt/innen 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 Ärzt/innen, Ambulatorien oder Krankenhäusern, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, die jeweiligen Zahlen an eine zentrale Stelle gemeldet. In Deutschland liegen auch Angaben über die Vollständigkeit der ermittelten Abbruchzahlen vor, die auf eine unvollständige Erfassung (zu niedriger Häufigkeiten) der Schwangerschaftsabbrüche hinweisen (Tazi-Preve und Kityr, 1999). In nachfolgender Aufstellung sind gesetzliche Regelungen und Häufigkeiten der Schwangerschaftsabbrüche von ausgewählten europäischen Ländern ausgewiesen.

Tabelle 3-27. Gesetzliche Regelung und Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruchs in europäischen Ländern

Land	**Gesetzliche Situation**				**Anzahl der Abbrüche**	
	seit	Regelung	Frist bis	von SV* finanziert	Jahr	auf 100 Lebendgeborene
Dänemark	1973	freier Abbruch	12. Woche		1993	28
Finnland	1970	Indikationenregelung	12. Woche		1994	15
Frankreich	1975	Beratungspflicht	10. Woche		1993	23
Deutschland West	1976	Indikationenregelung	12. Woche			
Deutschland O&W	1995	Beratungspflicht	12. Woche		1993	11
Griechenland	1976	freier Abbruch	12. Woche		1992	11
Italien	1978	freier Abbruch	12. Woche	Ja	1993	27
Niederlande	1981	freier Abbruch	13. Woche	Ja	1992	10
Norwegen	1978	freier Abbruch	12. Woche		1993	25
Spanien	1985	Indikationenregelung	12. / 22. Woche		1993	12
Schweden	1974	freier Abbruch	18. Woche	Ja	1994	29
Großbritannien	1967	freier Abbruch	24. Woche		1990	23

*SV=Sozialversicherung; Quelle: Tazi-Preve und Kityr, 1999

Tabelle 3-28. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Schwangerschaftsabbrüchen (1990-2001)

		Altersgruppen (in Jahren)			
Land	Jahr	bis 14	15 bis 44	über 44	Summe
Österreich	1990	14	3.451	40	3.505
	1995	8	2.466	20	2.494
	1998	7	2.336	19	2.362
	2001	18	2.272	16	2.306
Burgenland	1990	0	1	0	1
	1995	0	2	0	2
	1998	0	2	0	2
	2001	0	2	0	2
Kärnten	1990	3	180	2	185
	1995	0	103	1	104
	1998	0	159	3	162
	2001	0	162	2	164
Niederösterreich	1990	0	330	2	332
	1995	0	219	2	221
	1998	1	292	2	295
	2001	6	304	1	311
Oberösterreich	1990	2	1.259	11	1.272
	1995	3	1.286	8	1.297
	1998	1	1.170	7	1.178
	2001	7	1.154	9	1.170
Salzburg	1990	0	32	0	32
	1995	0	32	0	32
	1998	0	48	0	48
	2001	3	28	0	31
Steiermark	1990	4	307	9	320
	1995	0	218	4	222
	1998	1	228	3	232
	2001	0	134	0	134
Tirol	1990	0	11	0	11
	1995	0	20	1	21
	1998	0	22	0	22
	2001	0	54	2	56
Vorarlberg	1990	0	10	0	10
	1995	0	13	1	14
	1998	0	7	0	7
	2001	0	10	0	10
Wien	1990	5	1.321	16	1.342
	1995	5	573	3	581
	1998	2	408	4	414
	2001	2	422	2	426

Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungen 1990/2001

Ausgehend von den Berichten aus anderen europäischen Ländern ziehen Tatzi-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 eingeleiteten 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.

3.4.5.1 Schwangerschaftsabbruch mit der medizinischen Methode (Mifegyne®)

Seit Januar 1999 ist in Österreich das Präparat für den medizinischen Schwangerschaftsabbruch (Mifgeyne®) für die Anwendung in Krankenanstalten zugelassen. Eine Anwendung im niedergelassenen Bereich wurde anfangs diskutiert, dann aber doch nicht genehmigt.

In größerem Umfang werden Schwangerschaftsabbrüche mit Mifegyne im Krankenhaus Korneuburg (NÖ) durchgeführt: im Jahr 1999 gab es dort ca. 500 Frauen und im Jahr 2000 ca. 400 Frauen, die den Abbruch mit Mifegyne gewählt haben. Im Ambulatorium am Fleischmarkt in Wien haben im Jahr 2000 etwa 165 Frauen mit diese Methode einen Abbruch vornehmen lassen. Es entscheiden sich relativ wenige Frauen in Österreich für diese Methode (zehn bis zwanzig Prozent aller Abbrüche), in Frankreich werden 56 Prozent, in Schottland 61 Prozent und in Schweden 51 Prozent der frühen Schwangerschaftsabbrüche mit der medikamentösen Methode durchgeführt (Jones und Henshaw, 2002). In Deutschland wurde Mifegyne wieder vom Markt genommen.

3.4.5.2 Rechtliche und praktische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs

Box 3-5. Gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

Gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich seit 1975

Strafgesetzbuch, BGBl.Nr. 60/1974, Zweiter Abschnitt, Schwangerschaftsabbruch

§ 96. (1) Wer mit Einwilligung der Schwangeren deren Schwangerschaft abbricht, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr, begeht er die Tat gewerbsmäßig, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen.

(2) Ist der unmittelbare Täter kein Arzt, so ist er mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren, begeht er die Tat gewerbsmäßig oder hat sie den Tod der Schwangeren zur Folge, mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(3) Eine Frau, die den Abbruch ihrer Schwangerschaft selbst vornimmt oder durch einen anderen zulässt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr zu bestrafen.

Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

§ 97. (1) Die Tat ist nach § 96 nicht strafbar,

1. wenn der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird; oder
2. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernsten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde, oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist und in allen diesen Fällen der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird; oder
3. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist.

(2) Kein Arzt ist verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder an ihm mitzuwirken, es sei denn, dass der Abbruch ohne Aufschub notwendig ist, um die Schwangere aus einer unmittelbar drohenden, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr zu retten. Dies gilt auch für die im Krankenpflegefachdienst, in medizinisch-technischen Diensten oder im Sanitätshilfsdienst tätigen Personen.

(3) Niemand darf wegen der Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruchs oder der Mitwirkung daran oder wegen der Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, in welcher Art immer benachteiligt werden.

Schwangerschaftsabbruch ohne Einwilligung der Schwangeren

§ 98. (1) Wer ohne Einwilligung der Schwangeren deren Schwangerschaft abbricht, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren, hat die Tat den Tod der Schwangeren zur Folge, mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(2) Der Täter ist nach Abs. 1 nicht zu bestrafen, wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen die Einwilligung der Schwangeren nicht rechtzeitig zu erlangen ist.

Quelle: http://www.ris.bka.gv.at/bundesrecht/ (Strafgesetzbuch, BGBl.Nr. 60/1974)

Schwangerenberatungsstellen

Mit der Fristenregelung wurde auch beschlossen, Familienberatungsstellen auszubauen und zu fördern. Eine ungewollte Schwangerschaft stellt die betroffene Frau vor eine schwierige Entscheidung. Psychosoziale Beratung kann helfen, wichtige Informationen zu erhalten, die Situation zu klären und die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten kennen zu lernen. In Familienberatungsstellen, die auf Schwangerenberatung spezialisiert sind, bieten ausgebildete Personen (Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen) vertrauliche, kostenlose und ergebnisoffene Beratung an. Manche Beratungsstellen geben praktische und finanzielle Unterstützung. In der „Frauenratgeberin", die vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) im Jahr 2005 herausgegeben wurde, sind einige Anlaufstellen angeführt. Die „Frauenratgeberin" ist auch online abrufbar.
(http://www.frauenratgeberin.at/cms/frauenratgeberin/adresse_thema.htm?thema=SG)

Das Angebot an flankierenden Maßnahmen, insbesondere an Beratung, wird jedoch vielfach als nicht ausreichend empfunden. So erhob beispielsweise der „Arbeitskreis Familie und Recht" im Rahmen der Diskussionsprozesse zur 10. Wiederkehr des „Internationalen Jahres der Familie" die Forderung nach „mehr behutsamer, sorgfältiger und sensibler Information" über Methoden, Risken, Folgen und Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch in Beratungs- und Betreuungseinrichtungen. (Quelle: Internationales Jahr der Familie 1994+10, BMSG 2004.)

Psychosoziale Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs

In einer Studie des Ludwig Boltzmann Instituts für Frauengesundheitsforschung (2001) wurden insgesamt rund 1.000 schwangere Frauen befragt: 577 Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben und 400 Frauen, die die Schwangerschaft fortsetzten. Von den 577 Frauen, die sich für einen Abbruch entschieden haben, haben 350 Frauen die Schwangerschaft mit der herkömmlichen chirurgischen Methode unter Vollnarkose beendet, 227 Frauen haben die medikamentöse mittels Mifegyne® gewählt.

Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben (vs. Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben),

- haben häufiger keinen Partner (14 vs. 1 Prozent),
- leben häufiger mit ihrem Partner in getrenntem Haushalt (38 vs. 13 Prozent),
- sind häufiger nicht verheiratet (69 vs. 42 Prozent),
- haben häufiger bereits Kinder (52 vs. 41 Prozent),
- haben häufiger zwei und mehr Kinder (29 vs. 2 Prozent),
- haben seltener einen (weiteren) Kinderwunsch (47 vs. 35 Prozent),
- leben häufiger in einem Ein-Personen-Haushalt (17 vs. 7 Prozent),
- sind häufiger Alleinerzieherinnen (10 vs. 0 Prozent),
- haben häufiger ein Haushaltseinkommen unter 1.500 Euro (37 vs. 20 Prozent),
- haben häufiger einen Schulabschluss unter Maturaniveau (44 vs. 34 Prozent),
- sind häufiger nicht berufstätig, in Ausbildung, arbeitslos (30 vs. 23 Prozent),
- sind häufiger jünger als 25 Jahre (17 vs. 10 Prozent),
- sind häufiger älter als 40 Jahre (12 vs. 4 Prozent),
- beschreiben sich als weniger religiös (30 vs. 55 Prozent),
- lehnen den Schwangerschaftsabbruch selten ab (5 vs. 30 Prozent),
- haben häufiger bereits einen Schwangerschaftsabbruch (35 vs. 23 Prozent).

Frauen, die sich für einen medikamentösen Abbruch entscheiden unterscheiden sich von Frauen, die den herkömmlichen chirurgischen Abbruch gewählt haben, durch eine höhere Schulbildung, eine höhere Beschäftigungsquote und weniger vorangegangene Schwangerschaftsabbrüche.

Schwangerschaftsabbruch zwischen Recht und Praxis

Ein Kommentar des Netzwerks der österreichischen Frauengesundheitszentren

Das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren unterstützt die geltende gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch und fordert eine frauengerechte Umsetzung. Wird dieses Recht eingeschränkt oder erschwert, ist das der Frauengesundheit abträglich, sind sich die Leiterinnen der sechs Frauengesundheitszentren einig. Seit 1975 ermöglicht die Gesetzeslage die alleinige Entscheidungsfreiheit der Frau über einen Schwangerschaftsabbruch. Die österreichische Praxis des Schwangerschaftsabbruches aber ist gekennzeichnet durch ein gesellschaftlich ablehnendes Klima, unzureichende Informations- und Zugangsmöglichkeiten, hohe Preise und fehlende Qualitätsstandards.

Durch diese Ausgangssituation können Frauen sich nicht ausreichend informieren, geschweige denn, Leistungen unter den ärztlichen Anbieter/innen vergleichen. Mängel bleiben verborgen und bestehen mitunter lange Zeit fort. Hohe Preise können gefordert werden. Selbstregulierung nach Preis und Qualität gibt es in Österreich nicht. Mangelhafte Information macht die Suche nach Möglichkeiten für einen Schwangerschaftsabbruch schwierig.

Es ist als eine Maßnahmen zur Qualitätssicherung anzusehen, dass Frauen das Recht auf folgende Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs haben:

- Unterstützung, Respekt und Anerkennung für ihre Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt;

- freien Zugang zu legalen, medizinisch einwandfreien Einrichtungen, die nach internationalen Qualitätsstandards arbeiten;
- eine öffentlich zugängliche, sachliche Information durch unabhängige Beratungsstellen und Frauengesundheitszentren;
- kompetente Sexualpädagogik, geschlechtsspezifisch, innerhalb und außerhalb der Schulen;
- leichten und kostenlosen Zugang zu Verhütungsmitteln.

Das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren ist der Auffassung, dass es nach über fünfundzwanzig Jahren jetzt an der Zeit ist, die gesetzlichen Möglichkeiten frauengerecht umzusetzen. Damit Frauen überall in Österreich tatsächlich selbst bestimmt über ihre Körperlichkeit und ihre Lebensperspektiven entscheiden können.

Weiter Informationen: Broschüre *Ungewollt schwanger*[33]

3.4.6 Ungewollte Kinderlosigkeit und assistierte Reproduktion

Begriffsbestimmungen

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, von sekundärer Sterilität spricht man, 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-virtro-Fertilisation (IVF)

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.

Box 3-6. Methoden der künstlichen Befruchtung: IVF und ICSI

In-vitro-Fertilisation (IVF) – Behandlungsschritte:

- Kontrollierte ovarielle Hyperstimulation (COH): Die Eierstöcke werden durch Hormongaben angeregt, mehr als eine Eizelle zu produzieren (Superovulation). Dadurch erhöhen sich die Chancen, dass sich mehrere befruchtungsfähige Eizellen gewinnen lassen.
- Follikulometrie, Ovulationsinduktion: Etwa eine Woche, nachdem mit der Stimulation der Eierstöcke begonnen wurde, kontrolliert der/die Ärzt/in mehrmals die Größe und Reife der Eizellen mittels Ultraschalluntersuchungen und Hormonwertbestimmungen im Blut. Sind die Eizellen herangereift und erscheinen befruchtungsfähig, werden die follikelstimulierenden Hormone abgesetzt. Dann löst eine Injektion mit dem Hormon Choriongonadotropin (hCG) den Eisprung aus.
- Follikelpunktion: 36 Stunden nach dem Auslösen des Eisprungs werden ultraschallgeleitet Eizellen entnommen.
- Fertilisation: Am Tag der Eizellentnahme wird frische Samenflüssigkeit des Partners benötigt (Masturbation). Die Samenflüssigkeit wird im Labor aufbereitet, um die Befruchtungsfähigkeit der darin enthaltenen Samenzellen zu verbessern. Die Eizellen werden mit den Spermien in einer Nährlösung zusammen gebracht und in einem Brutschrank kultiviert.
- Embryonentransfer: Wenn die Befruchtung einer oder mehrerer Eizellen gelungen ist, wer-

[33] www.fgz.co.at/ungewolltschwanger.pdf

den sie in den Körper der Frau übertragen (am zweiten Tag nach der Eizellentnahme).

Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Die 1992 erstmals durchgeführte Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) ist eine Methode der künstlichen Befruchtung (IVF), die zur Anwendung kommt, wenn die Samenzellen weder im Eileiter noch im Laborglas eine Eizelle befruchten können. Bei ICSI wird eine einzelne Samenzelle gezielt mit Hilfe einer extrem feinen Nadel direkt in eine zuvor entnommene Eizelle injiziert. ICSI ist die Methode zur Behandlung menschlicher Zeugungsunfähigkeit: bei natürlicher Befruchtung einer Eizelle sind hundert Millionen Spermien erforderlich, d.h. ein Mann mit weniger Spermien im Ejakulat ist zeugungsunfähig - dies kann durch die ICSI ausgeglichen werden.

Quelle: BZgA; www.familienplanung.de/kinderwunsch (Juni 2004)

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 Staatsbürgerinnen und Staatsbürger sind, ist darüber hinaus eine länger als drei Monate dauernde Beschäftigung bei einem Dienstgeber im Bundesgebiet erforderlich.

Krankenanstalten, die In-vitro-Fertilisationen unter Kostentragung des IVF-Fonds durchführen, benötigen eine Zulassung gemäß §5Abs.2 des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG BGBl 1992/275 i.d.F. BGBl I2001/98), einen rechtsgültigen Vertrag mit dem IVF-Fonds und einen Behandlungsvertrag mit den Patient/innen (ÖBIG, 2002; S.3ff.).

Im Jahr 2002 gab es in Österreich 22 IVF-Vertrags-Krankenanstalten (zehn öffentliche, zwölf 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.

Tabelle 3-29. IVF-Vertragsanstalten nach Bundesländern (2002)

	IVF-Vertrags-Krankenanstalten	davon privat	davon öffentlich
Burgenland	1	0	1
Kärnten	2	2	0
Niederösterreich	2	0	2
Oberösterreich	2	1	1
Salzburg	1	0	1
Steiermark	3	2	1
Tirol	2	1	1
Vorarlberg	2	1	1
Wien	8	6	2
Gesamt	22	12	10

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).

Tabelle 3-30. In Vitro-Fertilisationen (laut Österreichischem IVF-Register) nach Alter, Anzahl der Zyklen und Methode (2000-2002)

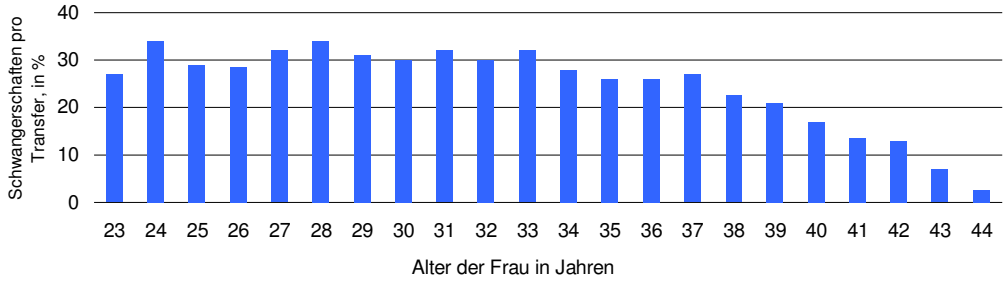
	2002			2001			2000		
	Anzahl	Prozent	S/F*	Anzahl	Prozent	S/F*	Anzahl	Prozent	S/F*
Anzahl der Paare	3.384	100	27,3	3.283	100	23,0	2.983	100	24,0
Alter der Frauen									
unter 26 Jahren	211	6	23,5	-	-	18,0	-	-	-
26 bis 30 Jahre	851	25	30,1	-	-	27,0	-	-	-
31 bis 35 Jahre	1.353	40	27,4	-	-	24,0	-	-	-
36 bis 40 Jahre	969	29	25,5	-	-	19,0	-	-	-
Anzahl der Zyklen	4.680	100	-	4.726	100		3.296	100	-
1 Versuch	2.315	68	-	2.092	64		-	-	-
2 Versuche	857	25	-	1.920	29		-	-	-
3 Versuche	197	6	-	633	6		-	-	-
4 Versuche	15	0,4	-	19	0,6		-	-	-
5 Versuche	0	0	-	1	0,03		-	-	-
Zyklen pro Frau	1,38	-	-	1,44	-	-	1,34	-	-
Method									
IFV	1.264	27	-	1.371	29	-	-	-	-
ICSI	3.416	72	-	3.355	71	-	-	-	-
Abbrüche	655	14	-	709	15	-	-	-	-
Schwangerschaften	1.193	-	-	986	-	-	854	-	-
IVF-Krankenanstalten	22	-	-	24	-	-	21	-	-
Zyklen nach Anstaltstyp									
Öffentliche KA	2.026	43	24,0	-	-	-	21	-	-
Private KA	2.654	57	29,8	-	-	-	24	-	-

*S/F = Schwangerschaften pro Follikelpunktion;
Quelle: ÖBIG, IVF-Register - Jahresberichte 2001, 2002 (Übersicht aus mehreren Tabellen)

Altersabhängigkeit des Behandlungserfolgs der IVF

In Deutschland werden seit 1982 In-vitro-Fertilisationen durchgeführt. Es liegen daher längerfristige und umfassendere Daten vor als in Österreich. Aus den Daten des Deutschen IVF-Registers ist zu erkennen, dass die IVF-Behandlungsergebnisse, gemessen am Prozentsatz der Schwangerschaften pro Embryonentransfer, mit zunehmendem Alter der Frau deutlich weniger Schwangerschaften aufweisen (Abbildung 3-22).

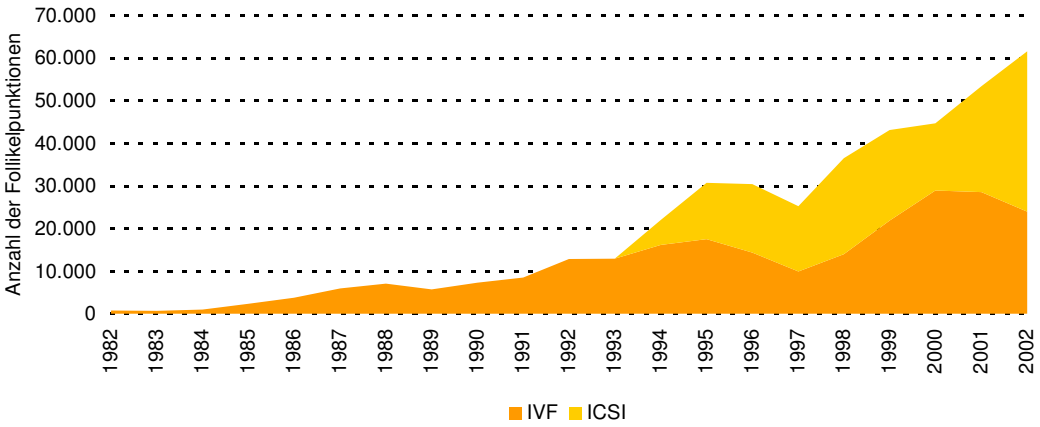
Abbildung 3-20. Altersabhängigkeit der IVF-Behandlungsergebnisse bei Frauen inDeutschland (2002)



Quelle: www.deutsches-ivf-register.de, Jahresbericht 2002; auf Basis von 19.974 transferierten Embryonen)

In Deutschland ist seit 1983 die *Häufigkeit der In-vitro-Fertilisationen kontinuierlich gestiegen:* Anfang der 1990er Jahre wurden rund 10.000 Follikelpunktionen pro Jahr durchgeführt, im Jahr 2002 waren es rund 60.000 (Abbildung 3-23). Zum Vergleich: In Österreich wurden im Jahr 2002 4.680 Follikelpunktionen durchgeführt.

Abbildung 3-21. Verhhältnis von IVF und ICS in der assistierten Reproduktion inDeutschland (1982-2002)



Quelle: www.deutsches-ivf-register.de, Jahresbericht 2002

Vergleich der Praxis der assistierten Reproduktion (EU-15-Länder)

In den Jahren 1998, 2001 und 2004 wurden internationale Vergleich der Praxis der assistierten Reproduktion in Form der *IFFS-Surveillance* der *International Federation of Fertility Societies (IFFS)* vorgelegt, die einen Überblick über die Rahmenbedingungen in 52 Ländern gibt (Jones und Cohen 1999; 2001, 2004). In den Ländern der EU-15 ist eine sehr unterschiedliche Anzahl an IVF-Zentren zu beobachten: z.B. gibt es in Spanien 203 Zentren, in Frankreich 140, in Norwegen nur zehn, in Irland sechs Zentren. In den meisten EU-15-Ländern sind rechtliche Regelungen oder Richtlinien und auch eine öffentliche finanzielle Unterstützung vorhanden. Die Regelungen hinsichtlich der Präimplantationsdiagnostik (PID) unterscheiden sich jedoch zwischen den einzelnen Ländern (Tabelle 3-31).

Tabelle 3-31. Ausgewählte Ergebnisse der IFFS-Surveillance 04 in den EU-15-Ländern (2004)

Länder	Anzahl der IVF-Zentren	Gesetzgebung vorhanden (R = Richtlinien)	Öffentliche finanzielle Unterstützung für IVF	PID** nicht erlaubt / nicht verwendet
AT - Österreich	23–24	+	+	+
Belgien	18	+	+	
Dänemark	19	+	+	
Finnland	18–19		+	
Frankreich	140	+	+	
GER – Deutschland	108	+	+	+
Griechenland	46	+	+	
Irland	6	R		+
Italien	-	R	+	+
Niederlande	13	+	+	
Norwegen	10	+	+	+
Portugal	17–18	R	+	
Spanien	203*	+	+	
Schweden	15	+		
Schweiz	17–18	+	+	+
UK - England	75	+	+	

* Spanien: 38 öffentliche, 165 private Zentren: **PID = Präimplantationsdiagnostik
Quelle: Jones HW & Cohen J, IFFS Surveillance, Fertility and Sterility, Vol. 81, No. 5, Suppl. 4, May 2004; S12

Psychologische Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit

Die Diagnose einer Fruchtbarkeitsstörung stellt für viele Paare ein Verlusterlebnis dar, der ein wichtiges Lebensziel verhindert. Der Verlauf der psychischen Reaktionen auf dieses Verlusterlebnis lässt sich mit Hilfe des psychologischen Coping-Konzepts erklären, das die einzelnen Phasen der psychischen Verarbeitung verdeutlicht (Onnen-Isemann, 1998): Auf die Mitteilung der Diagnose *Infertilität / Sterilität* folgt eine erste Phase des Schocks, der

Verzweiflung und Hilflosigkeit. Häufig folgt dem Schock eine Phase der Verneinung und des nicht wahr haben Wollens: Viele Paare nehmen in dieser Phase weitere Untersuchungen auf sich, manche reagieren aber auch mit Ärger, Wut, Frustration oder Aggression auf die Tatsache, nicht schwanger werden zu können. In der folgenden von Schuldgefühlen geprägten Phase suchen Paare nach Schuldzuweisungen für ihr Defizit, dabei kann es auch zu gegenseitigen Schuldzuweisungen kommen. Viele der Betroffenen reagieren aber auch mit Isolierung und Rückzug von Sozialkontakten oder mit Depressionen (Schlafstörungen, Desinteresse, ...). Meistens beginnt erst nach einer mehrwöchigen „Achterbahnfahrt der Gefühle" der eigentliche Verarbeitungsprozess: Trauer setzt ein über den Verlust, der in seinen vollen Konsequenzen erkannt wird. Erst diese Phase ermöglicht schließlich die Akzeptanz der Tatsache der Unfruchtbarkeit: Neue Zukunftspläne können überlegt und Entscheidungen getroffen werden.

Diese Beschreibung stellt den Idealfall einer Bewältigung dar – nicht allen Personen bzw. Paaren gelingt sie. Aber es wird deutlich, dass es sich um einen mühsamen und langwierigen Prozess handelt, der durch professionelle Begleitung unterstützt und gefördert werden sollte.

Langfristige psychische Folgen des unerfüllten Kinderwunsches können u. a. Probleme mit dem Selbstwertgefühl sein, wenn das Ausbleiben einer Schwangerschaft als Kränkung und Insuffizienz der Weiblichkeit bzw. Männlichkeit erlebt wird. Partnerschaftsprobleme sind häufig, meist aufgrund einer fehlenden Balance der Intensität des Kinderwunsches zwischen Mann und Frau. Sexuelle Probleme treten in jenen Beziehungen auf, wo der Geschlechtsverkehr auf die Erfüllung des Kinderwunsches funktionalisiert wird (Strauß und Bayer, 2004).

Medizinische und psychische Risiken und Folgen der assistierten Reproduktion

Zu den medizinischen Folgen der Behandlung bei der assistierten Reproduktion (IVF, ICSI) liegen in Österreich keine publizierten Daten vor. Folgende Risiken für die Frau sind mit einer assistierten Reproduktion verbunden:

- Durch die hormonelle Stimulationsbehandlung der Frau kann es zur *Überreaktion der Eierstöcke* kommen (ovarielles Überstimulations-Syndrom, OHSS), das durch Zysten, Aszites (Wasseransammlung im Bauchraum), sowie durch Blutdruck- und Blutdichteveränderungen äußert; zudem können Thrombosen, Atemnot oder ein akutes Leber-Nieren-Versagen auftreten. Weltweit sind bis zu vier Prozent aller behandelten Frauen betroffen; in Deutschland entwickelten im Jahr 2001 371 Frauen (0,7 Prozent aller behandelten Frauen) eine schwere Form des OHSS-Syndroms. Da bei der Präimplantationsdiagnostik mehr Eizellen gewonnen werden als bei der IVF/ICSI-Befruchtung, ist für die PID-Patientiennen das Risiko noch zusätzlich erhöht.
- Risiken in Zusammenhang mit *Mehrlingsschwangerschaften und -geburten:* Die Wahrscheinlichkeit von Zwillingen beträgt bei natürlicher Konzeption 1:85 Geburten, bei IVF 1:4 Geburten und bei ICSI 1:5 Geburten. Rund vierzig Prozent aller Geburten nach assistierter Reproduktion sind Mehrlinge (Felberbaum et al., 2004).
- Weitere Komplikationen könne sein: Fehlgeburt, Extrauterinschwangerschaft, Stieldrehung des Eierstocks als Folge von Überstimulation, Akutkomplikationen bei der Follikelpunktion, Infektionen als Spätkomplikationen, Kaiserschnitt.
- Starke *psychische Belastung* durch die Diagnose und Behandlung der Fertilitätsstörungen wird von etwa der Hälfte bis zwei Dritteln der betroffenen Personen berichtet; Ängstlichkeit und Depression treten vor allem nach erfolgloser Behandlung bzw. in der Zeit des Wartens auf das Behandlungsergebnis auf. Bei etwa 20 bis 40 Prozent der Paare erfüllt sich der Kinderwunsch nicht.

Quelle: Strauß und Bayer, 2004, S.18; Nationaler Ethikrat, 2003

Entwicklung von Kindern aus assistierter Reproduktion

Über die Unterschiede in der Entwicklung von Kindern nach assistierter Reproduktion und nach natürlicher Zeugung liegen bislang folgende wissenschaftlichen Ergebnisse vor (zitiert nach Strauß und Bayer, 2004):

- Es sind häufiger neurologische Störungen bei Kindern nach IVF-Zeugung zu beobachten (Strömberg et al., 2002).

- Die Rate an Missbildungen bei Kindern aus einer Zeugung mittels ICSI liegt höher als bei Spontanschwangerschaften (8,6 Prozent Fehlbildungen nach ICSI vs. 6,9 Prozent Fehlbildungen bei natürlicher Empfängnis (Ludwig et al., 2002).
- Kinder aus IVF oder ICSI haben im Vergleich zu Kindern nach spontaner Konzeption ein zwei- bis dreifach so hohes Risiko für ein Geburtsgewicht unter 2.500 g (6,5 Prozent vs. 2,5 Prozent) (Schieve et al., 2002).

Die weitere körperliche und geistige Entwicklung von Kindern aus assistierter Reproduktion dürfte entsprechend der bislang vorliegenden Befunde großteils ohne gravierende Auffälligkeit verlaufen (u. a. Golombok et al., 2004). Über die Entwicklung von Kindern aus IVF liegen allerdings keine Langzeitstudien vor.

3.4.7 Pränataldiagnostik

Das wachsende Angebot an diagnostischen Angeboten in der Schwangerschaft führt zum einen zu einer genaueren Früherkennung gesundheitlicher Risiken für Mutter und Kind, zum andern 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.

Häufigkeit und Indikationen zur Pränataldiagnostik

Über die Häufigkeit pränataldiagnostischer Untersuchungen liegen in Österreich bislang keine veröffentlichten Daten vor. Entsprechende Ergebnisse aus Deutschland verweisen auf eine Rate von rund 550 Chorionzottenbiopsien je 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 (Tabelle 3-32).

Tabelle 3-32. Pränataldiagnostische Untersuchungen in Deutschland (1996-1999)

	1996		**1997**		**1998**		**1999**	
Lebendgeburten (LG)	769.013		812.785		758.034		770.744	
	Anzahl	Rate je 100.000 LG	Anzahl	Rate je 100.000 LG	Anzahl	Rate je 100.000 LG	Anzahl	Rate je 100.000 LG
Chorionzottenbiopsie	4.145	539	4.558	560	4.539	599	4.310	559
Amniozentese	58.186	7.566	62.667	7.710	62.419	8.234	63.010	8.175
Gesamt	62.331	8.105	67.225	8.271	66.958	8.786	67.320	8.734
Fehlgeburten nach PND*	600	rd. 80	700	rd. 80	700	rd. 80	700	rd. 80

* Schätzung bei Annahme von 1% Abortrisiko; Quelle: Nationaler Ethikrat, 2003; S.27

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).

Tabelle 3-33. Indikationen für die invasive Pränataldiagnostik (PND) inDeutschland (2001)

	Basis = 1.431 PND-Tests	
Indikation	**Anzahl**	**Prozent**
erhöhtes mütterliches Alter	1.022	71,4
auffälliger mütterlicher Serumbefund (Triple-Test)	166	11,6
psychische Indikation	119	8,3
auffälliger Ultraschallbefund	12	0,8
hohes Risiko für monogen bedingte Erkrankung (>25%)	43	3,0
Eltern Träger einer balancierten Chromosomenstörung	18	1,3
vorheriges Kind mit Chromosomenstörung	51	3,6

Quelle: Nationaler Ethikrat, 2003; S.27 (aus einer Studie von Nippert, 2001)

Entwicklung der Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge

1950er Jahre	Korrekte Bestimmung der Chromosomenzahl
1961	Contergan-Skandal: Geburt von Kindern mit Schädigungen nach Einnahme des Schlafmittels Thalidomid durch schwangere Frauen; erste Humangenetik-Institute in Europa
1964 bis 1972	Europäische Forschungsprojekte zu Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung (z.B. bundesweites Projekt der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG): Systematische Untersuchung von 20.000 Frauen während ihrer Schwangerschaft und ihrer Kinder bis zum dritten Lebensjahr; Ergebnis: ca. vier Prozent Kinder haben angeborene Behinderungen/Beeinträchtigungen. Hinweise auf ein Altersrisiko der Frau. Folge: Empfehlung, Schwangere laufend zu überwachen (Abschlussbericht 1977)
1968	erstmalige pränatale Diagnose einer Trisomie 21 (Down-Syndrom)
1969	erste wissenschaftliche Publikationen zum Ultraschall
1970er Jahre	erste Fruchtwasseruntersuchungen (Amniozentese - AZT) in Europa; umfassende Studien als Voraussetzung der routinemäßigen Anwendung der AZT in der Schwangerenvorsorge
1975	Gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs – Straffreiheit laut §97 des Strafgesetzbuches-StGB: Fristenregelung (StGB, § 97, Abs 1, Z.1); die Indikationenregelung (StGB, § 97, Abs 1, Z.2 und 3) erlaubt Schwangerschaftsabbrüche bis zum Einsatz der Wehen bei entsprechender medizinischer Indikation (Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter), eugenischer Indikation (Gefahr, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde), Indikation der Unmüdigkeit (wenn die Schwangere zur Zeit der Empfängnis unmündig gewesen ist, d.h. unter 14 Jahre alt war)
1975	Mutter-Kind-Pass zur Regelung der Schwangerenvorsorge und medizinischen Grundversorgung von Neugeborenen und Kleinkindern: Aufnahme des Ultraschalls in den Mutter-Kind-Pass (17.-20. Schwangerschaftswoche, 30.-34. Schwangerschaftswoche)
seit 1980er Jahre	Entwicklung folgender pränataldiagnostischer Untersuchungen: Fetoskopie (Betrachtung des Fetus mit einem speziellen Endoskop), Nabelschnurpunktion, Chorionbiopsie (Probenentnahme aus der Plazenta) , AFP (Alpha-Fetoprotein) im Blut oder Fruchtwasser, Triple-Test, NT-Screening (Nackentransparenz-Messung)

Quelle: Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin; www.bvkm.de/praenataldiagnostik/ (Juni 2004)

Box 3-7. Methoden der Pränataldiagnostik

Methoden der Pränataldiagnostik

Chromosomenanomalien können zu 90 Prozent pränatal diagnostiziert werden, die häufigste Chromosomenanomalie ist die Trisomie 21 (Down-Sydrom). Für Chromosomenanomalien gibt es keine Therapie, das heißt die Eltern sind nach Mitteilung der Diagnose vor die Entscheidung gestellt, die Schwangerschaft fortzusetzen oder abzubrechen. Im Folgenden ein kurzer Überblick über die wesentlichsten Untersuchungen; ein ausführlicher Überblick, der auch mögliche Bedenken aus der Sicht der Frau anführt, ist z.B. in der Broschüre „Pränataldiagnostik. Eine Erstinformation" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002) zu finden.

A) Nicht-invasive pränataldiagnostische Methoden: Ultraschall-Untersuchungen, Nackenfaltenmessung und Blutuntersuchungen

Ultraschall-Untersuchungen: Seit rund 30 Jahren steht die Ultraschalluntersuchung als nicht-invasive Methode in der Pränataldiagnostik zur Verfügung für:

- die Feststellung und Bestätigung einer Schwangerschaft und des Schwangerschaftsstadiums,
- die Beurteilung der Entwicklung des Kindes (z.B. Herztätigkeit),
- die Mehrlingsdiagnose,
- die Beurteilung der Plazenta,
- die Vorbereitung und Überwachung von Fruchtwasserpunktionen und Chorionzottenbiopsie
- die Nackenfaltenmessung

Nackenfaltenmessung (10. bis 14. Schwangerschaftswoche): Mit dem Ultraschall (meist beim ersten Routine-Ultraschall) wird die sog. Nackenfalte beim Ungeborenen gemessen. Wird dabei ein bestimmter Wert erreicht, wird eine weitere Risikoeinschätzung unter Einbeziehung des Alters der Frau, der genauen Schwangerschaftsdauer und der Größe des Ungeborenen vorgenommen.

1. Trimester-Test (11. bis 14. Schwangerschaftswoche; Ergebnis nach 1 Woche): Kombination der Serumspiegel des PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) und des freien ß-HCG (Hormon: Humanes Choriongonadotropin) im mütterlichen Blut. Der Test ergibt Informationen zur Trisomie 21. Bei auffallenden Befunden wird eine weitere invasive Diagnostik empfohlen.

Triple-Test (16. bis 18. Schwangerschaftswoche; Ergebnis nach 1 Woche): Durch die Bestimmung von drei Substanzen im Blut der Mutter in der 16.Schwangerschaftswoche (Alpha-Feto-Protein-AFP, HCG, Östriol = AFP-plus) können Hinweise auf Trisomie 21, andere Chromosomenabweichungen und nach Neuralrohrdefekten erfasst werden.

B) Invasive Methoden zur Chromosomenanalyse:

Chorionzottenbiopsie (ab der 11. Schwangerschaftswoche): Diese Untersuchung erfordert einen Einstich mit einer Hohlnadel in den sich bildenden Mutterkuchen durch die Bauchdecke der Frau, aus dem Gewebe entnommen wird. Es können Chromosomenabweichungen beim Ungeborenen und vererbbare Krankheiten (z.B. Muskel- und Stoffwechselerkrankungen) festgestellt werden. Das Risiko einer Fehlgeburt nach Chorionzottenbiopsie liegt bei 1-2 Prozent bei Zugang durch die Bauchdecke und bei 2-4 bei Zugang durch den Gebärmutterhals.

Fruchtwasserpunktion (Amniozentese; ab der 16. Schwangerschaftswoche; Ergebnis nach bis zu 2 Wochen): Unter Ultraschallkontrolle werden Zellen des Kindes aus dem Fruchtwasser mittels Punktion per Hohlnadel durch die Bauchdecke gewonnen, welche im genetischen Labor bis zur Zellteilung kultiviert werden. Es können Chromosomenabweichungen, Neuralrohrdefekte und Muskel- und Stoffwechselerkrankungen festgestellt werden. Das Risiko einer Fehlgeburt nach Amniozentese liegt bei etwa einem Prozent.

Nabelschnurpunktion (ab der 16. Schwangerschaftswoche; Ergebnis nach 2-4 Tagen): Diese Untersuchung erfordert einen Einstich durch die Bauchdecke der Frau, um aus der Nabelschnur kindliches Blut zu entnehmen. Befunde wie nach Fruchtwasseruntersuchung sind möglich. Wird bei Verdacht auf eine Infektion des Ungeborenen z.B. mit Röteln gemacht und können medikamentös behandelt werden. Bei Blutarmut des Kindes (Rhesus-Unverträglichkeit) ist eine Bluttransfusion möglich. Das Fehlgeburtsrisiko ist größer als ein Prozent.

C) Untersuchungen des Embryos vor dessen Transfer in die Gebärmutter bei In-Vitro-Fertilisation (IVF) = Präimplantationsdiagnostik (PID):

Einzelne Zellen des Embryos werden diesem ab dem 3. Tag entnommen und auf Chromosomenstörungen bzw. genetische Erkrankungen untersucht. Bei Vorhandensein eines Defekts wird dieser Embryo nicht transferiert - eine Schwangerschaft tritt in diesem Falle erst gar nicht ein. Im Europäischen Raum ist die PID in Österreich, in Deutschland, der Schweiz und Italien gesetzlich verboten, bzw. wird in Norwegen, Polen, Rumänien und Bulgarien nicht verwendet; in allen anderen europäischen Ländern kommt die PID – unter sehr unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen – zur Anwendung (Jones & Cohen 2004; siehe Kapitel Fortpflanzungsmedizin).

Quellen: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA (2002), S.2-3; Broschüre „Pränataldiagnostik. Spezielle vorgeburtliche Untersuchungen", hg. vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, erschienen 2004.
http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/2/9/1/CH0089/CMS1106561316826/praenataldiagnostik-kompl.pdf

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, dass sich explizit auf die Notwendigkeit psychosozialer Beratung bezieht (§ 69 des Gentechnikgesetztes; 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 eine/n Psychotherapeut/in oder Sozialarbeiter/in wird im Gentechnikgesetz ausdrücklich hingewiesen.

Im Jahr 1996 beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz die Erstellung von **Richtlinien zur psychotherapeutischen und soziale Beratung im Rahmen der genetischen Beratung** (Fiegl et al., 1996). Diese Richtlinien enthalten ein interdisziplinäres Modell der Integration psychotherapeutischer Beratung in den Bereich der humangenetischen Diagnostik. Als längerfristige notwendige Maßnahmen wird u. a. die Verbesserung der Informationsstruktur vorgeschlagen, d.h. die Klient/innen müssen z.B. durch Broschüren ausreichend über Möglichkeiten und Grenzen der Humangenetik informiert werden. Ein weiterer Vorschlag betrifft die Verbesserung der Weiterbildung des ärztlichen sowie des psycho- und soziotherapeutischen Personals hinsichtlich ihrer kommunikativen Kompetenzen.

Ein weiterer 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 Berater/innen 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 Psychotherapeut/innen mit einer zusätzlichen nachgewiesenen Qualifikation auf dem Gebiet der Humangenetik heranzuziehen.

Aktuell wurde in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) eine Broschüre zur Pränataldiagnostik erstellt; eine weitere Broschüre wurde – ebenfalls mit Unterstützung des BMSG - im Rahmen des *dialog <> gentechnik* erarbeitet (www.dialog-gentechnik.at).

Kommentar zur Pränataldiagnostik

Mag. Edeltraud Voill
Psychologin, Supervisorin, Geburtsvorbereiterin
NANAYA Wien; www.nanaya.at; nanaya@utanet.at

Durch die Pränataldiagnostik entfernt sich die Schwangerenvorsorge immer mehr von der Frau und der Fötus als Produkt rückt in den Mittelpunkt. Frauen sind Lieferantinnen von Labordaten und Kardiogrammen. Mediziner/innen gelten als Expert/innen für Schwangerschaft und Geburt. Das Schwangerschaftsgeschehen bestimmt nicht die Frau, sondern die medizinischen Kontrollen. Auf die Bedürfnisse von Frauen nach Begleitung im Schwangerschaftsprozess reagiert die Gynäkologie mit einem Konzept, in dem Untersuchungen und Tests des Ungeborenen und dessen mögliche Normabweichungen zentral sind. Die pränatale Diagnostik suggeriert uns die Machbarkeit *gesunder* Kinder und die Kontrolle über Lebensprozesse und Ängste in der Schwangerschaft, die auf die Angst vor einem behinderten Kind reduziert werden. Trotz noch so vieler Kontrollen und Untersuchungen kann uns die pränatale Diagnostik keine gesunden Kinder schaffen. Sie verschafft uns zwar sehr viel Information, ohne aber auf die Konsequenzen der Information Rücksicht zu nehmen. Dass Schwangerschaftsängste, zumindest im ersten Drittel der Schwangerschaft normal sind, zu jeder Schwangerschaft gehören und jede Frau in der Regel dafür ihre eigenen Bewältigungsmuster hat, wird dabei außer Acht gelassen.

Pränatale Diagnostik ist in den seltensten Fällen auf Therapie ausgerichtet. Die meisten Eingriffe haben selektiven Charakter. Nackenfaltenmessung, Combined Test, Fruchtwasseruntersuchungen, Chorionzottenbiopsie, Ultraschalluntersuchungen können vieles sehen und beschreiben, aber es besteht in der Regel keine Möglichkeit der Therapie, außer man versteht unter Therapie nach einem auffälligen Befund den Schwangerschafsabbruch, der zu einem sehr weit fortgeschrittenen Zeitpunkt der Schwangerschaft durchgeführt wird. Das bedeutet eine eingeleitete Geburt bei der die Frau unter Umständen in tagelangen Wehen ihr Kind zu Tode gebiert.

Die pränatale Diagnostik hat in den letzten Jahren einen erheblichen Aufschwung erlebt. War sie in ihren Anfängen für so genannte Risikoschwangerschaften gedacht, ist heute für jede schwangere Frau, die sich in medizinische Schwangerenvorsorge begibt, das Angebot der pränatalen Diagnostik Routine. Schwangerschaft erfordert aber in den meisten Fällen keine Technik, keine Diagnose und keine Medizin. Die Suche nach Anomalien und Behinderung hat wenig mit Schwangersein zu tun. Sie kommt aus dem Streben der Medizin, Krankheiten und Behinderung abzuschaffen.

Nachdem die Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaften nicht der Vorsorge der Schwangeren dienen, sonder der Entdeckung von Normabweichungen und der Selektion von Behinderten, fordern wir als Mitglied des *Netzwerkes gegen Selektion* durch Pränataldiagnostik daher, dass Screeningmethoden aus der regulären Schwangerenvorsorge herausgenommen werden müssen. Unter anderem deshalb, weil die für eine informierte Zustimmung nötige Aufklärung und Beratung vor allen diagnostischen Maßnahmen, die zu einem Schwangerschaftsabbruch führen können, in der Routine der Schwangerenvorsorge nicht geleistet werden kann. Die patient/innenrechtliche Erfordernis der informierten Zustimmung der Frau gilt nicht nur für invasive, sondern für alle diagnostischen Maßnahmen – auch für Untersuchungen zur so genannten Risikoabschätzung, die den Weg in eine invasive Diagnostik bahnen. Ein Informationsblatt ist als Grundlage für eine informierte Zustimmung nicht ausreichend. Zur Aufklärungspflicht gehört der Hinweis auf psychosoziale Beratungsangebote, die unabhängig von der die Diagnostik anbietenden Instanz sind.

3.4.8 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 zu Themen wie z.B. Abtreibung, Reproduktionsmedizin, Hirntod, Euthanasie, Patentierung menschlicher Gene und Gewebe in diesem Regelwerk überhaupt nicht behandelt werden.

Wesentliche Inhalte der Biomedizinkonvention:

1. Ziel der Konvention ist der Schutz der Würde, Identität und Integrität aller menschlichen Lebewesen.
2. Die Konvention betont die Grundregel der freiwilligen und jederzeit widerrufbaren Einwilligung von Patient/innen nach vorheriger angemessener Aufklärung (informed consent).
3. Der Schutz der Wahrung der Privatsphäre und das Recht auf Wissen und auf Nichtwissen müssen gegeben sein.
4. Bei Untersuchungen, die genetisch bedingte Krankheiten vorhersagen können, ist jede Form von Diskriminierung wegen des genetischen Erbes zu verbieten; prädiktive genetische Untersuchungen müssen an Gesundheitszwecke sowie an gesundheitsbezogene wissenschaftliche Forschung und angemessene Beratung gebunden sein.
5. Fragen der medizinischen Forschung: (a) Schutz von Personen, die an einer wissenschaftlichen Forschung teilnehmen (informed consent); (b) Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen; (c) Forschung an Embryonen in vitro; (d) Erzeugung menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken.
6. Problem der Entnahme von Organen und Gewebe von lebenden Spendern zu Transplantationszwecken.
7. Verbot der Kommerzialisierung des menschlichen Körpers; Regelung der Verwendung von Teilen, die dem menschlichen Körper entnommen sind.

Entwicklungsschritte der Biomedizin

1977	Erstmals wurde ein durch IVF gezeugter Embryo in den Uterus einer Frau eingesetzt.
1978	Am 25. Juli 1978 wird ein gesundes Mädchen namens Louise Joy Brown in Großbritannien geboren: das erste *Retortenbaby*.
1990	erste PID in den USA durchgeführt
1992	Fortpflanzungsmedizin-Gesetz (FmedG – BGBl. 275/1992)
1994	Gentechnikgesetz (GTG), Abschnitt IV. Genanalysen und Gentherapie am Menschen „Bundesgesetz, mit dem Arbeiten mit gentechnisch veränderten Organismen und die Anwendung von Genanalyse und Gentherapie am Menschen geregelt wird"
1997	Bioethik-Konvention („Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin" des Europarates)
1998	Biopatent-Richtlinie (Richtlinie 98/44/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. Juli 1998 über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen (CelexNr 31998 L 044)
1998	erstmals Gewinnung und Vermehrung von menschlichen embryonalen Stammzellen
2000	IVF-Fonds-Gesetz (BGBl I 1999/180) zur finanziellen Unterstützung von In-vitro-Fertilisationen (IVF)
2001	Bioethik-Kommission beim Bundeskanzleramt eingerichtet
2004	Gesetzesentwurf zu einer Novelle des Fortpflanzungsmedizingesetzes

Die österreichische Bioethikkommission

hat bislang mehrere Stellungnahmen zu Fragen der Biomedizin abgegeben (Gmeiner, 2003):

- Am 11.2.2002 hat die Bioethikkommission einstimmig einen Beitritt Österreichs zur *Biomedizinkonvention* des Europarates empfohlen.
- Am 6.3.2002 kommt die Kommission zum Ergebnis, dass „die innerstaatliche Umsetzung der *Biotechnologie-Richtlinie* auch aus ethischer Sicht wichtig ist".

- Im Mai 2002 hat die Bioethik-Kommission zu Fragen der *Stammzellenforschung* im Kontext des 6. EU-Forschungs-Rahmenprogramms (2002-2006) Stellung genommen: Konsens herrscht darüber, dass weder die verbrauchende Embryonenforschung noch Arbeiten zum therapeutischen Klonen finanziell gefördert werden sollen. Vorrangig soll die Forschung an adulten Stammzellen gefördert werden. Während aber acht von neunzehn Kommissionsmitgliedern jegliche Forschung an humanen embryonalen Stammzellen ablehnen, weil sie deren Gewinnung für ethisch inakzeptabel halten, befürwortet eine Mehrheit von elf Mitgliedern zumindest Forschungsarbeiten an bereits existierenden embryonalen Stammzell-Linien, sofern eine Reihe von Auflagen eingehalten werden.
- Am 12.2.2003 hat die Kommission das so genannte *reproduktive Klonen* (Klonen, um Kinder herzustellen; *cloning to produce children*) einstimmig abgelehnt. Gleichzeitig wurde auf die hohe Dringlichkeit, sich auf nationaler wie internationaler Ebene für ein ausdrückliches gesetzliches Verbot des reproduktiven Klonens einzusetzen, hingewiesen. Es wird von der Kommission betont, dass die Ablehnung des reproduktiven Klonens nicht als ein vorläufiges, bloß von der Sicherheit des Verfahrens (Ausschluss der Risiken für Mutter und Kind) abhängiges Verbot sei, sondern die Kommission beurteilt das reproduktive Klonen als ein Verfahren, das aus folgenden ethischen Gründen prinzipiell abzulehnen ist: (1) der Verstoß gegen die Menschenwürde (Instrumentalisierungsverbot); (2) das Recht auf zweifache biologische Kindschaft; (3) die Unverantwortlichkeit von Menschenversuchen zur Entwicklung und Absicherung des Verfahrens; (4) die Risiken für Mutter und Kind; (5) ethische Grenzen der reproduktiven Autonomie; (6) die Unterminierung familialer und intergenerativer Beziehungen sowie (7) die Ökonomisierung des Menschen und die Prioritätensetzung medizinischer Forschung und Behandlung.

3.4.9 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.

Die gesetzliche Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PID) und deren aktuelle Diskussion in Österreich

In Österreich besteht derzeit keine ausdrückliche gesetzliche Regelung über die Zulässigkeit der PID, und zwar weder im Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG, BGBl-1992/275) noch im Gentechnikgesetz (GTG, BGBl-1994/510). Im Fortpflanzungsmedizingesetz gibt es folgenden Hinweis auf ein implizites Verbot der PID (§9-Abs1-FMedG): *„Entwicklungsfähige Zellen dürfen nicht für andere Zwecke als für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden. Sie dürfen nur insoweit untersucht und behandelt werden, als dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist. Gleiches gilt für Samen oder Eizellen, die für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden sollen.*" (zitiert nach: Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 2004; S.19)

Es besteht bislang noch kein Konsens über die genaue Reichweite dieses aus §9Abs1-FMedG abgeleiteten Verbots der PID, insbesondere in der Frage, wann eine Untersuchung *zur Herbeiführung einer Schwangerschaft* erforderlich und daher rechtlich zulässig ist. Zu dieser Fragen werden drei unterschiedliche Standpunkte vertreten: (1) ein generelles Verbot; (2) eine Zulassung der PID in Analogie zur pränatalen Genanalyse (§65-Abs3-GTG); und (3) ein grundsätzliches Verbot der PID mit der Ausnahme eines Einsatzes zum

Ausschluss von genetischen Anomalien, die mit dem erfolgreichen Eintritt einer Schwangerschaft unvereinbar sind. Als weitere Frage ist dabei zu bedenken, dass, selbst wenn man eine PID in gewissem Umfang erlaubt, sie entsprechend dem Fortpflanzungsmedizingesetz nur in jenen Fällen vorgenommen werden dürfe, in denen eine Infertilität vorliegt. Eine gesetzliche Zulassung der PID müsste auch eine Erweiterung der Indikationen für die IVF nach sich ziehen, weil es andernfalls zu einer gleichheitswidrigen Privilegierung infertiler Paare kommen würde.

Eine ausführliche Darstellung der naturwissenschaftlich-medizinischen, ethischen und rechtlichen Aspekte der PID in Österreich wurde jüngst in Form eines Berichtes von der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt vorgelegt. In diesem Bericht werden differenzierte Argumente und Stellungnahmen für eine beschränkte Zulassung jenen einer Beibehaltung der bestehenden Gesetzeslage gegenüber gestellt (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 2004; http://www.bka.gv.at, >Fachinhalte >Bioethik).

Rechtliche Regulierung und medizinische Praxis der PID

Das Büro für Technikfolgen-Abschätzung (BTA) beim Deutschen Bundestag legte Anfang des Jahres 2004 eine Expertise vor, welche die rechtliche Regulierung und praktische Anwendung der Präimplantationsdiagnostik in Belgien, Dänemark, Norwegen, Italien, Frankreich, Großbritannien und den USA vergleicht. Über die tatsächliche Anzahl der Zentren und die Geburtenzahlen in den jeweiligen Ländern konnte kein Überblick gewonnen werden. Die vorhandenen Daten lassen auf eine Zahl von mindestens 1.600 Kindern schließen, die bis Anfang 2003 in den erfassten Ländern, in denen die PID zulässig ist, nach Durchführung einer PID zur Welt gekommen sind. Die tatsächliche Zahl der Kinder dürfte weitaus höher liegen, da zumindest in den USA und Italien eine erhebliche Zahl von Zentren, die bislang PID durchgeführt haben, nicht erfasst ist (BTA, 2004).

Ein zentrales Thema der Diskussionen um die Zulassung der PID ist, ob und wie sich die Anwendung der PID auf einen eng definierten Nutzerkreis eingrenzen lässt (z.B. auf Paare mit einem nachgewiesenen hohen Risiko, ein Kind mit einer schweren genetisch bedingten Erkrankung oder Behinderung zur Welt zu bringen) oder ob eine Indikationsausweitung langfristig nicht verhindert werden kann. Es zeigt sich, dass bei Einführung der PID ohne starke rechtliche oder sonstige regulatorische Barrieren nach einer kurzen Etablierungsphase mit einer recht schnellen Ausweitung der Praxis zu rechnen ist. Für die Ausweitung der Nutzung der PID in Belgien, aber auch in den USA und Italien (bis Ende 2003), ist vor allem der Einsatz der PID zur Verbesserung der Erfolgsaussichten der IVF durch Selektion von Embryonen mit chromosomalen Anomalien verantwortlich. Die PID zur Diagnose monogener Erkrankungen und von Chromosomen-Defekten bei Paaren mit einem bekannten genetischen Risiko macht hier mittlerweile den geringeren Teil der Fälle aus. Die Expertise des deutschen Büros für Technikfolgen-Abschätzung (BTA, 2004) kommt zu dem Schluss, dass bei einem Verzicht auf gesetzliche Regulierungen davon ausgegangen werden kann, dass die Nutzung der PID nicht auf Einzelfälle mit besonderen Risiken oder auf medizinische Indikationen begrenzt bleiben wird, sondern, vergleichbar der Entwicklung der Pränataldiagnostik, von einem in Ausnahmefällen indizierten Angebot zunehmend als *Routinecheck* im Rahmen der IVF-Behandlung etabliert wird.

Die sieben vergleichenden Länderstudien zur Regelung und Praxis der PID ergaben einen uneinheitlichen Stand der Nutzung der PID, große Unterschiede im Grad der staatlichen Kontrolle, sehr unterschiedliche Konzepte der rechtlichen Regulierung im Rahmen der Biomedizin (Reproduktionsmedizin, PID) und eine unterschiedliche Beteiligung der Öffentlichkeit an der Diskussion über die PID (BTA, 2004).

Aus Sicht der Frauengesundheit ist jedenfalls anzumerken, dass zur Durchführung einer PID wesentlich mehr Eizellen benötigt werden, als für eine IVF ohne PID. Dies wiederum bedeutet, dass die Frau hormonell sehr stark stimuliert werden muss, damit genügend Eizellen reifen und dass sie sich damit einem hohen gesundheitlichen Risiko aussetzt. Jüngere Studien weisen darauf hin, dass die PID die IVF-Erfolge nicht notwendigerweise steigert. Das wird vor allem dann klar, wenn man sich die Geburtenrate ansieht und nicht die Schwangerschaftsrate.

Univ.-Prof. DDr. Johannes Huber, Vorsitzender der Ethikkommission des österreichischen Bundeskanzlers, schrieb dazu in der Tageszeitung „Die Presse" (23.11.05): „Bereits im vergangenen Jahr hatte eine belgische Arbeitsgruppe gezeigt, dass die PID keineswegs

die Schwangerschaftsrate bei der künstlichen Befruchtung verbessert (Human Repr. 19, 2849)."

Auch der Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung des Deutschen Bundestages kommt zu dem Schluss, dass der Nutzen der PID für die IVF nicht abschließend erwiesen sei (BTA, 2004).

Übersicht über gesetzliche Regelungen und Praxis der Präimplantationsdiagnostik (PID) in Europa und den USA

Belgien *seit 1994; „permissive Praxis"; rund zehn Zentren bieten PID an*	Seit 1994 wird die PID ohne anfängliche gesetzliche Regelung durchgeführt. Seit 2003 gibt es ein Gesetz zur Forschung an Embryonen, dieses schränkt die bisherige vergleichsweise permissive Praxis kaum ein. Die PID ist für ein weites Spektrum medizinischer Indikationen zulässig.
Dänemark *seit 1999; PID-Untersuchungen als Forschung behandelt; PID in drei Kliniken durchgeführt*	Genetische Untersuchungen an befruchteten Eizellen sind in vitro bei Risiken schwerer genetisch bedingter Erkrankungen und zur Diagnose chromosomaler Defekte gesetzlich zulässig. Die PID wird durch das Gesundheitsministerium kontrolliert, da PID-Untersuchungen als Forschungsvorhaben behandelt werden. Seit Zulassung der ersten PID im Jahre 1999 ist das Verfahren erst in wenigen Fällen durchgeführt worden.
Frankreich *seit 1999; Kontrollbehörde für Reproduktionsmedizin nach UK-Vorbild; 3 Zentren bieten PID an*	Frankreich hat seit 1997 verschiedene Gesetze zu bioethischen Fragen, diese erlauben die PID nur in besonderen Fällen zur Vermeidung schwerer genetischer Krankheiten. Die erste Lizenz zur Durchführung der PID wurde im Jahr 1999 erteilt. In der im Dezember 2003 beschlossenen Novellierung der französischen Gesetzgebung zur Bioethik ist die Einrichtung einer Kontrollbehörde für die Reproduktionsmedizin nach englischem Vorbild vorgesehen.
Großbritannien *seit 1990; Kontrollbehörde für Reproduktionsmedizin; rund 11 Zentren führen PID durch*	Großbritannien führt bereits seit 1990 die PID durch, die zur Erkennung schwerer Krankheiten oder spontan auftretender Chromosomen-Defekte erlaubt ist und eingesetzt wird. Arbeiten mit embryonalem Gewebe und die PID unterliegt einer Kontrollbehörde, die sämtliche Forschungsvorhaben und praktische Anwendungen der Reproduktionsmedizin lizensiert.
Italien *seit Ende 2003 PID verboten; bis dahin haben zahlreiche private Institute PID angeboten*	Bis Dezember 2003 bestand in Italien keine gesetzliche Regelung der PID. Ihre Durchführung war aufgrund eines ministeriellen Erlasses zur künstlichen Befruchtung von 1985 an Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens nicht zulässig, aber in privaten Einrichtungen erlaubt – was dazu geführt hat, dass seit Durchführung der ersten PID zu Beginn der 1990er Jahre ein ungeregelter Markt für PID mit einer großen Zahl von privaten Anbietern entstanden ist. Gegen den Protest italienischer Reproduktionsmediziner wurde im Dezember 2003 vom Senat des italienischen Parlamentes ein seit zwei Jahren in der Beratung befindliches Gesetz verabschiedet, demzufolge die Praxis der IVF erheblich eingeschränkt wird und die PID generell verboten ist.
Norwegen *PID seit 1994 grundsätzlich erlaubt, aber bislang nicht angewendet*	Das norwegische Gesetz zur Biomedizin aus dem Jahr 1994 lässt die PID ausdrücklich zu, verbietet aber die Forschung an menschlichen Embryonen. Da die PID vom Gesundheitsministerium als Forschungsvorhaben betrachtet wurde, bestand ein faktisches Verbot der PID. Eine vom Gesundheitsministerium vorgelegte Gesetzesnovelle sah eine Bestätigung dieses Verbotes vor. Nach der im November 2003 vom norwegischen Parlament verabschiedeten neuen Fassung des Biomedizingesetzes ist die PID nur in besonderen Fällen geschlechtsgebundener erblicher Erkrankungen zulässig.
USA *PID seit 1990 häufig durchgeführt*	Die PID wird in den USA seit 1990 und mittlerweile an einer Vielzahl von IVF-Kliniken durchgeführt. Regelungen zur PID bestehen auf bundesstaatlicher Ebene nicht. Die konkrete Ausgestaltung der Praxis unterliegt fast ausschließlich der freiwilligen Selbstkontrolle der Mediziner. Eine verbindliche Einschränkung des Indikationsspektrums für die PID ist aber nicht erkennbar und auch die Nutzung der PID zu nicht medizinischen Zwecken wie der Wahl des Geschlechts des auszutragenden Embryos wird weitgehend als legitim anerkannt.

Quelle: BTA (2004); http://www.tab.fzk.de (Stand: Februar 2004)

Diskussion der Präimplantationsdiagnostik im Rahmen der österreichischen Bioethikkommission

Die österreichische Bioethikkommission hat in ihrer Sitzung vom 14. Jänner 2004 ihre Beratungen zu Fragen der *Präimplantationsdiagnostik* fortgesetzt. Ausgehend vom geltenden Fortpflanzungsmedizingesetz, das eine Untersuchung und Behandlung so genannter entwicklungsfähiger Zellen insoweit erlaubt, als dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich

ist, erscheint der Bioethik-Kommission eine präimplantatorische Diagnostik in zwei Fallkonstellationen rechtlich möglich, aber auch ethisch akzeptabel:

1. wenn auf Grund eines genetischen Defekts schon die Entwicklungsfähigkeit dieser Zellen (extra-uterin) nicht gegeben sei, also eine Implantierung und damit ein erfolgreicher Schwangerschaftsbeginn nicht möglich ist;
2. wenn ein genetischer Defekt so schwer ist, dass dies (in utero) nicht zu einer erfolgreichen Schwangerschaft führen kann.

Die entsprechenden Diskussionen über die wissenschaftlichen, rechtlichen und vor allem ethischen Fragen seien aber noch nicht abgeschlossen und die Kommission betont, dass der Diskurs nicht voreilig beendet werden dürfe (Quelle: Presseerklärung der Bioethik-Kommission vom 14.1.2004; www.bka.gv.at).

Fortpflanzungsmedizingesetz-Novelle 2004 (FMedGNov 2004)

Das im Jahr 1992 vom Parlament verabschiedete Fortpflanzungsmedizingesetz (FmedG; BGBl. 275/1992) regelt die Zulässigkeit und die Grenzen der Ärzt/innen auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin, das im November 2004 durch ein Novelle geändert wurde (FMedGNov 2004; BGBl 1 2004/163). Die Novelle weist folgenden Inhalt auf:

- Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung ist nunmehr auch dann zulässig, wenn ein Geschlechtsverkehr zur Herbeiführung einer Schwangerschaft den Ehegatt/innen oder Lebensgefährt/innen wegen der ernsten Gefahr der Übertragung einer schweren Infektionskrankheit auf Dauer nicht zumutbar ist (Erweiterung des § 2 Abs 2 FMedG gegenüber dem Begutachtungsentwurf). Damit soll es auch Paaren mit dem Übertragungsrisiko von HIV oder Hepatitis ermöglicht werden, eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung in Anspruch nehmen zu können.
- Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe dürfen auch für eine künftige medizinisch unterstützte Fortpflanzung entnommen und aufbewahrt werden, wenn ein körperliches Leiden oder dessen dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Behandlung eine ernsthafte Gefahr bewirkt, dass eine Schwangerschaft nicht mehr durch Geschlechtsverkehr herbeigeführt werden kann (§ 2 Abs 3 neu FMedG).
- Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe dürfen nunmehr bis auf Widerruf oder bis zum Tod der Person, von der sie stammen, aufbewahrt werden. Entwicklunsfähige Zellen dürfen nur bis auf Widerruf der Frau, von der die Eizellen stammen, oder bis zum Tod eines der Ehegatt/innen oder Lebensgefährt/innen, höchstens jedoch zehn Jahre, aufbewahrt werden (§ 17 Abs 1 FMedG; vgl. demgegenüber die strikt auf ein Jahr limitiert gewesene Frist nach der Stammfassung des FMedG sowie die noch im Begutachtungsentwurf vorgeschlagen gewesene Bindung an ein Alterslimit von 50 Jahren). Zum Zeitpunkt der Einbringung von Samen, Eizellen oder entwicklungsfähigen Zellen in den Körper der Frau darf die Zustimmung beider Ehegatt/innen oder Lebensgefährt/innen aber nicht älter als ein Jahr sein (§ 8 Abs 5 neu FMedG).
- Das strikte Überlassungsverbot von entwicklungsfähigen Zellen (§17 Abs 2 FmedG in der Stammfassung) wurde dahingehend modifiziert, als nunmehr Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe, die für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollen oder verwendet werden sollten, sowie entwicklungsfähige Zellen, einer nach § 5 Abs 2 FMedG zugelassenen Krankenanstalt bzw. Samen auch einem Facharzt / einer Fachärztin Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der eine Meldung nach § 5 Abs 1 FMedG erstattet hat, überlassen werden dürfen. Voraussetzung ist die schriftliche Zustimmung der Person, von der Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe stammen, bzw. die schriftliche Zustimmung beider Ehegatt/innen oder Lebesgefährt/innen für die Überlassung von entwicklungsfähigen Zellen.
- Gegenüber dem Begutachtungsentwurf enthält die Novelle keine Änderungen der Rechtslage im Zusammenhang mit dem Klonen. In der Novelle des Fortpflanzungsmedizingesetzes wurde das bislang nur implizit vorhandene Klonverbot ausdrücklich ausformuliert.

3.5 Frauen im reproduktiven Alter: Gesundheit und Geburt

3.5.1 Schwangerschaft und Geburt

Das Reproduktionsverhalten und die Rahmenbedingungen von Schwangerschaft und Geburt haben sich in den vergangenen zwei bis drei Jahrzehnten tief greifend verändert: noch nie zuvor in der Geschichte waren die Geburtenzahlen so niedrig wie derzeit in Europa, dem steht ein zunehmender medizinischer und technischer Aufwand bei der Schwangeren- und Geburtsbetreuung gegenüber.

Tabelle 3-34. Basismerkmale von Schwangerschaften und Geburten (2002)

		Ö gesamt	B	K	NÖ	OÖ	SZBG	STMK	Tirol	VBG	Wien
Insgesamt	n	78.399	2.160	4.832	14.213	13.880	5.436	10.462	6.973	4.015	16.428
Geburt im Krankenhaus	%	98,4	98,7	97,0	98,7	98,1	98,6	98,2	98,9	99,4	98,3
Ambulante Geburt (<24 h im KH)	%	1,7	1,2	0,6	2,8	1,5	1,3	1,1	0,9	1,2	2,4
Art der Entbindung											
Spontangeburt	%	73,7	68,7	75,3	73,3	75,2	78,9	73,2	72,1	74,1	72,4
Kaiserschnitt	%	20,6	26,9	19,6	21,9	18,7	16,3	22,6	20,3	17,9	21,5
Saugglocke	%	4,9	4,0	3,9	4,2	5,7	3,8	2,9	7,3	7,7	5,0
Zangengeburt	%	0,5	0,2	0,9	0,3	0,1	0,8	0,9	0,1	0,0	0,7
Manualhilfe	%	0,3	0,1	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3
Geburtsgewicht											
unter 1.000 g	%	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,6
unter 1.500 g	%	1,1	0,9	1,1	1,0	1,0	1,1	1,2	1,0	1,1	1,3
unter 2.000 g	%	2,5	2,3	2,7	2,2	2,3	2,2	2,9	2,3	2,1	2,7
unter 2.500 g	%	6,6	6,1	7,7	6,1	6,0	5,8	7,5	6,6	6,4	7,1
Ø Geburtsgewicht (in Gramm)	g	3.308	3.330	3.257	3.325	3.340	3.330	3.281	3.276	3.315	3.299
Schwangerschaftsdauer											
bis 28. Woche	%	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7
bis 32. Woche	%	1,4	1,3	1,4	1,3	1,3	1,5	1,6	1,3	1,4	1,6
bis 37. Woche	%	10,5	10,1	11,8	11,8	10,5	10,1	10,0	9,2	9,4	10,2
Ø Schwangerschaftsdauer (Wochen)	Wo	39,0	38,9	38,9	38,9	39,0	39,0	39,1	39,0	39,1	39,0
Ø Körperlänge (in cm)	cm	50,3	50,0	50,7	50,1	50,2	50,7	50,4	50,4	50,8	50,1
Erkennbare Missbildungen											
Missbildungen	n	275	9	16	44	68	19	38	20	18	43
in %	%	0,4	0,4	0,3	0,3	0,5	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3
Totgeborene	n	338	5	23	58	57	29	49	23	15	79
Zwillingsgeburten	n	1.134	27	77	197	187	60	168	94	68	256
Drillingsgeburten	n	29	2	4	4	3	-	7	1	-	8
Vierlingsgeburten	n	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-

Quelle: Statistik Austria 2004; Tab.1.13

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 wurde. Insgesamt wurden 1.066.802 Geburten der Jahrgänge 1984 bis 1999 in der niedersächsischen Perinatalerhebung erfasst. Die retrospektive Analyse vergleicht zwei Gruppen von schwangeren Frauen:

1. Frauen mit *normaler Geburt*: Geburt nach 37 bis 42 vollendeten Schwangerschaftswochen, Mutter 18 bis 39 Jahre alt, Einling in regelrechter Schädellage, Geburtsgewicht 2.500 bis 4.000 Gramm, Plazentasitz normal, kein vorangegangener Kaiserschnitt oder andere Uterus-Operationen, keine Gestose.
2. Frauen mit *Risikoschwangerschaft bzw. pathologischer Geburt*: Frühgeburt oder Übertragung, Mutter unter 18 oder über 39 Jahre alt, Mehrlinge, regelwidrige Kindslage, Geburtsgewicht unter 2.500 oder über 4.000 Gramm, Plazenta praevia, vorangegangener Kaiserschnitt oder andere Uterus-Operation, Gestose.

Eines der Hauptergebnisse der Studie von Schwarz und Schücking (2004) 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:

- 82 Prozent der risikofreien und 73 Prozent der Risiko-Gruppe nehmen mehr als die im Mutterpass vorgesehenen Untersuchungen in Anspruch;
- mehr als zwei Drittel der Schwangeren nehmen auch ohne Indikation mehr als die vorgesehenen Ultraschall-Untersuchungen in Anspruch;
- die nur nach entsprechender Indikation erforderliche Herzton-Wehen-Aufzeichnung mittels CTG wird bei nahezu allen Schwangeren routinemäßig in der Schwangeren-Vorsorge eingesetzt (95,8 Prozent) – wobei hier wiederum das Phänomen beobachtet wurde, dass bei risikofreien Frauen die Untersuchung häufiger durchgeführt wurde als bei Frauen mit Schwangerschaftsrisiko.

Für den Bereich der Geburt im Kreissaal konnte die niedersächsische Perinatalstudie verdeutlichen und quantifizieren, dass ein übermäßiger Einsatz von Technik und Medikamenten auch stattfindet, wenn die Geburt normal verläuft. Für alle der nachfolgend angeführten Interventionen konnte ein deutlicher Anstieg im Untersuchungszeitraum 1984 bis 1999 beobachtet werden:

- Ein CTG (Herzton-Wehen-Aufzeichnung) wird bei 98,8 Prozent der Geburten durchgeführt.
- Der spontane Wehenbeginn wird immer seltener abgewartet: bei 23,4 Prozent wurde der Geburtsbeginn mit einer geburtseinleitenden medikamentösen Maßnahme beschleunigt.
- Die Geburt wird immer häufiger medikamentös beschleunigt: ca. 40 Prozent aller Frauen, die keinen geplanten Kaiserschnitt hatten, erhielten einen *Wehentropf*.
- Immer mehr Frauen gebären mit lokaler Narkose (Periduralanästhesie – PDA) – in der vorliegenden Studie waren es 19,2 Prozent.
- Dammschnitte kommen häufig zum Einsatz: bei 52,1 Prozent aller vaginalen Geburten wurde eine Episiotomie gemacht.
- Rund zwanzig Prozent der Geburten wurden per Kaiserschnitt durchgeführt: 10,4 Prozent aller Geburten endeten mit einem primären, also geplanten Kaiserschnitt und bei 10,2 Prozent der Schwangeren musste ein *sekundärer* Kaiserschnitt, d.h. eine Sectio nach bereits begonnener Geburt, durchgeführt werden.

Die Autorinnen der niedersächsischen Perinatalstudie geben folgende Erklärung für den Anstieg der Interventionsraten bei Geburten (Schwarz und Schücking, 2004; S.24):

1. **Medizinische Gründe:** Wird der natürliche Geburtsbeginn nicht abgewartet, kommt es häufig zu einer *Interventionskaskade* von weiteren medizinischen Eingriffen. Bei beschleunigtem Geburtsbeginn wird doppelt so häufig eine lokale Narkose gegeben, ebenso doppelt so häufig ein sekundärer Kaiserschnitt durchgeführt, zudem wurden um sechzig Prozent häufiger Wehenmittel verabreicht.
2. **Nicht-medizinische Gründe** für den vermehrten Einsatz von medizinischen Interventionen bei der Geburt sind die Angst der Ärzt/innen vor juristischen Konsequenzen bei Unterlassen einer Intervention; mangelnde Erfahrung des anwesenden Personals (aufgrund der herrschenden Ausbildungs- und Arbeitssituation); die bessere finanzielle Refundierung interventionsreicher Geburten durch das geltende Abrechnungssystem; der zu geringe Einfluss wissenschaftlicher Ergebnisse auf die klinische Praxis.
3. **Strukturelle Faktoren des Gesundheitssystems** wirken sich auf die Rolle von Ärzt/innen, Hebammen und Gesundheitspersonal aus: In Gesundheitssystemen, in den Schwangeren- und Geburtsbetreuung vor allem von Ärzt/innen bestimmt werden und Hebammen eine geringe Rolle spielen (z.B. USA, Brasilien) sind hohe medizinische Interventionsraten und hohe Kaiserschnittraten zu beobachten. In Gesundheitssystemen, in denen die Grundversorgung der gesunden Schwangeren bei den Hebammen liegt (z.B. Niederlande, Skandinavien, Neuseeland), gibt es weniger Risiko-

Schwangerschaften und Risiko-Geburten; die Interventionsraten sind niedrig bei gleichzeitiger guter perinataler Gesundheit des Kindes.

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 nachfolgend die Kriterien für eine mütterfreundliches Krankenhaus bzw. Geburtshaus angeführt (*Ten Steps towards a Mother Friendly Hospital*; Coalition for Improving Maternity Services, 1996).

Box 3-8. Zehn Stufen der *mother-friendly/mütterfreundlichen* Geburts-Initiative

Für mütterfreundliche Spitäler, Geburtszentren und Heimgeburten

Ein *mütterfreundliches* Spital, Geburtszentrum oder Heimgeburten-Service

1. Muss allen Gebärenden anbieten:

- uneingeschränkte Auswahl von Begleiterpersonen ihrer Wahl bei der Geburt einschließlich Väter, Partner, Kinder, Familienmitglieder und Freunde;

- uneingeschränkte emotionale und körperliche Unterstützung von einer erfahrenen Frau, z.B. einer *doula* (im amerikanischen Bereich eine Geburtsbegleiterin, die aber keine Hebamme ist) oder einer Wehen-unterstützenden Fachkraft;

- Zugang zu professioneller Hebammen-Pflege.

2. Stellt genaue beschreibende und statistische Informationen öffentlich zur Verfügung, die Auskunft über Praxis und Methoden der Geburtshilfe geben, einschließlich Angaben über Interventionen und deren Erfolg bzw. Misserfolg (*outcomes*).

3. Bietet Kultur-kompetente Versorgung an, das heißt Versorgung, die sensibel und aufmerksam ist für die speziellen Glaubensvorstellungen, Werte und Gepflogenheiten in der ethnischen Gruppe und der Religion der Mutter.

4. Sorgt für die Möglichkeit der Frau, sich während der Wehen und bei der Geburt frei zu bewegen, zu gehen, und die Position ihrer Wahl einzunehmen (außer eine bestimmte Komplikation erfordert eine Einschränkung), bei gleichzeitiger Empfehlung, NICHT die Lihotomie-Position einzunehmen (flach auf dem Rücken mit erhobenen Beinen).

5. Hat klar definierte Strategien und Maßnahmen für:

- die Zusammenarbeit und Beratung während der perinatalen Periode mit anderen Geburts-Services, einschließlich Kommunikation mit dem/der ursprünglichen Betreuer/in, falls ein Transfer von einer Geburtsstelle zu einer andern erforderlich ist;

- die Vernetzung der Mutter mit den geeigneten extramuralen Ressourcen, einschließlich der pränatalen und der nach der Entlassung erforderlichen Kontrollen und der Unterstützung beim Stillen.

6. Hat KEINEN routinemäßigen Einsatz folgender Praktiken und Prozeduren, die nicht durch wissenschaftliche Beweise bestätigt sind: Rasur des Intimbereichs; Einläufe; intravenöser Wehen-Tropf; Vorenthalten von Nahrung, Wasser; vorzeitiger Blasensprung; elektronisches fetales Monitoring.

Andere Interventionen sind auf folgende Häufigkeiten beschränkt:

- Rate der Geburtseinleitungen von 10 Prozent oder weniger;

- Dammschnitt (Episiotomie)-Rate von 20 Prozent oder weniger, mit einer Zielsetzung von 5 Prozent oder weniger;

- Kaiserschnitt-Rate von 10 Prozent oder weniger in allgemeinen Geburtsabteilungen und 15 Prozent oder weniger in Abteilungen mit Hochrisiko-Versorgung;

- Rate vaginaler Geburten nach vorangegangnen Kaiserschnitt-Geburten von 60 Prozent oder mehr mit der Zielsetzung, 75 Prozent oder mehr zu erreichen.

7. Bietet Schulung für das Personal in nicht-medikamentöse Methoden der Schmerzlinderung, KEINE Förderung des Angebots von Schmerzmitteln oder Narkose, sofern sie nicht für die Behandlung einer Komplikation erforderlich ist.

8. Ermutigt alle Mütter und Familien, einschließlich jene mit kranken oder frühzeitig Geborenen, die Kinder zu berühren, halten, stillen und sich in jenem Ausmaß um ihr Baby zu kümmern, den ihr Zustand erlaubt.

9. Warnt vor nicht religiös motivierter Beschneidung (Circumcision) des Neugeborenen.

10. Bemüht sich, die WHO-UNICEF *Ten Steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative* einzuhalten und das erfolgreiche Stillen zu fördern:

1. Es liegt eine schriftliche Strategie (policy) für das Stillen vor, die routinemäßig an das gesamte Gesundheitspersonal weiter gegeben wird;

2. Das erforderliche Personal wird aus- und fortgebildet, um diese Strategie umsetzen zu können;

3. Alle Schwangeren werden über die Vorteile und die Durchführung des Stillens informiert;

4. Unterstützung der Mütter, um mit dem Stillen innerhalb einer halben Stunde nach der Geburt zu beginnen;

5. Den Mütter wird das Stillen und der Erhalt der Laktation beigebracht, auch wenn sie von ihren Kindern getrennt werden;

6. Neugeborene erhalten keine andere Nahrung oder andere Getränke als Muttermilch, außer es ist medizinisch erforderlich;

7. Anwendung des Rooming-in: es muss für Mütter und Kinder möglich sein, 24 Stunden täglich zusammen zu bleiben;

8. Förderung des Stillens nach Bedarf des Kindes;

9. Es werden keine Schnuller und Flaschen zum Stillen verwendet;

10. Forcieren der Einrichtung von Stillgruppen und Überweisung der Frauen dorthin nach Entlassung aus der Klinik.

Quelle: The Coalition for Improving Maternity Services (CIMS), 1996; http://www.motherfriendly.org

3.5.2 Medizinische Schwangerschaftskomplikationen

Ein Beitrag von Univ.-Prof. Dr. Harald Zeisler, Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, AKH Wien

3.5.2.1 Schwangerschaftsbedingter Bluthockdruck

Die hypertensiven (blutdruckbedingten) Schwangerschaftserkrankungen sind ein komplexer Prozess, der von einer einfachen Blutdrucksteigerung bis zu einem Multiorganversagen reicht. Fünf bis zehn Prozent aller Komplikationen in der Schwangerschaft sind auf erhöhten Blutdruck zurückzuführen. Die Definitionen der hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen orientieren sich an den Richtlinien des *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG 2000, 2002): es wird zwischen chronischer Hypertonie, Gestations-Hypertonie, Präeklampsie und Propf-Präeklampsie unterschieden.

Die Entstehungsursache der **Präeklampsie** ist nach wie vor nicht restlos geklärt. Anatomisch-funktionelle Störungen (Trophoblastinvasion, Endotheldysfunktion) werden als Ursache diskutiert wie auch immunologische und genetische Komponenten. Dennoch kann man Risikofaktoren einer Präeklampsie benennen: ältere Erstgebärende oder Frauen mit Mehrlingsschwangerschaften sind stärker gefährdet, aber auch werdende Mütter, die bereits Nierenerkrankungen hatten oder generell unter zu hohem Blutdruck leiden. Das Risiko steigt auch, wenn die Schwangere schon einmal an der Krankheit gelitten hat. Die Präeklampsie tritt in der zweiten Schwangerschaftshälfte auf und verläuft umso schwerer, je früher sie auftritt. Die Beurteilung des Schweregrades der Präeklampsie wird durch das breite Spektrum der klinischen Symptome, das Ausdruck der unterschiedlichen Organbeteilung ist, erschwert. Hauptsymptome der Präeklampsie sind erhöhter Blutdruck und Eiweiß im Harn. Zusatzsymptome, die mitunter eine Verschlechterung anzeigen können, sind geschwollene Füße, Beine, Hände oder ein geschwollenes Gesicht (Ödeme); plötzliche starke Gewichtszunahme; starke Kopfschmerzen; Flimmern vor den Augen; Oberbauchschmerzen, allgemeines Unwohlsein; Abnahme der Urinausscheidung. Geht die Präeklampsie in eine **Eklampsie** über, kommt es zu Krampfanfällen. Da die Präeklampsie ausschließlich in der Schwangerschaft auftritt, klingen die akuten Beschwerden meist innerhalb von einigen wenigen Tagen bis maximal sechs Wochen nach der Geburt ab.

Die Einleitung einer medikamentösen Therapie findet meistens unter stationären Bedingungen statt, da erst bei entsprechender Evaluierung die Notwendigkeit einer Therapie beurteilt werden kann. Während die prophylaktische Gabe von Magnesium bei milden Formen kontrovers diskutiert wird, ist die antikonvulsive Prophylaxe bei schweren Formen der Hypertonie unumstritten, um einen eklamptischen Anfall zu vermeiden.

Das Risiko für Mutter und Fetus bei der **chronischen Hypertonie** (präexistenter oder hoher Blutdruck in der ersten Schwangerschaftshälfte) besteht in einer plötzlichen Blutdrucksteigerung mit krankhaften Veränderungen des Gehirns (hypertensive Enzephalopathie, intrazerebralen Blutungen) für die Mutter bzw. Wachstumsverzögerungen für das Kind. Milde Formen der Hypertonie können ambulant behandelt werden, die Patientin muss aber über die Zeichen einer möglichen Verschlechterung der Erkrankung aufgeklärt werden. Die antihypertensive Therapie der milden Form der chronischen Hypertonie führt zu keiner Verbesserung des mütterlichen und fetalen Outcome. Entsprechend den Empfehlungen des ACOG sollte bei einer unkomplizierten chronischen Hypertonie und einem normal entwickelten Fetus eine vaginale Entbindung am Termin angestrebt werden. Liegt eine Wachstumsverzögerung vor, sollte die Indikation zur vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft großzügig gestellt werden.

Zusammenfassend liegt der Hypertonie in der Schwangerschaft oft ein komplexer, multifaktorieller Prozess zu Grunde. Dadurch ergibt sich ein individuelles, unkalkulierbares Risiko für Mutter und Fetus, sodass die Betreuung in Kooperation mit einem spezialisierten Zentrum angestrebt werden sollte.

3.5.2.2 Das HELLP-Synrom

Der Name HELLP-Syndrom leitet sich von den englischen Begriffen für die Hauptsymptome ab: Hämolysis (Auflösung der roten Blutkörperchen), Elevated Liver-enzymes (erhöhte Leberwerte) und Low Platelet-count (Verminderung der Blutplättchen).

Das HELLP-Syndrom kommt etwa ein Mal bei 150 bis 300 Schwangerschaften vor. Die Ursache des HELLP-Syndroms ist noch nicht eindeutig geklärt. Die Krankheit äußert sich in unspezifischen Symptomen wie Oberbauchschmerz, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, Sehstörungen. Da oft ein hoher Blutdruck oder eine vermehrte Eiweißausscheidung hinzukommt, spricht man von einer besonderen Form der Präeklampsie.

Das HELLP-Syndrom ist klinisch nicht einfach zu erkennen, muss jedoch rechtzeitig behandelt werden, um Komplikationen wie vorzeitige Plazentalösung, Nierenversagen oder Leberkapselhämatome mit Störung des Gerinnungssystems zu vermeiden. Oft ist die sofortige Entbindung die einzige mögliche Therapieoption. Nur in spezialisierten Zentren kann in frühen Schwangerschaftswochen ein konservatives Vorgehen bis zum Erreichen der physiologischen oder induzierten Lungenreifung empfohlen werden.

3.5.2.3 Die Arbeitsgemeinschaft Gestose-Frauen Österreich

Die Arbeitsgemeinschaft Gestose-Frauen Österreich[34] ist eine Selbsthilfegruppe von Frauen, die im Zuge ihrer Schwangerschaften an Präeklampsie (Gestose, HELLP) oder Plazentainsuffizienz erkrankt sind, und wurde im April 2004 als Verein gegründet. Die betroffenen Mütter standen der Krankheit meist ahnungslos und daher hilflos gegenüber. Deshalb bietet diese Selbsthilfegruppe Betroffenen die Gelegenheit, im Kreis von gleichfalls Betroffenen über ihre oft schmerzhaften Erlebnisse zu sprechen und Erfahrungen sowie Bewältigungsstrategien auszutauschen. Viele Mütter leiden unter Schuldgefühlen, dem Gefühl des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht, oft noch nach Monaten und Jahren. Zahlreiche Betroffene haben große Angst, was die Planung weiterer Schwangerschaften und die Wiederholungsgefahr betrifft. Die Selbsthilfegruppe Gestose-Frauen Österreich informiert auch medizinisches Fachpersonal darüber, wie besser auf die Bedürfnisse betroffener Familien eingegangen werden kann. Die Gruppe versteht sich als Informations- und Gesprächsplattform für Personen und Organisationen, die mit der Behandlung und Betreuung betroffener Frauen befasst sind. Es ist den Vereinsmitglieder/innen ein Anliegen, dass auf dem Gebiet der Präeklampsie noch intensiver geforscht wird und überholte Therapien und Empfehlungen (insbesondere was die Ernährung betrifft) nicht mehr zur Anwendung kommen. Zur Hintergrundsinformation empfiehlt die Selbsthilfegruppe das Buch *HELLP! Eine Albtraumnovelle oder ein Lehrbuch über ein Syndrom*, das zum einen die Sicht der Betroffenen, aber auch ausführliche medizinisch-wissenschaftliche Informationen zum HELLP-Syndrom enthält (Girardi, 2004).

[34] http://www.gestose-frauen.at

3.5.3 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 Geburtshelfer/innen, Gynäkolog/innen, geburtshilflichem Pflegepersonal und Hebammen - kontrovers geführt; nicht zuletzt ausgelöst durch die national und international steigenden Sectio-Raten. Aber auch die Darstellung des *Kaiserschnitts auf Wunsch* in der Publikumspresse zum Thema Wunsch-Kaiserschnitt aus den letzten Jahren erweckt den Eindruck, es handle sich um eine *Life Style*-Operation. Zu Beginn des Jahres 2003 wurde das Medieninteresse am Thema Wunsch-Sectio durch die Kaiserschnittentbindungen des Popstars Madonna, des Top-Models Claudia Schiffer und der Fußballergattin Ex-Popstar Victoria Beckham erneut geschürt (z.B. Der Spiegel vom 3.3.2003).

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.

Begriffsklärung

Es gibt unterschiedliche Geburtsmodi: der *natürliche* Weg durch die Scheide (vaginale Entbindung), die unterstützte vaginale Entbindung durch Vakuum-Saugglocke oder Zange (Forceps-Entbindung) und zuletzt den Kaiserschnitt (Sectio caesarea, Schnittentbindung), wobei man Notfall-Kaiserschnitte und die geplante (elektive) Sectio unterscheidet - letzterer wird u. a. als *Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation*, *indikationslose Sectio*, *Wunsch-Sectio*, *Kaiserschnitt auf Wunsch* bezeichnet. Von einem primären Kaiserschnitt spricht man, wenn dieser eingeleitet wird, ohne dass eine Wehentätigkeit stattgefunden hat, ein sekundärer Kaiserschnitt liegt vor, wenn der Eingriff nach Einsetzen der Wehentätigkeit vorgenommen wird.

Beim Kaiserschnitt wird mit einem Schnitt - je nach Indikation verläuft die Schnittführung zwischen Nabel und Schambein oder parallel zum Schambein (*Bikinischnitt*) - die Bauchdecke geöffnet, dann die Gebärmutter geöffnet und das Kind entbunden. Die Dauer des Eingriffs von der Narkose bis zur Entbindung liegt je nach Methode zwischen 15 und 45 Minuten, z.B. dauert die Methode nach Misgav-Ladach insgesamt nur noch 15-20 Minuten. Als Narkose kann sowohl eine Vollnarkose als auch ein so genannter Kreuzstich (Periduralanästhesie) gewählt werden. Vom Eingriff bleibt für die Frau - physisch gesehen - eine Narbe.

Harte und weiche Indikationen zur Sectio

Ein Kernstück der medizinischen Kontroverse um die elektive Sectio ist die Diskussion über die Indikationen zur Sectio, deren *Härtegrad* mehrere Abstufungen umfasst und letztendlich bis zum subjektiven Wunsch der betroffenen Frau reicht.

Tabelle 3-35. Indikationen zum Kaiserschnitt

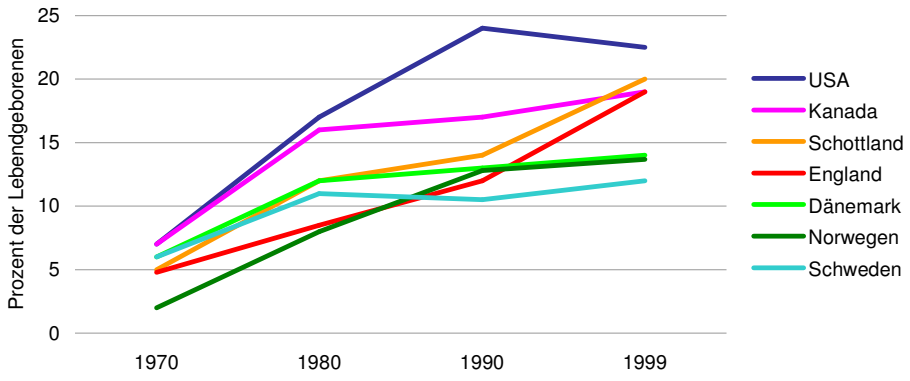
Stufen der Indikationsfindung	Häufigkeit	Beispiele
harte Indikation; absolute Indikatoren während der Geburt	~ 10 %	Nabelschnur-Vorfall, drohende oder erfolgte Uterus-Ruptur, kindliche Azidose (Übersäuerung), relatives Schädel-Becken-Missverhältnis, Einstellungs- u. Haltungsanomalien; intrauterine Asphyxie (Ersticckung) bei nicht vollständig eröffnetem Muttermund und/oder nicht genügend tief getretenem kindlichem Kopf
weiche Indikation	> 80 %	patholgisches CTG (Cardiotokographie – Herzton-Wehenschreiber), protrahierte (verzögerte) Geburt, BEL/Beckenendlage, relatives Schädel-Becken-Missverhältnis, Plazenta praevia totalis (Mutterkuchen liegt vor dem Gebärmutterausgang und verlegt diesen), kindliche Schräg- bzw. Querlage, EPH-Gestose (erhöhte Eiweißausscheidung im Urin – Präeklampsie)
Organisatorische Indikation	++	BEL/Beckenendlage, protrahierte (verzögerte) Geburt
defensive Indikation	++	Erstgebärende über 35 Jahre und BEL/Beckenendlage, BEL mit zusätzlichen Risikofaktoren, Zustand nach Sectio und derzeit BEL, primäre und sekundäre Wehenschwäche
Wunsch-Indikation	?	

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2001; http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/

Anstieg der Sectio-Raten national und international

Seit den siebziger Jahren ist ein Anstieg der Sectio-Raten zu verzeichnen und hat seither in einzelnen Ländern ein Ausmaß von bis zu dreißig Prozent erreicht, wie z.B. in Lateinamerika und Asien (Belizán et al., 1999). Österreich liegt mit einer Kaiserschnittrate von 22,1 Prozent im Jahr 2002 etwa auf dem Niveau von England, Schottland oder Kanada.

Abbildung 3-22. Internationale Kaiserschnitt-Raten (1970-1999)

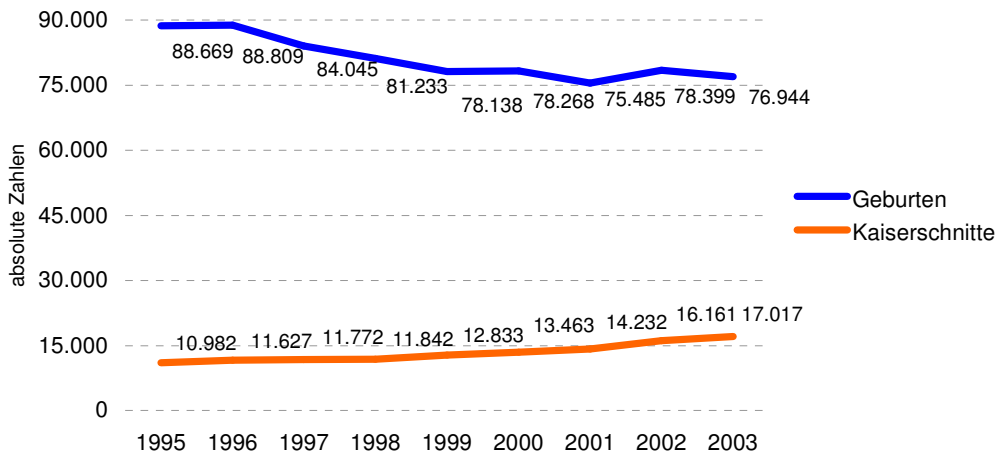


Quelle: Belizan et al. (1999)

Sectio-Raten in Österreich

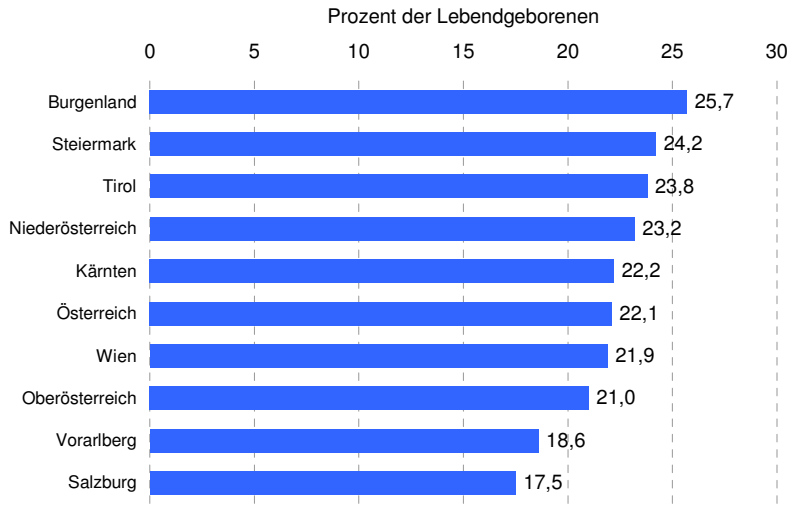
Von den 76.944 Lebendgeburten des Jahres 2003 in Österreich wurden 22,1 Prozent mit Kaiserschnitt durchgeführt. 1995 betrug die Rate noch 12,4 Prozent, das bedeutet eine Zunahme von 9,7 Prozent in acht Jahren. Am höchsten war die Kaiserschnittrate 2003 im Burgenland (25,7 Prozent), am niedrigsten in Salzburg (17,5 Prozent).

Abbildung 3-23. Kaiserschnitte und Geburten in Österreich (1995-2003), absolute Zahlen



Quelle: Statistik Austria, 2004

Abbildung 3-24. Kaiserschnitt-Raten nach Bundesländern (2002)



2002: 78.399 Lebendgeburten; Quelle: Statistik Austria

Tabelle 3-36. Geburten und Kaiserschnitte nach Bundesländern (1995-2003)

		Ö gesamt	BGLD	KTN	NÖ	OÖ	SZBG	STMK	Tirol	VBG	Wien
1995	Geburten	88.669	2.493	6.149	16.131	16.349	6.172	12.226	8.245	4.643	16.261
	Kaiserschnitt	10.982	340	838	1.955	1.804	724	1.534	1.180	407	2.200
	Prozent	*12,4*	*13,6*	*13,6*	*12,1*	*11,0*	*11,7*	*12,5*	*14,3*	*8,8*	*13,5*
1996	Geburten	88.809	2.461	6.088	16.182	16.335	6.127	12.424	8.321	4.629	16.242
	Kaiserschnitt	11.627	351	701	2.116	1.925	661	1.780	1.248	478	2.369
	Prozent	*13,1*	*14,3*	*11,5*	*13,1*	*11,8*	*10,8*	*14,3*	*15,0*	*10,3*	*14,6*
1997	Geburten	84.045	2.427	5.637	15.305	15.459	5.904	11.721	7.849	4.238	15.505
	Kaiserschnitt	11.772	410	704	2.112	2.001	720	1.693	1.213	468	2.451
	Prozent	*14,0*	*16,9*	*12,5*	*13,8*	*12,9*	*12,2*	*14,4*	*15,5*	*11,0*	*15,8*
1998	Geburten	81.233	2.331	5.490	14.741	14.685	5.682	11.168	7.698	4.203	15.235
	Kaiserschnitt	11.842	380	772	2.246	1.995	673	1.681	1.218	488	2.389
	Prozent	*14,6*	*16,3*	*14,1*	*15,2*	*13,6*	*11,8*	*15,1*	*15,8*	*11,6*	*15,7*
1999	Geburten	78.138	2.231	5.233	14.131	13.902	5.557	10.765	7.091	4.071	15.157
	Kaiserschnitt	12.833	449	803	2.407	2.001	691	1.881	1.186	552	2.863
	Prozent	*16,4*	*20,1*	*15,3*	*17,0*	*14,4*	*12,4*	*17,5*	*16,7*	*13,6*	*18,9*
2000	Geburten	78.268	2.206	5.155	14.097	14.105	5.437	10.675	7.149	3.897	15.547
	Kaiserschnitt	13.463	496	824	2.615	2.145	693	1.984	1.209	561	2.936
	Prozent	*17,2*	*22,5*	*16,0*	*18,6*	*15,2*	*12,7*	*18,6*	*16,9*	*14,4*	*18,9*
2001	Geburten	75.458	2.211	5.007	13.660	13.437	5.189	10.014	6.783	3.990	15.167
	Kaiserschnitt	14.232	527	883	2.821	2.331	747	2.033	1.258	647	2.985
	Prozent	*18,9*	*23,8*	*17,6*	*20,7*	*17,3*	*14,4*	*20,3*	*18,5*	*16,2*	*19,7*
2002	Geburten	78.399	2.160	4.832	14.213	13.880	5.436	10.462	6.973	4.015	16.428
	Kaiserschnitt	16.161	582	947	3.111	2.592	885	2.367	1.417	720	3.540
	Prozent	*20,6*	*26,9*	*19,6*	*21,9*	*18,7*	*16,3*	*22,6*	*20,3*	*17,9*	*21,5*
2003	Geburten	76.944	2.167	4.807	13.802	13.520	5.174	10.364	6.844	3.780	16.486
	Kaiserschnitt	17.017	556	1.065	3.198	2.841	908	2.505	1.632	703	3.609
	Prozent	*22,1*	*25,7*	*22,2*	*23,2*	*21,0*	*17,5*	*24,2*	*23,8*	*18,6*	*21,9*

Quelle: Statistik Austria

Die Kontroverse pro und contra elektive Sectio: Meinungen und Befunde

Im folgenden eine kurze Darstellung der in der Kontroverse von Gynäkolog/innen und Geburtshelfer/innen genannten Argumente pro und contra Sectio, wie sie vom Arbeitskreis *Ärzte und Juristen* im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), einer Arbeitsgemeinschaft von ca. 140 wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften inDeutschland, im März 2001 zusammen gefasst wurden (AWMF, 2001).

Mortalität und Morbidität von Kaiserschnitt vs. vaginaler Geburt

Als das härteste Kriterium für die Befürwortung oder Ablehnung einer Maßnahme kann wohl die Mortalitätsrate gesehen werden. Der Trend zur Abnahme von Mortalität und Morbidität bei Sectio wird in der Diskussion rund um die elektive Sectio auch als Argument eingebracht. Der Arbeitkreis *Ärzte und Juristen* beruft sich in seiner Beurteilung der elektiven Sectio auf die von Welsch vorgelegten Daten zur Mortalität des Kaiserschnitts im Vergleich zur vaginalen Geburt aus der Bayerischen Perinatalerhebung, welche jedoch eine höhere Mortalität als Folge von Kaiserschnitten ausweist (AWMF, 2001; vorangegangene Veröffentlichungen in Welsch 1995 und Welsch und Krone, 1994).

Tabelle 3-37. Mütterliches Todesrisiko bei vaginaler Geburt und Kaiserschnitt (laut Bayerischer Perinatalerhebung), (1983-1999)

Periode in Jahren	1983 - 1988		1989 - 1994		1995 - 1999	
Anzahl Entbindungen	570.950		655.765		561.693	
Geburtsmodus	*vaginal*	*Sectiones*	*vaginal*	*Sectiones*	*vaginal*	*Sectiones*
Anzahl	488.053	82.897	547.962	107.803	453.779	107.914
Prozent	85	15	84	16	81	19
Mortalität						
Anzahl	26	32	15	30	16	44
Promille	0,053 ‰	0,30 ‰	0,028‰	0,28 ‰	0,035‰	0,53 ‰
Ratio	1: 18.771	1: 3.372	1: 36.350	1: 3.593	1: 28.361	1: 1.884
Letalität						
Anzahl	16	19	13	14	9	6
Promille	0,033‰	0,23‰	0,024‰	0,13‰	0,020‰	0,06‰
Ratio	1: 33.503	1: 4.363	1: 42.151	1: 7.700	1: 50.420	1: 17.985

Mortalität: in zeitlichem Zusammenhang mit einer Geburt; Letalität: in kausalem Zusammenhang mit einer Geburt; Quelle: Welsch, 3/2001 nach AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), 2001

Risiken und Folgen der vaginalen Geburt vs. Sectio

Der *Arbeitkreis Ärzte und Juristen* hat in seiner Urteilsfindung zur elektiven Sectio (AWMF, 2001) auch einen Überblick über Studien zu möglichen Folgen der vaginalen Geburt und zu Risiken sowohl der vaginalen als auch der abdominellen Geburt bzw. Sectio vorgelegt, deren Ergebnisse in den Tabellen 3-38 und 3-39 zusammen gefasst sind.

Tabelle 3-38. Studien zu möglichen Folgen der vaginalen Geburt

Mögliche Folgen der vaginalen Geburt	Angaben in Prozent	Quelle
Vaginaler „Dyscomfort" und Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr)	14	Sleep & Grant, 1987
Degeneration des Musculus levator ani bei Stress-Inkontinenz	45	Kirschner-Hermanns, 1993
Defekte des Musculus sphincter ani	35* 44**	Sultan, 1993
Tonusverlust der Levatorplatte	-	Schüßler, 1998
Abnahme der Kontraktionskraft, neuromuskuläre Schädigung der Beckenboden-Muskulatur	-	Snooks, 1990
Defekte des urethralen und analen Sphincterkomplexes (Schließmuskeln)	-	Schüßler , 1998

Quelle: AWMF, 2001, S.6; *Erstgebärende, **Mehrfachgebärende

Tabelle 3-39. Notwendige Aufklärung über Risiken der vaginalen Entbindung und des Kaiserschnitts

Kaiserschnitt	Vaginale Geburt
- erhöhte Mortalität	- Beckenbodenschäden / Schulterdystokie*
- Sekundärheilung	- organisatorische Risiken (Nacht- und Feiertagsgeburt)
- spätere Narben-Ruptur	- psychosexuelle Probleme
- spätere Plazentalösungsstörungen	
- Verlust des Geburtserlebnisses	
- spätere Sterilität	

Quelle: AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), 2001, S. 7
* Schulterdystokie = Unfähigkeit zur spontanen (oder mit üblichen Handgriffen gestützten) Geburt der Schultern nach Durchtritt des Kopfes

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 Kaiserschnittrate 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 Kaischerschnitt-Geburten möglich. Die Folgen einer Sectio sind die einer Bauchoparation, 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.

Ethische und rechtliche Probleme und die Frage der Aufklärungspflicht

Eine Klärung der rechtlichen Situation, d.h. der Frage, ob es sich bei einer *Sectio ohne medizinische Indikation* um eine Körperverletzung handle, ob Sittenwidrigkeit bestehe und inwieweit Aufklärungspflicht der Frau durch den/die Ärzt/in bestehe, widmet sich der Arbeitskreis *Ärzte und Juristen* der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2001). Grundlagen der rechtswirksamen Einwilligung der Frau sind Einwilligungsfähigkeit, Freiheit von Willensmängeln, Aufklärung über Risiken und Ausschluss der Sittenwidrigkeit (Ulsenheimer, 2000). Das Fazit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2001, S.5):

1. Ähnlich wie eine Sterilisationsoperation ist eine Sectio ohne Indikation zwar eine Körperverletzung, aber durch rechtswirksame Einwilligung der Patientin gerechtfertigt.
2. Die Sectio ohne Indikation ist [im Sinne des § 228 StGB für die DEUTSCHLAND] nicht sittenwidrig.
3. Die generelle Aufklärung aller Schwangeren über die Möglichkeit der Sectio ist nicht notwendig, weil diese noch keine echte Alternative darstellt.
4. Der Wille der Gebärenden ist die Grundlage einer Entscheidung, die nach einem ausführlichen, auch aufklärenden Gespräch des/der Ärzt/in mit der Patientin von dieser zu treffen ist.
5. Das Problem der Meinungsänderung [Anm. der Patientin] sub partu (während der Geburt) kann nur durch eine Aufklärung über die Sectio ante partum (vor der Geburt) gelöst werden.
6. Die Möglichkeit der Einschaltung eines/einer Betreuungsbevollmächtigten [Anm. diskutiert wurde der evtl. anwesende Ehemann] sollte juristisch geklärt werden.

Ergebnis:

7. Muss doch jede Schwangere aufgeklärt werden?
8. Muss auch bei der assistierten Reproduktion über die Gefahren von Schwangerschaft und Geburt aufgeklärt werden?
9. Wird Geburtshilfe für den/die die Ärzt/in zum forensischen Balanceakt?

Einstellung von Gynäkologinnen zum Wunsch-Kaiserschnitt

Eine schriftliche Befragung österreichischer Gynäkologinnen mit Geburtserfahrung zum Thema Geburtshilfe und persönliches Geburtserleben ergab, dass 72 Prozent der befragten 191 Gynäkologinnen spontan entbunden hatten, 23 Prozent mittels Sectio und fünf Prozent vaginal-operativ (Krumpl-Ströher und Sevelda, 1999). Wesentliche Unterschiede zeigten sich hinsichtlich des Ausbildungsgrades der Gynäkologinnen: 48 Prozent der Fachärztinnen, aber nur sieben Prozent der Turnusärztinnen entbanden mit einer Sectio. Gemessen wurde auch die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis: ein Drittel der Gynäkologinnen zeigte sich mit dem persönlichen Geburtserlebnis unzufrieden. Geringe Unterschiede in der Zufriedenheit gab es zwischen den Geburtsmodalitäten: Bei Spontangeburten war die Zufriedenheit mit 67 Prozent etwas niedriger wie bei der Sectio (74 Prozent) und etwa gleich hoch wie bei der vaginal-operativen Geburt (65 Prozent). Der Ausbildungsgrad scheint einen großen Einfluss auf das Geburtserleben zu haben: 41 Prozent der Turnusärztinnen und 22 Prozent der Fachärztinnen waren unzufrieden. Eine Ursache dabei könnte beim Geburtshelfer liegen: Nur 44 Prozent der Turnusärztinnen wurden von ihrem/ihrer eigenen Gynäkolog/in entbunden, hingegen 95 Prozent der Fachärztinnen.

Psychologische Motive der Entscheidung für einen Wunsch-Kaiserschnitt

Der Frage, welche psychologischen Motive Frauen haben, sich ohne medizinische Indikation für ein Geburt mittels Kaiserschnitt zu entscheiden, vor allem welche Rolle die Geburtsangst dabei spielt, wurde in einer Befragung von 131 Wiener Frauen im Alter von durchschnittlich 31 Jahren vor und nach der Geburt nachgegangen (100 Frauen mit vaginaler Geburt, 31 Frauen mit Wunsch-Kaiserschnitt; Lipp, 2004). Signifikant mehr Mütter, die sich für einen Kaiserschnitt entschieden hatten, berichteten, vorangegangene Geburten als schwer empfunden zu haben, achtzig Prozent der Frauen hatten Komplikationen erlebt. Dementsprechend steht in dieser Gruppe von Frauen bei der Frage nach den Motiven für die Entscheidung zum Kaiserschnitt das **Sicherheitsbedürfnis** sehr stark im Vordergrund (sechzig Prozent der Frauen bejahen dies) und die Einstellung, die Belastungen der vaginalen Geburt nicht auf sich nehmen wollen (fünfzig Prozent stimmen dem zu) bzw. Angst vor Schmerzen zu haben (35 Prozent der Frauen.). Frauen, die sich für eine vaginale Geburt entschieden, hatten eine völlig andere Motivlage: für einen großen Teil dieser Gruppe von Frauen gab es **keinesfalls eine Alternative zur natürlichen Geburt** (für etwa vierzig Prozent der Frauen), ein weiters Drittel gab an, bereits Kinder durch vaginale Geburt auf die Welt gebracht zu haben und rund zwanzig Prozent der Frauen empfanden andere Geburtsmethoden, wie einen Kaiserschnitt, als belastend. Die statistische Differenzierung der beiden Gruppen ergab, dass bei den Müttern mit Wunschkaiserschnitt der Sicherheitsaspekt im Vordergrund stand, bei Frauen mit vaginaler Geburt hingegen das natürliche Geburtserleben.

Frauen, die sich für einen Kaiserschnitt entschieden haben, wiesen deutlich stärkere **Geburtsangst** auf als Frauen, die die vaginale Geburt bevorzugten und hatten des Weiteren mehr Angst, dem körperlichen Geschehen der Geburt nicht gewachsen zu sein und Signale der Geburt nicht sensibel genug wahrzunehmen und inadäquat mit ihnen umzugehen. Generell nahm bei den befragten Frauen die Geburtsangst mit dem Alter ab, auch wiesen Frauen mit höherer Bildung eine niedrigere Geburtsangst auf als Frauen mit geringerer Bildung.

Auf die Frage, ob die Frauen mit dem gewählten Geburtsmodus zufrieden waren und ob sie sich im Falle einer nächsten Schwangerschaft wieder für diesen entscheiden würden, gaben alle Frauen nach Wunschkaiserschnitt an, wieder auf diese Weise gebären zu wollen; bei vaginal Gebärenden taten dies jedoch nur 86 Prozent der Frauen, sieben Prozent waren unsicher und sieben Prozent würden nicht wieder vaginal entbinden wollen. Aber, obwohl Mütter nach Wunschkaiserschnitt die Geburt in vielen einzelnen Aspekten positiver erlebten als Frauen nach vaginaler Entbindung (weniger lang, weniger schmerzhaft), sieht nur ein Fünftel die Geburt das Geburtserlebnis insgesamt positiv, vor allem scheint der emotionale Aspekt der Geburt gefehlt zu haben (Lipp, 2004).

Kritische Stellungnahme zum Wunsch-Kaiserschnitt

Dr. Eva Javorszky
NANAYA, Wien; www.nanaya.at; nanaya@utanet.at

Die Begriffe *Wunschkaiserschnitt* oder *sanfter Kaiserschnitt*, der für die Misgav-Ladach Methode verwendet wird, sind problematisch. Sie suggerieren, dass es gut ist, sich einen Kaiserschnitt zu wünschen, weil er ohnehin sanft ist. Eine Operation ist aber nie sanft, immer werden zuvor intakte Strukturen durchtrennt. Blutverlust, Nervenverletzungen, Schmerzen und das Risken für Thrombose, Embolie, Wundheilungsstörung und Infektion sind normale Begleiterscheinungen jedes operativen Eingriffs.

Die medizinische Notwendigkeit des Kaiserschnitts in Geburtssituationen, die eine Gefährdung für Mutter und/oder Kind darstellen, ist wohl unbestritten. Aber immer öfter wird der Kaiserschnitt als gleichwertige Alternative zu einer vaginalen Entbindung angeboten. Dabei liegen die Vorteile hauptsächlich nur in der besseren Planbarkeit. In jedem Fall ist eine Schnittentbindung für die Mutter in den Tagen nach der Geburt sehr anstrengend. Sie hat Schmerzen und kann das Baby nicht selbst versorgen. Auch das Neugeborene ist nach einem Kaiserschnitt nicht immer in bester Verfassung. Bei einer vaginalen Entbindung wird durch den Druck der engen Geburtswege das in der Lunge und den Atemwegen des Babys befindliche Fruchtwasser heraus gepresst. Zwar wird das Fruchtwasser abgesaugt, dennoch haben Babys nach einer Sectio nicht selten Atemstörungen und müssen vorübergehend intensivmedizinisch überwacht werden. Diese Anpassungsprobleme sind meist nicht lebensbedrohlich aber sicher kein wünschenswerter Start ins Leben. Vermutlich entstehen auch Schocks beim plötzlichen Öffnen der Fruchtblase, weil dann ein plötzlicher Druckabfall erfolgt. Es ist zu vergleichen mit einem zu plötzlichen Auftauchen eines Tauchers. Als Weiteres ist auch der emotionale Schock zu berücksichtigen, der durch das plötzliche Herausgerissenwerden aus der Geborgenheit des Mutterleibes auftritt, ohne die Zusammenarbeit mit der Mutter.

Man weiß heute, dass das Kind an die fünfzig Prozent oder mehr der vorwärts treibenden Kraft selber beisteuert. Diese Mitarbeit ist ein fundamentaler Vorgang während der Geburt, weil das Kind auf diese Weise seine erste aktive Arbeit im Leben leistet. Außerdem werden Kopf und Rücken, der Sitz des Gehirns und des Zentralnervensystems intensiv massiert und damit das gesamte Nervensystem aktiviert. Diese wichtigen Abläufe fehlen bei einem geplanten Kaiserschnitt ohne Wehentätigkeit komplett.

Für die Frau kommt mit einer Sectio noch die mögliche Behinderung späterer Schwangerschaften und Geburten dazu. Das Risiko, an den Komplikationen eines Kaiserschnittes zu versterben ist zwar minimal, aber doch zwei bis drei Mal höher als nach einer vaginalen Entbindung. Und nicht zuletzt vermissen viele Frauen die erste Zeit mit ihrem Kind. Die Lücke in ihrem Erleben und ihrer Beziehung zum Kind wirft für sie viele Fragen auf, die ihnen niemand beantworten kann.

Daher stellt sich zum Wunschkaiserschnitt die Frage:

Wer	**wünscht**	**wem**	**was?**
Der/die Ärzt/in	will	der Frau	Schmerzen ersparen.
Der/die Ärzt/in	will	sich selbst	absichern.
Die Klinik	will	Für die Klinik	Planbarkeit.
Die Frau	will	von dem/der Ärzt/in/Mann	anerkannt/geliebt werden.
Die Frau	will	sich	Schmerzen ersparen.
Die Frau	will	sich	ein neuerliches Trauma ersparen.
Der Partner	will	seine Frau	nicht leiden sehen.

Diese Liste zeigt die unterschiedlichsten Motive und den enormen Machtkampf auf, der um den Körper der statt findet und könnte sicher noch fortgesetzt werden.

Es besteht kein Zweifel, dass ein Kaiserschnitt in manchen Situationen die einzige Rettung für Mutter und Kind und somit ein Segen ist. Aber aus einem Vergleich statistischer Daten und der Empfehlung der WHO für Kaiserschnittgeburten wird ersichtlich, dass in Österreich jährlich über 19 Millionen Euro unnötigerweise dafür ausgegeben werden und damit über 7.000 Frauen und deren Babys gefährdet werden.

Wenn schwangere Frauen in ihren Wahrnehmungen und Empfindungen ernst genommen werden würden, könnte vieles erspart werden. Viel Geld für das System, aber was noch viel wichtiger ist, viele Schmerzen physischer und psychischer Art für Frauen und Babys.

3.5.3.1 Säuglingssterblichkeit

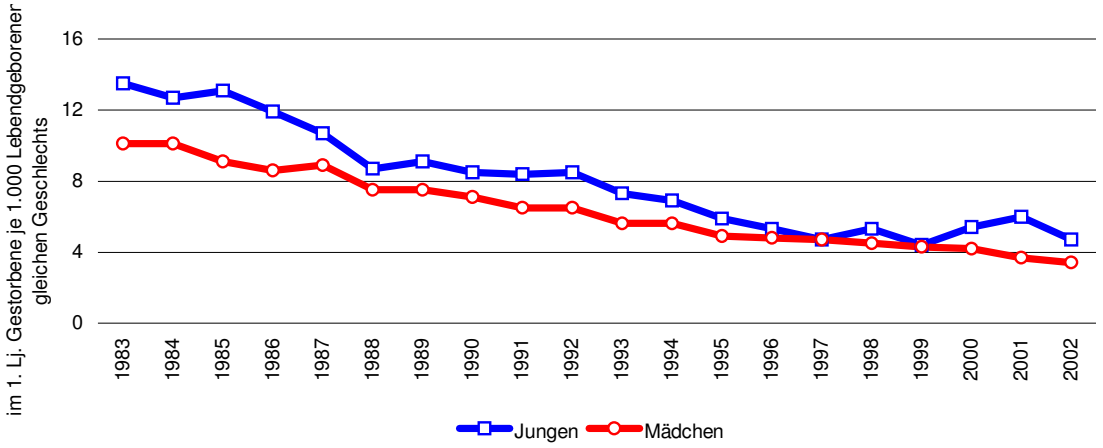
Die Säuglingssterblichkeit ist im 20. Jahrhundert durch die Anhebung des allgemeinen Lebensstandards und die Verbesserung der medizinischen Versorgung kontinuierlich stark zurückgegangen, dennoch ist nach wie vor ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialen und Umweltfaktoren wie Nationalität, Schulbildung,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

Es gibt aber auch ein demografisches Langzeitphänomen in Bezug auf die Säuglingssterblichkeit, nämlich die generell höhere Säuglingssterblichkeit männlicher Neugeborener. Generell werden mehr männliche als weibliche Kinder geboren. Zwischen 1980 und 1999 waren etwa 48,6 Prozent der in der Europäischen Union geborenen Kinder weiblich und 51,4 Prozent männlich, wobei die Unterschiede zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten gering sind (Eurostat 2002, S.11). Die höhere Zahl von männlichen Neugeborenen wird teilweise durch deren höhere Sterblichkeit im ersten Lebensjahr ausgeglichen.

Säuglingssterblichkeit und soziale Faktoren: Migration, Schulbildung, Alter der Mutter

Die Säuglingssterblichkeit ist zwar generell gesunken, sie liegt jedoch nach wie vor bei Kindern von Migrant/innen höher, wenn auch mit abnehmender Tendenz. Betrug in Deutschland die Säuglingssterblichkeit 1992 bei Deutschen 5,9 je 1.000 Lebendgeborene vs. 8,0 bei Ausländer/innen, 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 Österreicher/innen vs. 9,8 bei Nicht-Österreicher/innen (11,6 bei türkischer, 9,5 bei ex-jugoslawischer Nationalität).
Neben der Nationalität beeinflusst auch die Schulbildung und das Alter der Mutter die Säuglingssterblichkeit, und zwar ist bei geringer Schulbildung und einem Alter der Mutter von unter zwanzig oder über 35 Jahren eine erhöhte Säuglingssterblichkeit zu beobachten (Tabelle 3-40).

Abbildung 3-25. Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht (1983-2002)



Quelle: Statistik Austria (2004), S. 63

Tabelle 3-40. Säuglingssterblichkeit nach Alter und Schulbildung der Mutter sowie nach Nationalität des Kindes bei der Geburt (2002)

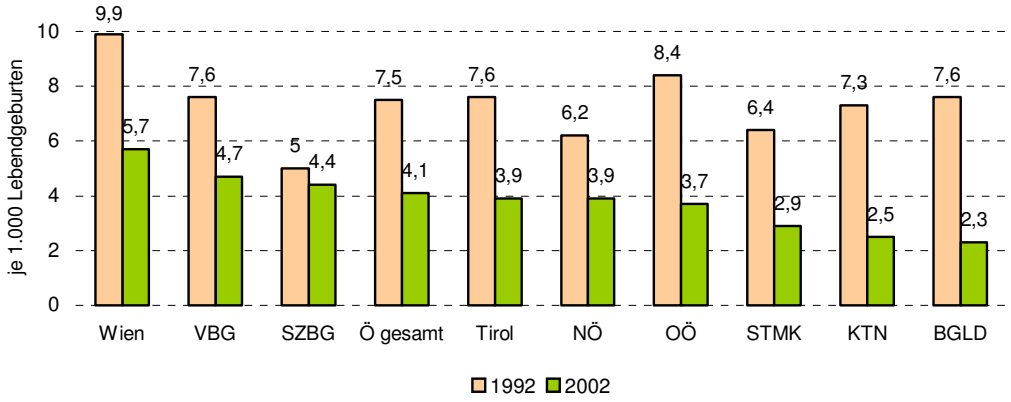
	Absolute Zahlen		Auf 10.000 Lebendgeborene	
	Totgeborene	im 1. Lebensjahr Gestorbene	Totgeborene	im 1. Lebensjahr Gestorbene
Gesamt	338	318	43,1	40,6
Nationalität des Kindes				
Osterreich	281	262	41,0	38,3
Nicht-Österreich Gesamt	57	56	57,4	56,4
Ex-Jugoslawien	*23*	*28*	*49,2*	*59,9*
Türkei	*16*	*8*	*60,7*	*30,3*
Sonstige	*18*	*20*	*68,9*	*76,5*
Schulbildung der Mutter				
Pflichtschule	84	80	54,4	51,9
Lehre	117	115	42,8	42,1
Mittlere Schule	45	134	36,5	27,6
Höhere Schule	24	31	21,4	27,6
Akademie	8	6	23,1	17,3
Hochschule	18	22	31,9	39,0
Unbekannt	42	30	140,2	100,2
Alter der Mutter				
15 - 19 Jahre	16	14	43,2	49,3
20 - 24 Jahre	71	67	45,8	48,5
25 - 29 Jahre	100	88	35,0	39,8
30 - 34 Jahre	81	100	42,5	34,5
35 - 39 Jahre	41	65	57,9	40,9
40 - 44 Jahre	9	11	62,3	50,9

Quelle: Statistik Austria, 2004; Tab. 2.8

Regionale Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit

Im Vergleich der Bundesländer über einen Zeitraum von 1992 bis 2002 weist Wien die höchste Säuglingssterblichkeit auf, obwohl diese, wie auch in allen anderen Ländern in diesem Zeitraum deutlich gesunken ist. Zu einem möglichen Zusammenhang zwischen der erhöhten Säuglinssterblichkeit bei Migrant/innen und dem hohen Ausländer/innenanteil in Wien liegen bislang keine Untersuchungen vor. Säuglingssterblichkeitraten über dem österreichischen Durchschnitt wiesen im Jahr 2002 neben Wien nur noch Vorarlberg und Salzburg auf, alle anderen Bundesländer lagen darunter. Die geringste Säuglingssterblichkeit fand sich im Burgenland, das auch den im Vergleich zu den anderen Bundesländern höchsten Rückgang seit 1992 zu verzeichnen hatte.

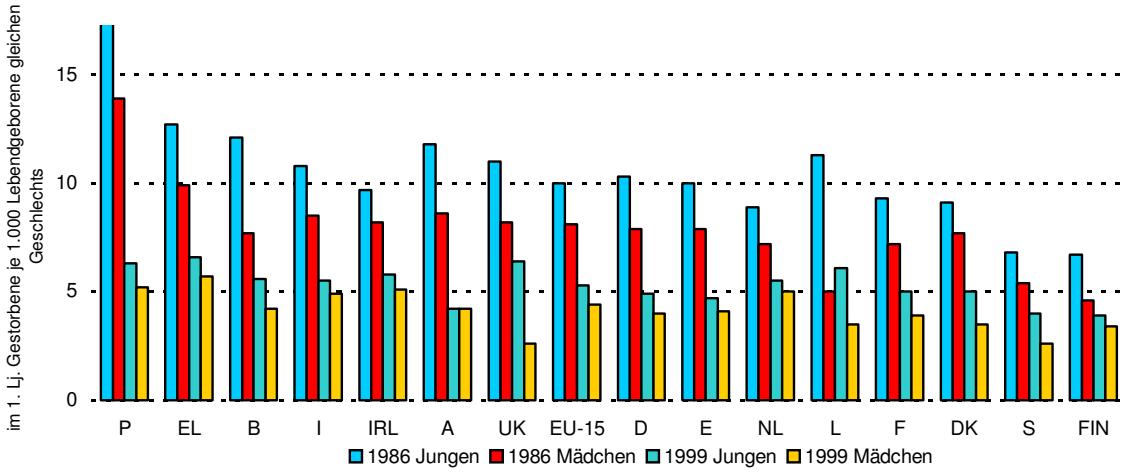
Abbildung 3-26. Säuglingssterblichkeit nach Bundesländern (1999, 2002)



Quelle: Statistik Austria, 2004; S.63

Innerhalb der EU-15-Länder ist bei der Säuglingssterblichkeit ein deutlicher Unterschied zwischen Nord- und Südeuropa zu erkennen: die höchsten Säuglingssterblichkeitsraten haben Portugal, Griechenland und Italien, die niedrigsten Raten Finnland, Schweden und Dänemark. Österreich liegt im europäischen Mittelfeld.

Abbildung 3-27. Säuglingssterblichkeit in den EU-15-Ländern (1986, 1999)



Quelle: Eurostat, 2002; S. 149

3.5.3.2 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 sind auch in den gebräuchlichen internationalen Klassifikationen der Krankheiten (ICD-10, DSM-IV) als solches 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 zu der Zeit nach der Geburt kommt es während der Schwangerschaft seltener als bei nicht schwangeren Frauen zu psychischen Ersterkrankungen. Als Ursache dafür wird in der Fachliteratur ein protektiver Effekt der Schwangerschaft aufgrund der hormonellen Veränderungen (Anstieg von Östrogenen, Progesteron) diskutiert (Riecher-Rössler, 1997).

Faktum ist, 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 nicht früh genug und 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). Risikofaktoren 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 allein erziehende Mütter. Es liegen Befunde vor, dass auch Männer postpartale depressive Zustände entwickeln können (Ballard 1994, zitiert nach Kühner, 2001).

Box 3-9. Formen postpartaler psychischer Beeinträchtigungen

Typ	Manifestation	Symptomatik	Therapie und Verlauf
„Heul-Tage" im Wochenbett, Postpartum-Blues, Baby-Blues 30-75 Prozent der Frauen (Österreich*: 23.000 – 58.000 Frauen jährlich)	Beginn ca. ab dem dritten bis fünften Tag nach der Geburt Dauer: wenige Tage	Affektlabilität, Ängstlichkeit mit schnellem Wechsel zwischen Weinen und Lachen, Reizbarkeit; somatische Depressionssymptome (Appetitlosigkeit, Müdigkeit, ...) erhöht, nicht jedoch die kognitiven Symptome	Eine spezifische Therapie scheint nicht notwendig, wohl aber emotionale Zuwendung.
Wochenbettdepression (PPD) 10-15 Prozent der Frauen (Österreich*: 8.000 – 12.000 Frauen jährlich)	Beginn: mehrere Tage, auch Wochen nach der Geburt Dauer: abhängig vom Schweregrad Wochen bis Monate	Depressive Verstimmung unterschiedlichen Schweregrades, Insuffizienz-, Schuldgefühle, Zwänge, Panikattacken	Dringend behandlungsbedürftig, Psychotherapie und/oder medikamentöse Therapie
Depression nach Totgeburt, Frühgeburt, ...	Beginn: direkt nach dem Ereignis Dauer: abhängig vom Schweregrad Wochen bis Monate	Nach Schock, Verzweiflung und akuter Belastungssituation erfolgt meist ein Übergang in eine länger dauernde reaktive Depression.	Psychotherapie unbedingt empfehlenswert, Abschied nehmen können; medikamentöse Therapie
Wochenbett-Psychose 0,1-0,2 Prozent der Frauen (Österreich*: 80 – 160 Frauen jährlich)	Beginn: nach der Geburt innerhalb der ersten vier Wochen; 75 Prozent innerhalb der ersten zwei Wochen Dauer: abhängig vom Schweregrad Tage bis Monate	Alle Typen von Psychosen kommen vor (schizophrene, schizoaffektive, affektive, polymorphe, organische Psychosen)	Therapie dringend erforderlich - je nach klinischem Bild
Posttraumatische Belastungsstörungen nach einer traumatisch erlebten Entbindung	Beginn: erste Tage bis Wochen nach der Geburt Dauer: abhängig von Schweregrad Wochen bis Monate, Chronifizierung möglich	Anfängliche „Betäubung", Depression, Angst, sozialer Rückzug, Flashbacks, Träume innerhalb von 6 Monaten	Psychotherapeutische Betreuung

*) Hochgerechnet auf 78.400 Geburten in Österreich im Jahr 2000; Quellen: Rohde 2001, S. 318; Kühner 2001, S. 180 ff.

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 Angaben der Frauen über beide Zeitpunkte betrachtet, so haben 21,2 Prozent der untersuchten 1.134 Frauen zumindest zu einem Testzeitpunkt in den ersten sechs Monaten nach der Geburt ihre Stimmung als depressiv bewertet.

Ausgehend von diesen Ergebnissen hat die Stadt Wien im Rahmen des Wiener Frauengesundheitsprogramms ein Interventionsprojekt zur Prävention von PPD an drei Wiener Spitälern durchgeführt (Amesberger, 2004). In dieser randomisierten Pilotstudie wurden rund 3.000 Frauen mit psychosozialen Problemen und ökonomischen Risikofaktoren durch spezifische Interventionsmaßnahmen in ein interdisziplinäres Betreuungsnetz (Ärzt/innen, Hebammen, Psycholog/innen, Psychotherapeut/innen, Sozialarbeiter/innen) eingebunden. Die Evaluierung des Projektes zeigte, dass das PPD-Risiko bei den teilnehmenden Frauen sehr hoch war: zwischen 22 und 30 Prozent wiesen psychosoziale und sozioökonomische Risikofaktoren auf.

3.5.3.3 Stillen

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

Die österreichische Stillkommission wurde im September 2004 als Arbeitsgruppe der Mutter-Kind-Pass-Kommission des Obersten Sanitätsrats eingerichtet. Sie setzt sich aus Vertreter/innen aller Berufsgruppen, die sich mit stillenden Müttern und gestillten Kindern befassen, zusammen. Insbesondere handelt es sich um Ärzt/innen, Vertreter/innen der Gesundheits- und Krankenpflege, Hebammen sowie Vertreter/innen von Vereinigungen, die Stillförderungen zum Ziel haben. Zu den Aufgaben der Kommission zählen die Auseinandersetzungen mit wissenschaftlichen Belangen von Muttermilch und Stillen, die Erarbeitung von Stillempfehlungen, die Beratung bei der Durchführung von Maßnahmen der Stillförderung sowie die Motivation zur Stillförderung bei den relevanten Berufsgruppen.

International wurden seit Beginn der 1990er Jahr folgende Maßnahmen im Bereich des Stillens gesetzt:

1989	WHO	*Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen. Richtlinien für Entbindungsstationen und Neugeborenenabteilungen*
1990	AKTIONSRUPPE BABYNAHRUNG	
1990	WHO/UNICEF-Konferenz	*Innocenti-Deklaration*: – Einrichtung nationaler fachübergreifende Stillkomitees; – alle Einrichtungen, die Mutterberatung durchführen, müssen sich an die zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen halten; – nationale Gesetze bezüglich Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten entsprechend der WHO-Resolution; – Gesetzgebung und Umsetzung von Gesetzen, die auch für berufstätige Frauen das Recht zu Stillen schützen; – Entwicklung von Handlungsstrategien zum Schutz, zur Förderung und Unterstützung des Stillens; – Durchführen von nationalen Situationsanalysen und Erhebungen; – Formulieren von nationalen Zielen und Aktionsplänen.
1991	WHO, UNICEF	Initiative *Stillfreundliches Krankenhaus*
1995	BM für Gesundheit und Umweltschutz	Verordnung *Säuglingsnahrung und Folgenahrung* (BGBl. Nr. 531/1995) zur Zusammensetzung von Nahrungsmitteln für Säuglinge und Kinder bis zum Ende des dritten Lebensjahres; regelt auch Werbung und Vertrieb von Säuglingsnahrung
1996	Österreichisches Komitee für UNICEF	Deutsche Fassung zum *Stillfreundlichen Krankenhaus*, Checkliste zur Selbsteinschätzung für Krankenhäuser
2004	BM für Gesundheit und Frauen	Einrichtung einer *Stillkommission* beim Obersten Sanitätsrat (OSR) des BMGF

Tabelle 3-41. 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

Der Vergleich der Ergebnisse einer empirischen Studie zum Thema Stillen in Österreich, bei der 1.168 Müttern in ganz Österreich befragt wurden (ÖBIG, 1998) mit 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.

Die Dauer des Stillzeitraums hängt von unterschiedlichen psychosozialen Faktoren ab (ÖBIG, 1998; S. II ff.):

- *Alter der Frau*: Der Zeitraum des Stillens wird mit zunehmendem Alter der Mutter bei der Geburt länger.
- *Bildung*: Je höher die Bildung und die beruflichen Position ist, umso länger ist die Vollstillzeit.
- *Parität*: Der Zeitraum des Vollstillens ist bei Mehrgebärenden länger als bei Erstgebärenden.
- *Verweildauer im Spital*: Frauen, die ambulant im Spital entbunden haben, stillen über einen längeren Zeitraum als Frauen, die stationär im Spital waren.
- *Rooming in*: Frauen mit 24-Stunden-Rooming-in stillen länger als Frauen, die von ihrem Kind getrennt wurden.
- *Zeitpunkt des ersten Anlegens*: 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 frühren 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.

3.6 Wechseljahre, sexuelle Gesundheit und Altern

3.6.1 Wechseljahre und Hormoneratztherapie

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 sei nicht als endokrinologischer Mangelzustand zu werten, der durch Hormonsubstitution korrigiert werden könne oder solle (WHO Technical Report; WHO, 1981).

Zur Definition und Vorkommen von Wechseljahr-Symptomen kommt eine aktuelle Expertise nach Analyse 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 Unterscheidung 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*)

Konsensusempfehlungen zur Hormonersatztherapie
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:

PRÄAMBEL: Es wird betont, dass die Empfehlungen auf Nutzen-Risko-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 Alkhohl, Nikotin, Ernährung, Sport etc., geburtshilfliche Anamnese, gynäkologische Anamnese hinsichtlich Amenorrhoedauer, 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 Ärzt/in 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 vierjähriger 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!

Hormonbehandlung aus Sicht der Frauengesundheitsbewegung

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 Boock Collective, 1971; FeministischesFrauen GesundheitsZentrum (FFGZ), 1990; Groth, 1992 und 1994; siehe Stolzenberg und Sachse, 2003, S. 12).
In der Bremer Erklärung *wechseljahre multidisziplinär* wurde der Versuch unternommen, vor allem die Sichtweise und Betroffenheit der Frauen in den Vordergrund zu stellen (Jahn, 2004).

Box 3-10. Bremer Erklärung *wechseljahre multidisziplinär*

Bremer Erklärung *wechseljahre multidisziplinär*

Die über 200 Teilnehmer und Teilnehmerinnen des Kongresses *wechseljahre multidisziplinär* haben am 23. Februar 2003 folgende Erklärung verabschiedet:
Wechseljahre sind eine natürliche Phase im Leben von Frauen und keine Krankheit. In den Wechseljahren greifen körperliche, psychische und soziale Prozesse ineinander.
Veränderungen, die Frauen während dieser Zeit erleben, können sehr verschiedenartig sein und unterschiedliche Ursachen haben. Sie bilden die Vielfalt der Lebenswirklichkeit von Frauen ab und sind im Kontext ihrer Lebenssituation zu sehen. Die Wechseljahre sind nicht auf hormonelle Veränderungen zu reduzieren. Die einseitige Sichtweise und Bewertung führt zu unangemessenen Behandlungskonzepten und zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die mit zweifelhaftem Nutzen und mit Risiken einher gehende Therapie mit Sexualhormonen ist dafür nur ein deutliches Beispiel.
Es stellt sich die Frage, ob Frauen überhaupt eine professionelle Begleitung in dieser Lebensphase benötigen, und wenn ja, wie ein frauen- und situationsgerechtes Angebot aussehen kann.

Wir fordern,
- dass alle Frauen unabhängige und verlässliche Informationen zur Verfügung haben, die sie in ihrer Entscheidungsfindung für einen individuell angemessenen Umgang mit dieser Lebensphase unterstützen. Hierzu gehören die zielgruppenspezifische Entwicklung von Informationsmaterialien, z.B. durch die BZgA und die Krankenkassen, sowie die Förderung der Selbsthilfe und der Aufbau geschlechts- und kultursensibler Beratungs- und Behandlungsangebote.
- dass der jeweilige Stand des Wissens zu den Risiken und dem Nutzen systematisch zusammen getragen, bewertet und in die ärztliche Praxis umgesetzt wird, z.B. durch die interdisziplinäre Entwicklung von Leitlinien.
- eine auch von wirtschaftlichen Partikularinteressen unabhängige multidisziplinäre und geschlechtssensible Gesundheitsforschung, die auch die Ressourcen und Stärken von Frauen in den Blick nimmt.
- dass im System der medizinischen Versorgung notwendige Veränderungen für eine wissenschaftlich nachgewiesene und frauengerechte Versorgung in den Wechseljahren herbeigeführt werden. Dazu braucht es eine Sensibilisierung der Akteure und Akteurinnen sowohl für die Bedürfnisse von Frauen wie auch für die Möglichkeiten und Grenzen des eigenen professionellen Handelns.
- die Einbindung geschlechts-, sozialschichts- und kultursensibler Erkenntnisse in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Professionen sowie den Ausbau multiprofessioneller Zusammenarbeit.
- dass die Medikalisierung der Wechseljahre beendet wird. Die Aufwertung und Stärkung der Selbstkompetenzen von Frauen muss ins Zentrum zukünftiger Konzepte der Gesundheitsförderung gerückt werden.
- dass Aktivitäten entwickelt werden, die in unserer Gesellschaft das Altern von Frauen sowie ihre Kompetenzen und Lebenserfahrungen wertschätzt.

Die Bremer Erklärung *wechseljahre multidisziplinär* soll zur Entwicklung neuer Konzepte und Strukturen im Umgang mit den Wechseljahren beitragen. Alle Beteiligten dieses Kongresses sind aufgefordert, im Sinne dieser Erklärung in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern verantwortlich zu handeln und die Diskussion fortzuführen.

Quelle: Jahn I (2004) (Hrsg.); wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen frauen? Proceedings Kongress „wechseljahre multidisziplinär", Universität Bremen, 21.-23. Februar 2003. Geh-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 28, St. Augustin: Asgard-Verlag.

Überblick: *Women's Health Initiative (WHI)*-Studie

Die *Women's Health Initiative (WHI)* in den USA ist ein umfassendes multizentrisches Studienprogramm mit mehreren Forschungszweigen. Es handelt sich dabei um eine Langzeitstudie von mindestens acht Behandlungsjahren zu den Auswirkungen von Hormonpräparaten mit dem Ziel, Risiken und Nutzen der Therapie besser abschätzen zu können. Zentrale Fragestellungen waren die präventive Wirkung der HRT (*Hormone Replacement Therapy*) für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose. An der Studie nahmen 16.608 Frauen im Alter zwischen fünfzig und 79 Jahren teil: 8.506 Frauen erhielten eine Östrogen-Gestagen-Hormonkombination, die Vergleichsgruppe von 8.012 Frauen erhielt ein Placebo. Der Grund des Abbruchs: In der in dieser Studie mit einer Östrogen-Gestagen-Kombination behandelten Gruppe von Patientinnen waren die Fälle an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Brustkrebs höher als in der unbehandelten Gruppe.
Für jenen Studienarm der WHI-Studie, der die Überprüfung der Wirksamkeit der Östrogen-Monotherapie zum Ziel hatte, wurde eine Reduktion des Brustkrebsrisikos berichtet bei gleichzeitiger Steigerung des Risikos für Herzinfarkt. Die Autor/innen ziehen jedoch den Schluss, dass diese Ergebnis noch weiterer Abklärung bedarf (Anderson et al., 2004). Eine detaillierte aktuelle Analyse ist u. a. bei Kundi et al. (2004) und bei Greiser (2001) zu finden. [siehe auch http://www.nhlib.nih.gov/whi/]

Überblick: Million Women Study

In die sehr unterschiedlich bewertete *Million Women Study* wurden zwischen 1996 und 2001 über eine Million Frauen zwischen 50 und 64 Jahren im Rahmen des *National Health Service Breast Screening Programme* in Großbritannien eingeschlossen. Die Screening-Untersuchungen wurden in dreijährigen Intervallen durchgeführt, mit der Einladung wurde ein Fragebogen über soziodemografische Daten und Einnahme von Hormonersatztherapie verschickt. Das Brustkrebsrisiko war sowohl für die Östrogen-Monotherapie als auch für die Östrogen-Gestagen-Kombinationstherapie erhöht, wobei es für die Kombinationstherapie am höchsten war. Dosis, Art oder Verabreichungsform (Pille, Pflaster, Implantat) und auch vorangegangene Einnahme von Hormonersatztherapie hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Risiko. [siehe auch http://www.millionwomenstudy.org.uk/]

Empfehlungen und Stellungnahmen zur Anwendung der Hormonersatztherapie

Als Reaktion auf die kontroverse öffentliche Diskussion der Hormonersatztherapie haben zahlreiche Fachgesellschaften Empfehlungen und Stellungnahmen zu deren Anwendung veröffentlicht: z.B. Birkhäuser et al. (1999), Huber (2002), Huber et al. (2002), Kuhl und Braendle (2002), Kommission Hormontoxikologie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (2002), Beckmann et al. (2003), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2003), Birkhäuser et al. (2003), WGKK (2003), BMGF und ÖGGG (2004), Executive Committee of the International Menopause Society (2004) (zitiert nach Kundi, 2004, S.17, ergänzt).

3.6.2 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 ist.

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).

Sexuelle Aktivität und sexuelles Interesse bei Frauen ab Fünfzig

Studien und eine umfassende Metaanalyse zum Thema Sexualität bei Frauen ab einem Alter von fünfzig Jahren wurden von Sydow vorgelegt (1992a, 1992b, 1993, 1994, 2000). In den 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 zwischen ein und zwei 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.

Tabelle 3-42. Sexuelle Aktivität und sexuelles Interesse bei Frauen im Alter von 50+

Zahlen in Prozent **Alter**	**50-59 Jahre**	**60–69 Jahre**	**70-79 Jahre**	**80+ Jahre**
Geschlechtsverkehr (Frauen mit Partner)	69 - 88	42 - 76	31 - 65	0 - 10
Zärtlichkeit (Frauen mit Partner)	?	?	?	77
Selbstbefriedigung	35 - 37	33 - 37	29 - 33	8 - 40
Lesbische Aktivitäten	1 - 8	?	?	?
Sexuelles Interesse vorhanden	89 - 91	19 - 75	19 - 67	15 - 33

Quelle: von Sydow, 2004

Körperliche und psychosoziale Veränderungen im Bereich der Sexualität von Frauen ab Fünfzig

Bitzer (2003) gibt einen Überblick über den Stand der Forschung zu Veränderungen der Sexualität von Frauen mit zunehmendem Alter:

Sexuelle Reaktion der Frau

~ 50% Durch Sinken des Östrogenspiegels kommt es zu einer Verdünnung der Vaginalschleimhaut und es kann in weiterer Folge zur *Dyspareunie* (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr) kommen. Das verringerte Östrogen kann auch eine Verminderung der *vaginalen Lubrikation* (intravaginale Gleitfähigkeit) verursachen, welche die Beschwerden bei Geschlechtsverkehr verstärken können.

~ 20% Rund zwanzig Prozent der Frauen in der Peri- und Postmenopause berichten über eine *Verringerung des klitoralen Empfindens*.

~ 35% Rund ein Drittel der Frauen berichten eine Veränderung der *Berührungswahrnehmung der Haut*.

~ 65% Die *Häufigkeit des Orgasmuserlebens* bleibt mit zunehmendem Alter gleich. Auswertungen des Kinsey-Reports ergaben folgende Häufigkeiten: Häufig einen Orgasmus zur erleben, gaben 67 Prozent der 27-38-Jährigen; 66 Prozent der 39-50-Jährigen; 65 Prozent der 51-64-Jährigen an (Reinisch, 1990).

Sexuelle Appetenz und Libido

Einige Studien berichten darüber, dass mit zunehmendem Alter sexuelle Aktivitäten und Interesse abnehmen, nicht aber die sexuelle Genussfähigkeit und das Auftreten von Orgasmen.

Andre Studien verweisen auf eine große Differenziertheit der individuellen Unterschiede in den sexuellen Veränderungen: Ein Teil der untersuchten Personen berichtet über keine Veränderungen, ein Teil von einer Zunahme des sexuellen Interesses und der sexuellen Aktivitäten oder einer Verbesserung des sexuellen Erlebens, ein anderer Teil von einer Reduktion sexueller Aktivität oder Verschlechterungen im sexuellen Erleben.

Hormonelle Faktoren

Studien zum Zusammenhang zwischen Testosteron- und Östrogenkonzentration und Intensität der Libido kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Eindeutige Zusammenhänge ließen sich nicht bestätigen.

Psychosoziale Faktoren

- *Double standard of aging* (Susan Sontag, 1977): der *ältere Herr mit grauen Schläfen* gilt noch immer als Schönheitsideal, nicht jedoch die ältere Frau
- Tabuisierung und negative Bewertung der Sexualität älterer Menschen
- Sozialisation der Frau als sexuell passiv: Bei fast drei Viertel der älteren Paare liegt die sexuelle Initiative beim Mann, wobei die Hälfte aller Männer keine sexuelle Initi-

ative zeigt.

- Demografischer Faktor: In den älteren Bevölkerungsgruppen überwiegen Frauen
- Individuelle Sexual- und Beziehungsbiographie: das *sexuelle Script* bestimmt maßgeblich die Sexualität im Alter, d.h. es kommt im Alter kaum zu grundlegenden Veränderungen.

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

Ein Beitrag von Dr. Elfriede Urbas, Gesundheitssoziologin, Wien[35]

3.7.1 Einleitung

Altern geht zwar mit einem erhöhten Krankheitsrisiko einher, jedoch gibt es große interindividuelle Unterschiede im Gesundheitszustand älterer Menschen. Die im Alter vorhandenen Erkrankungen ziehen zwar Behandlungsbedarf nach sich, handelt es sich dabei in den meisten Fällen aber um keine lebensbedrohlichen Erkrankungen. In einer der umfassendsten Studien der deutschsprachigen Altersforschung, der Berliner Altersstudie, in die vor allem das *vierte Lebensalter* einbezogen war (Personen zwischen siebzig und hundert Jahren), wird berichtet, dass etwa ein Drittel der Hochbetagten lebensbedrohlich erkrankt ist (Mayer und Baltes 1996).

Einflussfaktoren auf die Gesundheit im Alter

Für die Gesundheit im Alter spielen sowohl personale Faktoren (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. Den Möglichkeiten der medizinischen und rehabilitativen Versorgung kommt dabei 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. der 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, wobei sich die in früheren Lebensphasen angelegten geschlechtspezifischen Disparitäten im Alter fortsetzen und sich im hohen Alter meist zuspitzen. Die Befunde zu Familienstand, Haushaltstyp, Wohnbedingungen, Bildungsstand, Einkommen und Vermögen, Gesundheit, Pflege-

[35] Der Inhalt dieses Abschnitts gibt die persönliche Meinung der Autorin wieder.

bedarf zeigen, dass das Altern bei Frauen mit größeren Risiken sowohl in materieller, sozialer und gesundheitlicher Hinsicht verbunden ist als bei Männern (Kruse, 2002).

Lebenserwartung und Gesundheit

Sechzigjährige Frauen haben in Österreich heute im Durchschnitt noch 24,3 Lebensjahre vor sich (sechzigjährige Männer 20,4 Jahre). Die längere Lebensdauer der Frauen hat aber durchaus ihren Preis. Typische Altersrisiken, wie Alleinleben, gesundheitliche, materielle und soziale Beeinträchtigungen betreffen Frauen stärker (Backes 1993, S.174).

Tabelle 3-43. Lebenserwartung nach Geschlecht und Alter (1961, 1971, 1981, 1991, 2001)

	Lebenserwartung (Jahre)				
	1961	1971	1981	1991	2001
Männer					
bei der Geburt	66,47	66,64	69,28	72,41	75,91
im Alter von 15 Jahren	54,74	54,28	55,69	58,26	61,51
im Alter von 60 Jahren	15,53	15,20	16,36	18,03	20,42
Frauen					
bei der Geburt	72,84	73,67	76,41	79,05	81,68
im Alter von 15 Jahren	60,52	60,77	62,51	64,77	67,14
im Alter von 60 Jahren	18,99	18,99	20,40	22,21	24,25

Quelle: Statistik Austria

Die Berliner Alterststudie verweist auf eine deutlich höhere Funktionsbeeinträchtigung von Frauen, die zudem einen signifikanten Alterseffekt aufweist. Während die Funktionstüchtigkeit von Männern zwischen siebzig und hundert Jahren relativ konstant bleibt, wird sie bei Frauen mit zunehmendem Alter geringer. Andererseits schaffen es Frauen eher als Männer, mit den Beeinträchtigungen des Altern(n)s konstruktiv umzugehen und trotzdem ein zufriedenes Alter zu leben. Zu beobachten sind jedoch beachtliche Unterschiede je nach sozialer Schicht, Alter, Lebensverhältnissen, Wohnumfeld, familiären Bedingungen, Biografie, persönlichem Lebensstil, Interessen und subjektiven Deutungen (Baltes et al., 1996).

Zeitliche Veränderungen im Gesundheitszustand von Frauen

Trotz der bei älteren Frauen vermehrt vorhandenen Einschränkungen, sollte nicht übersehen werden, dass im Vergleich zu noch vor einem Jahrzehnt deutliche Verbesserungen im gesundheitlichen Befinden zu beobachten sind. Ein wichtiger Maßstab zur Beurteilung der Gesundheit älterer Menschen ist die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes. Der Vergleich der Ergebnisse des Mikrozensus 1991 mit jenen des Jahres 1999 lässt insbesondere bei den älteren Frauen eine Verbesserung des gesundheitlichen Befindens erkennen. So etwa ist seit 1991 bei den Frauen im Alter von 75 bis 84 Jahren der Anteil mit *sehr guter* oder *guter Gesundheit* fast um die Hälfte (von 27,9 Prozent auf 41,7 Prozent) gestiegen, bei den 85-jährigen und älteren Frauen hat er sich beinahe verdoppelt (von 19,4 Prozent auf 37,9 Prozent). Bei den Männern fiel der Anstieg deutlich geringer aus: In beiden Altersgruppen ist der Anteil jener mit *sehr guter* oder *guter Gesundheit* lediglich um etwas mehr als ein Drittel gestiegen (und zwar bei den 75- bis 84-Jährigen von 34,0 Prozent auf 38,4 Prozent, bei den 85-Jährigen und Älteren von 27,7 Prozent auf 38,4 Prozent) (Statistik Austria, 2002, S.34ff.).

Aspekte gesunden Älterwerdens

Gesundes Älterwerden ist für Frauen wie Männer nicht nur eine Frage der körperlichen und seelischen Gesundheit, sondern es handelt sich dabei um einen komplexen, mehrdimensionalen Prozess, der neben gesundheitsbewusstem Verhalten und gesundheitlichem Wohlbefinden vor allem die selbständige, selbstverantwortliche und sinnerfüllte Lebensgestaltung mit einschließt (vgl. dazu die Ottawa-Erklärung der WHO, 1986).

Tabelle 3-44. Aspekte eines erweiterten Gesundheitsverständnisses

Körperliche und seelische Erkrankungen
Körperliches und seelisches Wohlbefinden
Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit
Erhaltene Aktivität im Sinne der Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben
Selbständigkeit im Alter
Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung
Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen
Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger sozialer Beziehungen
Fähigkeit zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten
Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibender Einschränkungen und Verluste
Fähigkeit zur Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste

Quelle: Kruse, 1999.

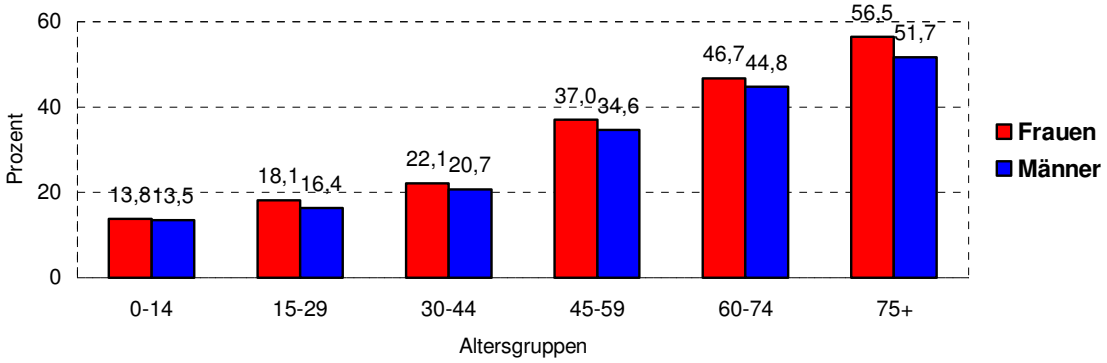
Gesundes Altern schließt vor allem auch die Fähigkeit, mit neuen Anforderungen (Belastungen, Konflikten, vermehrt auftretenden chronischen Erkrankungen, etc.) umzugehen und zu leben und trotz vorhandener gesundheitlicher Belastungen ein zufriedenes und sinnerfülltes Leben führen zu können, mit ein (Kruse et al., 2002, S.11).

3.7.2 Körperliche Gesundheitsrisiken im Alter

Auch bei einem erweiterten Gesundheitsverständnis gilt das Vorhandensein körperlicher Erkrankungen als wichtige Determinante für den Gesundheitszustand. Im Vordergrund bei den älteren Menschen stehen chronische Erkrankungen. Ältere Frauen leiden häufiger unter chronischen Krankheiten als ältere Männer, wobei die Betroffenheit mit zunehmendem Alter steigt.

Abbildung 3-28. Chronische Krankheiten nach Geschlecht und Altersgruppen (1999)

(Österreich; Personen in Privathaushalten; in Prozent)



Quelle: Mikrozensus 1999; Statistik Austria 2002, S.108 ff.

Bei älteren Menschen ist die Prävalenz bei den meisten Krankheitsgruppen höher als bei jüngeren Erwachsenen. Die häufigsten körperlichen Erkrankungen sind (wie die Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 zeigen) bei den Frauen ab sechzig Jahren die Erkrankungen des Bewegungsapparats, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems, des Nervensystems und der Sinnorgane sowie von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Bei den sechzigjährigen und älteren Männern dagegen sind Krankheiten des Kreislaufsystems am häufigsten, gefolgt von Krankheiten des Bewegungsapparats.

Tabelle 3-45. Häufigste Krankheitsgruppen bei Sechzigjährigen und Älteren in Wien nach Geschlecht (1999-2001)

(Personen in Privathaushalten; self-reported; Mehrfachnennungen; Betroffene in Prozent)

Frauen im Alter von sechzig und mehr Jahren		Männer im Alter von sechzig und mehr Jahren	
Krankheitsgruppe	%	Krankheitsgruppe	%
Bewegungsapparat	27,8	Kreislaufsystem	20,8
Kreislaufsystem	15,2	Bewegungsapparat	17,4
Nervensystem/Sinnesorgane	9,6	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	9,2
Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	8,8	Nervensystem/Sinnesorgane	7,5
Atmungsorgane	6,5	Atmungsorgane	6,4
Verdauungsorgane	6,2	Verdauungsorgane	6,3
Verletzungen/Vergiftungen	4,9	Verletzungen/vergiftungen	4,9
Neoplasien	2,0	Neoplasien	3,7
Urogenitalorgane	1,5	Sonstige	2,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, Stadt Wien 2001, S.197 ff.

Unter den chronischen Einzelerkrankungen ist in der Bevölkerung ab sechzig Jahren bei den Frauen (und Männern) der erhöhte Blutdruck am häufigsten, aber auch Gelenkserkrankungen und andere Herzerkrankungen, Zuckerkrankheit, Dorsopathien und Augenkrankheiten werden mit zunehmendem Alter häufiger. Bei den Männern finden sich im höheren Alter (zurückzuführen auf das häufigere Rauchen) vermehrt auch Lungenerkrankungen.

Tabelle 3-46. Häufigste chronische Krankheiten* nach Geschlecht und Altersgruppen (1999)

(self-reported; Personen in Privathaushalten; Mehrfachnennungen; Prozent; Österreich)

45-59 Jahre		60-74 Jahre		75 und mehr Jahre	
Frauen					
Schäden an der Wirbelsäule	8,9	erhöhter Blutdruck	13,7	erhöhter Blutdruck	16,7
erhöhter Blutdruck	8,6	Schäden an der Wirbelsäule	8,7	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	12,4
Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	4,6	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	8,4	andere Herzerkrankungen	9,2
sonstige chronische Krankheiten	3,7	Zuckerkrankheit	5,1	Schäden an der Wirbelsäule	8,3
Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	3,6	Gelenksrheumatismus	4,5	Zuckerkrankheit	7,1
niedriger Blutdruck	3,3	Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	4,4	Gelenksrheumatismus	6,0
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	2,7	andere Herzerkrankungen	4,4	Augenkrankheiten	5,5
Gelenksrheumatismus	2,4	Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	4,0	Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	5,0
Männer					
Schäden an der Wirbelsäule	9,7	erhöhter Blutdruck	12,1	erhöhter Blutdruck	12,7
erhöhter Blutdruck	7,6	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	7,1	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	9,5
Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	4,7	andere Herzerkrankungen	4,8	andere Herzerkrankungen	7,2
Zuckerkrankheit	3,0	Schäden an der Wirbelsäule	8,6	Schäden an der Wirbelsäule	7,2
Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	2,8	Zuckerkrankheit	5,1	Zuckerkrankheit	6,1
sonstige chronische Krankheiten	2,4	sonstige chronische Krankheiten	2,8	sonstige chronische Krankheiten	3,8
andere Herzerkrankungen	2,1	chronische Bronchitis, Lungenemphysem	2,9	chronische Bronchitis, Lungenemphysem	3,5
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit)	1,8	Lungenasthma	2,5	Lungenasthma	3,5

*Sortiert nach den häufigsten Erkrankungen in den jeweiligen Altersgruppen. Gefragt wurde nach den Krankheiten, an denen die Befragten *andauernd* (chronisch) leiden. Krebserkrankungen wurden im Mikrozensus nicht gesondert erfasst, sondern finden sich in der Kategorie „sonstige Erkrankungen". Auskunft über Neuerkrankungen gibt die Krebsinzidenzstatistik der Statistik Austria. Quelle: Mikrozensus 1999; Statistik Austria 2002; eigene Berechnungen.

Frauen leiden häufiger an vielen chronischen Erkrankungen als Männer. Zur Erklärung dieser Tatsache werden sowohl objektive (höhere Lebenserwartung, schlechtere sozioökonomische Bedingungen, Mehrfachbelastung durch Familie-, Beruf und Pflegetätigkeiten von Frauen, etc.) als auch subjektive Faktoren (Unterschiede in der Wahrnehmung und Verarbeitung von Konflikten und Belastungen, sowie in der Wahrnehmung von Krankheit) angeführt.

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 wurden bei 96 Prozent der siebzigjährigen 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.

Multimorbidität ist dadurch zu erklären, dass die Abnahme der funktionellen Reservekapazität im Alter nicht auf ein Organ oder Organsystem beschränkt ist, sondern meist mehrere Organe oder Organsysteme gleichzeitig von dieser Einschränkung betroffen sind. Die im Alter auftretenden chronischen Krankheiten, sind in der Regel behandlungsbedürftig, in ihrem Verlauf progredient und bestehen bis ans Lebensende. Bei den im Rahmen der Multimorbidität auftretenden Krankheiten handelt es sich sowohl um in kausalem Zusammenhang stehende als auch kausal unabhängige Erkrankungen, wobei sich die einzelnen chronischen Krankheiten häufig einander negativ beeinflussen (Beispiel: hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit und Fettstoffwechselstörung). Je stärker die Multimorbidität ausgeprägt ist, desto häufiger treten auch akute Krankheiten auf. Die Multimorbidität älter und hochaltriger Menschen beschränkt sich nicht allein auf körperliche Krankheiten, sondern schließt auch psychische Krankheiten mit ein und stellt hohe Anforderungen an Diagnostik und Behandlung und erfordert entsprechendes geriatrisches Fachwissen.

Multimorbide ältere Menschen haben eine deutlich erhöhte Mortalität. In der Berliner Altersstudie zeigte sich, dass bei Vorhandensein von fünf und mehr mittelschweren bis sehr schweren Erkrankungen die Mortalität in den darauf folgenden 28 Monaten mit 26 Prozent deutlich höher war als bei Vorhandensein von weniger als fünf behandlungsbedürftigen Diagnosen mit neun Prozent.

3.7.2.1 Herz-Kreislauferkrankungen bei Frauen im Alter

Die Herz-Kreislauferkrankungen bei Frauen wurden in der Wissenschaft und in der medizinischen Versorgung lange nicht beachtet, obwohl sie bei älteren Frauen 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-Kreislauferkrankungen zurückzuführenden Todesfälle. Die Herzinfarktmortalität 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 frauentypische Beschwerden und Versorgungsdefizite bei Frauen wurde bereits verwiesen.

Krankheiten des Kreislaufsystems stehen bei älteren Frauen (und Männern) in der Krankenhausmorbidität an erster Stelle, sind jedoch bezogen auf 100.000 Einwohner/innen bei älteren Frauen im Vergleich zu den Männern seltener. Da stationären Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems im hohen Alter häufiger sind und Frauen in den höheren Altersgruppen überrepräsentiert sind, finden sich in den absoluten Zahlen mit dieser Diagnose mehr Frauen als Männer in den Spitälern. Im Jahr 2001 kam es in der Bevölkerung ab 65 Jahren in den österreichischen Spitälern zu insgesamt 104.263 stationären Aufenthalten von Frauen und 84.725 von Männern aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Tabelle 3-47. Stationäre Aufenthalte nach Krankheitsgruppen, Geschlecht und Altersgruppen (2001)

(rohe Rate; Fälle je 100.000 der jeweiligen Bevölkerung; Österreich)

Hauptdiagnose Krankheitsgruppen (ICD-10) KH = Krankheiten	Frauen		Männer	
	45 bis 64 Jahre	65 Jahre und mehr	45 bis 64 Jahre	65 Jahre und mehr
Alle Diagnosen	32.135	66.037	34.460	73.724
darunter:				
Bestimmte infektiöse und parasitäre KH (A00-B99)	427	1.020	526	994
Neubildungen (C00-D48)	6.649	8.650	5.936	13.749
KH des Blutes, der blutbildenden Organe (D50-D89)	213	635	167	594
Endokrine, Ernährungs-, Stoffwechsel-KH (E00-E90)	1.299	2.767	1.359	2.486
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	1.549	2.648	1.629	1.810
KH des Nervensystems (G00-G99)	1.200	2.687	1.547	3.136
KH des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	796	5.458	871	4.529
KH des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	440	476	437	468
KH des Kreislaufsystems (I00-I99)	3.702	13.562	5.975	17.683
KH des Atmungssystems (J00-J99)	1.067	2.932	1.654	5.146
KH des Verdauungssystems (K00-K93)	2.624	4.718	3.427	5.947
KH der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	419	735	455	725
KH d. Muskel-Skelett-Sys., d. Bindegewebes (M00-M99)	5.425	8.103	4.456	5.239
Symptome (…) anderenorts nicht klassifiziert (R00-R99)	865	2.328	881	2.475
Verletzungen, Vergiftungen (S00-T98)	2.299	6.162	3.255	4.351

Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen

Im Vordergrund stehen bei den 65-jährigen und älteren Frauen im Rahmen der Krankenhausmorbidität die zerebrovaskulären Krankheiten, gefolgt von anderen Krankheiten des Kreislaufsystems und der Herzinsuffizienz[36]. Obwohl insgesamt bei den Frauen stationäre Aufenthalte aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen seltener als bei den Männern sind, sind stationäre Aufenthalte aufgrund der Hochdruckkrankheit bei Frauen deutlich häufiger.

Tabelle 3-48. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Geschlecht und Altersgruppen (2001)

(rohe Rate; Fälle je 100.000 der jeweiligen Bevölkerung; Österreich)

Hauptdiagnose Kurze Liste (ICD-10)	Frauen		Männer	
	45 bis 64 Jahre	65 Jahre und mehr	45 bis 64 Jahre	65 Jahre und mehr
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	3.702	13.562	5.975	17.683
Hypertonie [Hochdruckkrankheit] (I10-I15)	493	1.366	474	889
Angina pectoris (I20)	189	643	401	1.015
Akuter Myokardinfarkt (I21-I22)	84	553	313	847
Andere ischämische Herzkrankheiten (I23-I25)	445	1.549	1.400	3.349
Pulmonale Herzkh., Kh. d. Lungenkreisl. (I26-I28)	86	384	90	332
Störungen im Erregungsleitersystem des Herzens, Herzrhytmusstörungen (I44-I49)	291	1.301	502	1.609
Herzinsuffizienz (I50)	82	1.899	186	2.000
Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)	384	2.797	735	3.405
Atherosklerose (I70)	127	665	312	1.109
Varizen der unteren Extremitäten (I83)	868	451	351	262
Andere Krankheiten des Kreislaufsystems (Rest von I00-I99)	652	1.953	1.212	2.866

Quelle: Statistik Austria 2004, S.144.

Wichtig zur Vermeidung von Herz-Kreislaufkrankheiten im Alter sind präventive Maßnahmen, wobei auch die Lebensweise in früheren Lebensabschnitten eine Rolle spielt. Bestimmte Risikofaktoren die für das Auftreten von Herz-Kreislaufkrankheiten mit verantwortlich sind, sind auch zu einem erheblichen Teil am Entstehen anderer Krankheiten beteiligt. Koronare Herzkrankheit und der zerebrovaskuläre Insult (Schlaganfall) zeigen eine hohe Übereinstimmung in den Risikofaktoren. Mehrere Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankheiten wie Rauchen, Östrogenmangel, Diabetes mellitus, Adipositas und Bewegungsarmut sind auch Risikofaktoren für die Osteoporose. Durch einen gesundheits-

[36] verminderte Pumpleistung des Herzens

bewussten, verantwortlichen Lebensstil könnten drei der vier angeführten Erkrankungen weitgehend vermieden werden.

Tabelle 3-49. Effekte bekannter Risikofaktoren und medikamentöser/diätetischer Interventionen

Effekte auf die klinische Manifestation von vier ausgewählten Krankheiten

Risikofaktoren	koronare Herzkrankheit	zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall)	Osteoporose	Ostoarthrose
Arterieller Hypertonus	+	+	O	O
Hyperlipidämien	+	+	O	O
Rauchen	+	+	+	O
Alkohol (<50g/d)	(-)	+	(+)	O
Früher Östrogenmangel	+	+	+	O
Diabetes mellitus	+	+	+	O
Adipositas	+	+	+	+
Bewegungsarmut	+	(+)	+	+

*=erhöhtes Risiko, O=kein eindeutiger Effekt, -=verringertes Risiko; Quelle: Bundesärztekammer, 1998.

Zur Reduktion von Herz-Kreislauferkrankungen, aber auch anderer chronischer Krankheiten scheinen integrierte Gesundheitsförderungsprogramme, wie z.B. das Programm *Ein Herz für Wien* besonders bedeutsam. Das Wiener Gesundheitsförderungsprogramm umfasst eine Reihe von Projekten, die schwerpunktmäßig folgende Zwecke erfüllen:

- Informationsvermittlung bzw. Aufklärung der Bevölkerung über gesunde Lebensweise und Risikofaktoren
- Animation der Bevölkerung zu einem gesünderen Lebensstil (Walking Miles, Herzkochbuch, Wien isst gesund, etc.)
- Zielgruppenorientierte Aktivitäten (Blutdruckmessen in der Leopoldstadt, Altern mit Hirn und Herz, etc.).

3.7.2.2 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 sechzig Jahren neu an Krebs erkrankt. Das sind 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 im Jahr 2000 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.

Auch die Spitalsentlassungsstatistik verweist auf die große Bedeutung der bösartiger Neubildungen bei älteren Menschen. Bei älteren Frauen sind allerdings stationäre Aufenthalte aufgrund von Krebserkrankungen seltener als bei Männern. Im Jahr 2000 wurden je 100.000 der jeweiligen Bevölkerung 8.650 stationäre Aufenthalte von 65-jährigen älteren Frauen und 13.749 stationäre Aufenthalte von 65- und älteren Männern aufgrund von Neubildungen[37] verzeichnet. Im Vergleich dazu waren es in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen bei den Frauen lediglich 6.649, bei den Männern 5.936 stationäre Aufenthalte je 100.000 Einwohner/innen (vgl. dazu obige Tabelle 3-52).

[37] Es handelt sich dabei zu 98-99 Prozent um stationäre Aufenthalte aufgrund bösartiger Neubildungen

Tabelle 3-50. Häufigste Krebsneuerkrankungen[1] nach Geschlecht und Altersgruppen (2000)

(Absolutzahlen; Prozentanteil an allen Neuerkrankungen der jeweiligen Lokalisation; Österreich)

Frauen			Männer		
Krebslokalisation (ICD-10)	N	Prozent[2]		N	Prozent[2]
60 bis 74 Jahre					
Brustdrüse (C50)	1.541	33,7	Prostata (C61)	2.764	56,1
Dickdarm (C18)	465	30,9	Bronchien und Lunge (C34)	1.304	50,0
Corpus uteri (C54)	440	46,0	Dickdarm (C18)	701	45,5
Bronchien und Lunge (C34)	402	36,2	Harnblase (C67)	564	45,8
Ovar (C56)	261	32,9	Rektum (C20)	454	48,7
Rektum (C20)	244	34,0	Niere (C64)	322	47,0
Pankreas (C25)	237	33,8	Magen (C15)	315	40,1
Magen (C16)	218	30,1	Leber, Gallengänge (C22)	275	54,5
Niere (C64)	200	38,2	Pankreas (C25)	246	45,1
Harnblase (C67)	162	35,4	Melanom der Haut (C43)	159	37,2
75 und mehr Jahre					
Brustdrüse (C50)	1.218	26,6	Prostata (C61)	1.348	27,4
Dickdarm (C18)	836	55,5	Bronchien und Lunge (C34)	590	22,6
Magen (C16)	415	57,3	Dickdarm (C18)	535	34,7
Bronchien und Lunge (C34)	389	35,0	Harnblase (C67)	438	35,6
Pankreas (C25)	388	55,3	Magen (C15)	303	38,5
Rektum (C20)	341	47,6	Rektum (C20)	251	26,9
Corpus uteri (C54)	266	27,8	Pankreas (C25)	179	32,3
Ovar (C56)	241	30,4	Niere (C64)	137	20,0
Harnblase	212	46,3	Leber, Gallengänge (C22)	126	25,0
Niere (C64)	206	39,3	Non- Hodgkin-Lymphom (C85)	104	31,2

(1) inkl. DCO-Fälle; (2) Anteil an allen Neuerkrankungen der jeweiligen Lokalisation; Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen

Die häufigste Krebsneuerkrankung bei den 60- bis 74-jährigen Frauen ist mit Abstand der Brustkrebs, gefolgt von Dickdarmkrebs, Krebs des Gebärmutterkörpers und Lungenkrebs. Auch bei den 75-jährigen und älteren Frauen sind der Brust- und Dickdarmkrebs am häufigsten, jedoch gefolgt von Magenkrebs und wiederum an vierter Stelle stehend dem Lungenkrebs. Bei den Männern sind in beiden Altersgruppen Prostata-, Dickdarm- und Lungenkrebs am häufigsten. Mehr als die Hälfte aller Neuerkrankungen an Magen-, Dickdarm- und Bauchspeicheldrüsenkrebs tritt bei den Frauen erst ab einem Alter von 75 Jahren auf.

Abgesehen von primärpräventiven Maßnahmen, die vorwiegend auf die Änderung des Lebensstils (ungesunde Ernährung, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum etc.) abzielen, spielen bei den Krebserkrankungen die sekundäre Prävention, d.h. das frühzeitige Erkennen und eine daran anschließende frühzeitige Behandlung eine wichtige Rolle. Da ein Großteil der Krebsneuerkrankungen erst im höheren Lebensalter auftritt, darf Krebsfrüherkennung nicht auf das jüngere und mittlere Alter beschränkt bleiben. Besonderer Wert kommt im Rahmen der Krebsfrüherkennung und -behandlung der Qualitätssicherung und -kontrolle zu.

3.7.2.3 Osteoporose

Bei den älteren Frauen stehen von den subjektiven Beschwerden her 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 Baltes, 1996). So berichten 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.

Bei der Osteoporose handelt es sich um eine systemische Skelettkrankheit mit Verringerung der Knochenmasse und gleichzeitiger Zerstörung der Mikroarchitektur des Knochengewebes, wodurch es zu eingeschränkter Knochenfestigkeit und damit zu einem erhöhten Frakturrisiko kommt (NIH, 2000; Lippuner, 2004). Die heute wichtigste messbare Determinante der Knochenfestigkeit ist die Knochendichte. Die WHO hat 1994 quantitative, auf der Knochenmineraldichte beruhende Kriterien für die Diagnose der Osteoporose festgelegt. Danach liegt eine Osteporose vor, wenn die Knochendichte um mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Mittelwert junger gesunder Erwachsener liegt. Sind bereits Knochenbrüche eingetreten, so handelt es sich um eine schwere Osteoporose. Bei einer Knochendichte von einer bis zu 2,5 Standardabweichungen unterhalb des Normwerts spricht man von Osteopenie, die als Vorstufe der Osteoporose gilt (WHO 1994). Der Anteil der Frauen mit Osteoporose an irgendeiner Skelettlokalisation nimmt (ebenso wie das Frakturrisiko) exponentiell mit dem Alter zu (Lippuner, 2004, S.7 f.).

Mit Hilfe der Knochendichtemessung lässt sich neben der Diagnose der Osteoporose auch das Frakturrisiko, z.B. von Wirbel- und Hüftfrakturen bestimmen. Die Knochendichte ist für siebzig bis achtzig Prozent der Variabilität der Festigkeit eines Knochens bzw. des Frakturrisikos verantwortlich. Ausschlaggebend für die Knochenfestigkeit sind des Weiteren die Geometrie, die Mikroarchitektur, die Umbauaktivität sowie die Materialeigenschaften des Knochens. Diese Faktoren werden unter dem Begriff *Knochenqualität* zusammengefasst (Lippuner 2004, S.7).

Verbreitung der Osteoporose

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 folgende Prävalenzen ermittelt:

Tabelle 3-51. Prävalenz der Osteopenie und der Osteoporose

(weiße Bevölkerung der USA, auf der Basis der NHANES-III-Daten; Prozent)

Zahlen in Prozent	**Osteopenie***		**Osteoporose***	
Alter (Jahre)	Frauen	Männer	Frauen	Männer
50-59	59		4	
60-69	51		20	
70-79	56		43	
80+	43		52	
50+	52	35 bis 48	20	5 bis 8

*WHO-Definition, Messort: Oberschenkelhals. Quelle: Locker et al., 1995 und 1997, zitiert nach Schwenkglenks und Szucs, 2004, S.28.

Nimmt man diese Schätzungen als Basis, wären in Österreich von den fünfzigjährigen und älteren Frauen rund 782.600 Frauen von einer Osteopenie und rund 301.000 von einer Osteoporose betroffen.

Risikofaktoren der Osteoporose

Osteoporose ist das Ergebnis einer längerfristigen negativen Bilanz zwischen Knochenabbau und -anbau, wobei der Knochenabbau überwiegt. Ob und wie rasch eine negative Umbaubilanz zu Osteporose und Frakturen führt, ist abgesehen von der Abbaugeschwindigkeit maßgeblich auch vom Ausgangsmaterial (Peak Bone Mass) abhängig. Dieses wird während der Kindheit und Jugend erworben und von genetischen, Umwelt- und Lebensstilfaktoren beeinflusst. Die Knochenmasse erreicht ihr Maximum etwa im dreißigsten. Lebensjahr und sinkt danach bei Frauen bis zum neunzigsten Lebensjahr um bis zu fünfzig Prozent. Frauen weisen eine niedrige Peak Bone Mass als Männer auf, zudem erfährt ihre Knochenmasse in den ersten zehn Jahren der Menopause eine akzelerierte Phase des Umbaus. Bei den Männern ist der altersbedingte Knochenmineralverlust rund ein Drittel geringer als bei den Frauen (Lippuner 2004, S.11).

Der Knochenverlust in der zweiten Lebenshälfte bei der Frau ist vor allem durch den postmenopausalen Östrogenmangel sowie durch Alterungsprozesse verursacht. Diese

beiden Formen der Osteoporose (oft auch als Typ-I bzw. Typ-II Osteoporose bezeichnet) werden durch zahlreiche Risikofaktoren gefördert, so dass in vielen Fällen eine multifaktoriell bedingte Osteoporose vorliegt.

Tabelle 3-52. Risikofaktoren für osteporotische Frakturen

weibliches Geschlecht	Familienanamnese mit Hüftfraktur*
frühe Menopause	geringe Sehschärfe*
Alter*	niedriges Körpergewicht*
primäre oder sekundäre Amenorrhoe	neuromuskuläre Erkrankungen*
primärer oder sekundärer Gonadismus beim Mann	Rauchen (Zigaretten)*
asiatische oder weiße ethnische Herkunft	exzessiver Alkoholkonsum
vorausgegangene Fragilitätsfraktur*	Langzeit-Immobilisation
Glukokortikosteroid-Therapie*	geringe Kalziumzufuhr, Vitamin-D--Mangel
hoher Knochenturnover*	

Die mit * gekennzeichneten Risikofaktoren beeinflussen das Frakturrisiko über die Knochendichte hinaus durch (zusätzliche) andere Mechanismen. Quelle: Lippuner 2004, S.8

Beim Zustandekommen osteoporotischer Frakturen sind neben der verringerten Knochenfestigkeit weitere sturzauslösende Faktoren zu berücksichtigen (vgl. dazu die Ausführungen im Abschnitt über Unfallhäufigkeit und Stürze im Alter).

Folgen von Osteoporose, Morbidität und Mortalität

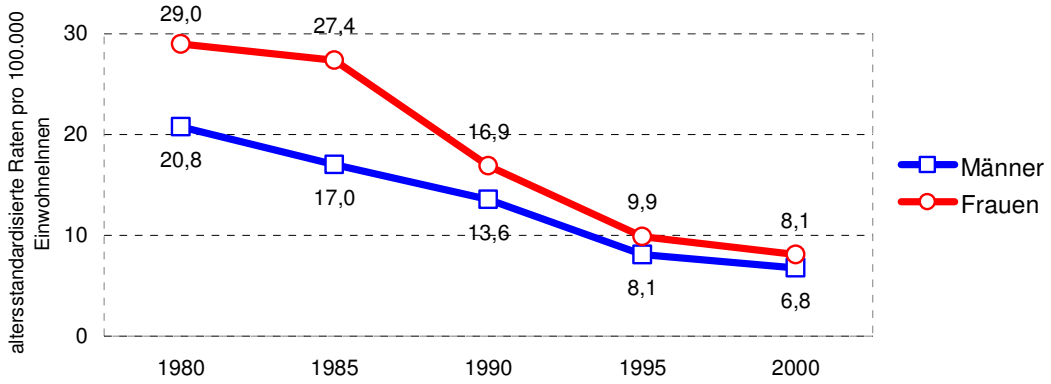
Die Osteoporose ist vor allem aufgrund ihrer Komplikationen, nämlich den Frakturen, die meist nach Bagatell-Traumata oder auch spontan auftreten, für die Lebensqualität der Betroffenen und unter Kostengesichtspunkten bedeutsam. Zu den klassischen Osteoporose-Frakturen zählen Wirbel-, Schenkelhals- und Vorderarmfrakturen. Prospektive Studien belegen, dass bei Frauen (und Männern) mit niedriger Knochendichte nahezu alle Frakturtypen vorkommen (Seeley et al., 1991; Nguyen et al., 1996). Die Frakturen verursachen nicht nur Schmerzen, sondern gehen auch mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität einher. Bei bereits vorhandener Fraktur ist (unabhängig vom Frakturtyp), das Risiko, eine weitere zu erleiden, um fünfzig bis hundert Prozent erhöht (Klotzbuecher et al., 2000).

Da nicht alle Frakturtypen im Krankenhaus behandelt werden, ist die Erfassung der osteoporosebedingten Frakturen schwierig. Vor allem von Wirbelfrakturen Betroffene gehen häufig nicht zum/zur Ärzt/in. Oft werden solche Brüche erst später zufällig entdeckt. Relativ vollständig erfasst werden die hüftgelenksnahen Frakturen, da sie fast ausschließlich im Krankenhaus behandelt werden müssen. In Österreich waren 2001 in der Bevölkerung ab 65 Jahren 11.855 stationäre Aufenthalte von Frauen und 2.960 von Männern mit der Abgangsdiagnose *Fraktur des Femurs*, d.h. Schenkelhalsbruch zu verzeichnen (Statistik Austria, 2004, S.148). Das Frakturrisiko nimmt mit zunehmendem Alter deutlich zu.

Schenkelhalsbrüche weisen absolut wie relativ in den letzten Jahren einen steigenden Trend auf (Wimmer-Puchinger et al., 1999, S.60). Dagegen sind zum Tod führende Komplikationen im Abnehmen begriffen.

Abbildung 3-29. Sterblichkeit von Personen ab fünfzig Jahren aufgrund hüftgelenksnaher Frakturen nach Geschlecht (1980, 1985, 1990, 1995, 2000)

(ICD-9 (820); altersstandardisierte Raten* pro 100.000 Einwohner/innen; Österreich)



*Altersstandardisiert nach 5-jährigen Altersgruppen, Standardbevölkerung der WHO (World Health Statistics Annual Onlineversion); Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik; eigene Berechnungen.

Im Jahr 2001 sind in Österreich von der Bevölkerung ab fünfzig Jahren 209 Frauen und 99 Männer aufgrund hüftgelenksnaher Frakturen verstorben. Dies entspricht einer rohen Rate von 13,9 Verstorbenen pro 100.000 bei den Frauen und 8,3 Verstorbenen pro 100.000 bei den Männern. Altersstandardisiert waren bei den Frauen 7,3 und bei den Männern 6,3 Sterbefälle pro 100.000 mit diesem Grundleiden zu verzeichnen. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, infolge der Komplikationen bei einem Schenkelhalsbruch zu sterben (Wimmer-Puchinger et al. 1999, S.60).

Prävention und Rehabilitation der Osteoporose

Primäre Prävention: Ziel der primären Prävention ist es, als Reserve für den später zu erwartenden Knochenabbau eine möglichst hohe Peak Bone Mass aufzubauen, die jedoch zu fünfzig bis achtzig Prozent genetisch bestimmt ist. Ernährungsfaktoren (eine dem Lebensalter angepasste Kalziumversorgung, Protein- und Vitamin-D-Zufuhr), körperliche Aktivität und hormonelle Faktoren (Pubertät) spielen eine wichtige Rolle bei der Skelettentwicklung. Eine vermehrte Ausübung gewichtsbelastender körperlicher Aktivität in der Adoleszenz schlägt sich (15 Jahre später) in einer signifikant höheren Peak Bone Mass nieder und bestimmt diese zu rund 15 Prozent mit (Welten et al. 1994). Ein Mangel an körperlicher Aktivität führt zu Knochenverlust und gilt als Risikofaktor für Osteoporose. Auch Faktoren, welche den Zeitpunkt und den Verlauf der Pubertät beeinflussen (z.B. Fehl- bzw. Mangelernährung, Spitzensport) spielen in der Ausbildung der Peak Bone Mass eine Rolle. Eine späte Pubertät wirkt sich ungünstig aus.

Sekundäre Prävention: Die Sekundärprävention der Osteoporose umfasst Maßnahmen, die dazu beitragen, einen bereits begonnen Knochenabbau zu hemmen bzw. zu verlangsamen. Dazu zählen eine ausgewogene kalziumreiche Ernährung, ausreichende körperliche Aktivität, Vermeidung von Noxen sowie die medikamentöse Behandlung. Die adäquate Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr kann medikamentös oder über die Nahrung erfolgen. Kalziumquellen sind vor allem Milchprodukte und kalziumhaltige Mineralwasser. Weitere modifizierbare Risikofaktoren sind Rauchen, Alkoholkonsum und mangelnde körperliche Aktivität. Empfohlen wird eine dem Krankheitsgrad angemessene körperliche Aktivität mit regelmäßiger Belastung des Skeletts und Auftrainieren der Muskulatur. Durch den Aufbau oder Erhalt der Muskelmasse wird das Sturzrisiko gesenkt und ein besserer Knochenschutz für den Fall eines Sturzes gewährleistet. Liegen der Osteoporose Grunderkrankungen zugrunde, spricht man von sekundärer Osteoporose. Hier gilt es die Möglichkeiten der Therapie der Primärkrankheit auszuschöpfen, gleichzeitig aber auch den Knochen zu behandeln.

Medikamentöse Therapien können von ihrem Wirkmechanismus her in zwei übergeordnete Gruppen eingeteilt werden: Medikamente welche den Knochenabbau hemmen, und solche, welche den Knochenanbau fördern.

Hormonsubstitution: In der WHI-Studie (Womens' Health Initiative), in der unter anderem das Nutzen- und Risikoprofil einer kontinuierlichen, kombinierten Hormonsubstitution bei 16.608 nicht hysterektomierten postmenopausalen Frauen über mehr als fünf Jahre eingehend untersucht wurde, wurde eine signifikante Reduktion des Risikos für klinische Frakturen und Hüftfrakturen (um 24 bzw. 34 Prozent) festgestellt. Gleichzeitig wurde aber auch eine signifikante Erhöhung des Risikos für Mammakarzinom, koronare Herzkrankheit, Venenthrombosen und zerebrovaskulären Insult festgestellt (WHI, 2002). Wichtig ist daher vor jedem längerfristigen Einsatz der Hormonsubstitution eine individuelle Nutzen-Risiko-Abschätzung unter Berücksichtigung geeigneter Alternativen (vgl. dazu Lippuner, 2002, S.13).

Rehabilitation: Osteoporosebedingte Frakturen (insbesondere Wirbelfrakturen und hüftgelenksnahe Frakturen) können zu permanenter Beeinträchtigung des Stütz- und Bewegungsapparates, zu Mobilitätseinschränkungen, zur Behinderung bis hin zum Verlust der Selbständigkeit führen (Nevitt et al., 1998; Lindsay et al., 2001). So ist fünf bis sechs Monate nach erfolgter Fraktur noch immer eine deutliche Kraftverminderung im Musculus quadrizeps der betroffenen und nicht betroffenen Seite und eine hohe Standunsicherheit festzustellen (Sherrington et al., 1998). Vorrangig ist daher neben der entsprechenden Sekundärprävention die Rehabilitation.

Ziel der physikalischen Rehabilitation bei manifester Osteoporose ist, um weitere Frakturen zu verhindern, die Verbesserung der Muskelkraft, der Balance, des Bewegungsumfangs, die Reduktion zunehmender Wirbelsäulenveränderung, angepasste Knochenbelastung sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln, Gehhilfen, Prothesen, etc. Eine wichtige Rolle spielt die adäquate Schmerzbehandlung. Sie umfasst neben elektro- und thermotherapeutischer Anwendungen die gesamte Palette der medikamentösen Schmerztherapie. Auch moderate Übungen zur Verbesserung der Haltungs- und Bewegungskoordination können die chronische Schmerzsymptomatik bessern und gleichzeitig den Knochenabbau verringern (Preisinger et al., 1996). Ein nachhaltiger Erfolg ist am ehesten durch eine *multifaktorielle Intervention* zu erreichen, die sich sowohl auf die Besserung und Unterstützung der Knochenstärke als auch auf die Sturzprävention konzentriert (Kerschan-Schindl et al. 2000). Zur Verbesserung der Knochenstärke eignen sich Medikamente, die Substitution von Kalzium und Vitamin D und Übungen mit Gewichtsbelastung. Zur Sturzprophylaxe tragen Übungen zur Verbesserung der individuellen Selbständigkeit, Kraft- und Balancetraining, ein adaptiertes Umfeld und eine Medikamentenreduktion bzw. die Vermeidung von Nebenwirkungen von Medikamenten bei (Tinetti et al., 1994; Wong et al., 2001). Hüftprotektoren können bei sturzgefährdeten Patient/innen das Risiko von Schenkelhalsbrüchen um 60 Prozent senken (Kannus et al., 2000).

3.7.2.4 Harninkontinenz

Verbreitung der 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 Teilnehmer/innen 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).

Formen der Harninkontinenz bei älteren Menschen

Am häufigsten bei älteren Menschen sind die Dranginkontinenz, die Stressinkontinenz, Mischformen beider und die Überlaufinkontinenz (Madersbacher et al., 2001). Bei der Dranginkontinenz kommt es trotz funktionierendem Harnröhrenverschluss aufgrund eines nicht unterdrückbaren Harndrangs zu unfreiwilligem Harnverlust. Die Stressinkontinenz beruht auf einem defekten Harnröhrenverschluss, wodurch es beim Husten, Niesen, Heben schwerer Lasten oder beim Treppensteigen zu unfreiwilligem Harnverlust kommt. Bei der Überlaufinkontinenz ist der Druck in der übervollen Blase höher als der Verschlussdruck des Schließmuskels.

Ursachen der Harninkontinenz im Alter

Während sich bei jüngeren Patient/innen die Inkontinenzursache häufig im Harntrakt findet, kommen bei älteren eine große Anzahl medizinischer, aber auch psychosozialer Ursachen sowie Umgebungsfaktoren in Betracht.

Die Veränderungen des Harntraktes im Alter (Abnahme der Blasenkapazität, der Kontraktilität des Detrusors, des Harnröhrenruheverschlussdrucks, Detrusorinstabilitäten, Restharnneigung etc.) disponieren zur Inkontinenz. Krankhafte Zustände im Bereich von Blase, Harnröhre und kleinem Becken aber auch altersbedingte und krankhafte Veränderungen im Nervensystem verschlechtern die Kontrolle über die Harnblase. Chronische Entzündungen, symptomatische Harnwegsinfekte, erschwerte Blasenentleerung verstärken die Drangsymptomatik. Eine atrophische Scheidenentzündung kann zu erschwerter (schmerzhafter) Blasenentleerung und in der Folge zu Dranginkontinenz führen, aber auch eine Stressinkontinenz ungünstig beeinflussen. Ursache der Stressinkontinenz ist vor allem eine geschwächte Beckenbodenmuskulatur, z.B. aufgrund von Schwangerschaft und Geburt, aber auch aufgrund hormoneller und altersbedingter Veränderungen. Die Überlaufinkontinenz kann durch einen schwachen Blasenmuskel oder ein Hindernis, das die Entleerung des Harnes erschwert bzw. beides gleichzeitig, verursacht sein. Insgesamt verringert sich im Alter die Fähigkeit, die Miktion zu verschieben und zusätzliche Belastungen des unteren Harntraktes zu kompensieren.

Eine wichtige Rolle für das Auftreten von Harninkontinenz im Alter spielen die Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) und altersbedingte Funktionseinbußen. Erkrankungen wie etwa Diabetes mellitus, Arteriosklerose, Bluthochdruck usw. tragen zusammen mit geistigem und körperlichem Abbau, eingeschränkter Mobilität, nachlassender Beweglichkeit der Hände, eingeschränkter Sehfähigkeit zur Harninkontinenz bei. Ältere Menschen scheiden die Hauptflüssigkeitsmenge in der Nacht aus (Nykturie). Diuretika, Hypoglykämie und Hyperkalzämie sowie die Ausschwemmung peripherer Ödeme können zu vermehrter Urinausscheidung führen und in eine Inkontinenz übergehen. Häufige Stuhlverstopfung kann zu Drang- und Überlaufinkontinenz führen (ballastreiche Kost und angemessene Flüssigkeitszufuhr helfen Verstopfungen zu verhindern). Auch psychische Probleme wie z.B. depressive Verstimmungen sowie mangelnde Motivation können Inkontinenzbeschwerden verschlimmern. (vgl. dazu z.B. Kirschner-Hermanns 1998, S.19).

Eine bedeutsame Rolle spielen die (Neben-)Wirkungen der bei Multimorbidität eingenommenen Medikamente. Z.B. beeinflussen Schlaf- und Beruhigungsmittel die Fähigkeit, die Toilette rechtzeitig zu erreichen. Diuretika führen zu vermehrter Flüssigkeitsausscheidung und zur Überforderung der Blasenkapazität. Auch Herz- und Kreislaufmedikamente haben mögliche ungünstige Auswirkungen, zum Beispiel können Alphablocker den Schließmuskeltonus senken und besonders bei Frauen eine Stressinkontinenz begünstigen.

Funktionsbeeinträchtigungen und Umgebungsfaktoren haben indirekte Auswirkungen auf die Kontinenz. Eingeschränkte Seh- und Hörfähigkeit, Immobilität, Verwirrtheit, mangelnde Unterweisung über den Weg zur Toilette in fremder Umgebung (z.B. bei Krankenhausaufenthalten, Aufnahme in ein Pflegeheim) können aufgrund der verkürzten Drangzeit im Alter dazu führen, dass die Toilette nicht rechtzeitig erreicht wird. Nicht selten kommt es aufgrund von Krankenhausaufenthalten mit Eingriffen am Harntrakt (z.B. Katheterismus) zu symptomatischen Harnwegsinfekten und in der Folge zu Inkontinenz (Böhmer, 2004, S.15).

Psychische und soziale Konsequenzen der Inkontinenz

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 des älteren Menschen belastend und kann zu negativen Reaktionen führen. Inkontinenz ist ein häufiger Grund für Einweisungen ins Pflegeheim und hat daher auch erhebliche volkswirtschaftliche Konsequenzen. Pflegeheimeinweisungen können, vor allem wenn sie unfreiwillig erfolgen, Inkontinenz auslösen bzw. bereits bestehende Inkontinenz verstärken.

Prävention, Früherkennung und Therapie der Inkontinenz

Prävention der Inkontinenz ist durchaus möglich. So etwa können durch gesunde, ballaststoffreiche Ernährung und regelmäßige Bewegung Übergewicht und Obstipation vermieden werden. Aber auch Milieugestaltung (z.B. ausreichende Kennzeichnung und Einübung des Wegs zur Toilette in Heimen) kann präventiv wirken. Wichtig beim älteren Menschen sind die Optimierung der Umgebung sowie die Auswahl einer der Situation angepassten Kleidung

Inkontinenz wird vor allem im Alter nicht selten von den Betroffenen (insbesondere den Frauen) als *normaler* Teil des Alterns hingenommen oder aus Scham erst gar nicht oder erst sehr spät mit dem/der Ärzt/in besprochen. Aber auch Ärzt/innen (wie z.B. Umfragen bei niedergelassenen Ärzt/innen in Nordrhein-Westfalen zeigen) beurteilen Inkontinenz im Alter oft für schwer oder nicht therapierbar und leiten diagnostische Schritte oft nur zögerlich ein. Eine Studie in den USA kommt zu dem Ergebnis, dass nur etwa jede zehnte Frau mit Harninkontinenz aufgrund dieses Leidens in Behandlung ist (Thom, 1998).

Auch wenn bestimmte Umstände die Diagnose und Therapie im Alter erschweren, lässt sich Inkontinenz im Alter in vielen Fällen durchaus erfolgreich behandeln. Wichtig ist eine möglichst früh einsetzende Behandlung. Diese erfordert eine situationsgerechte Abklärung der zugrunde liegenden Prozesse. Einfache Ursachen wie Harnwegsinfektionen müssen nachgewiesen und konsequent therapiert werden. Die Behandlung und Therapie richten sich nach der Form der Inkontinenz, wobei Medikamente, Kontinenztraining (Miktions- und Toiletten-, aber auch Beckenbodentraining), Elektrotherapie, Biofeedback, Gewichtsreduktion, Stuhlgangregulierung, gelegentlich auch Operation zum Einsatz kommen können. Bei alten Patient/innen mit Hirnleistungsabbau spielen Konditionierungsmethoden wie das Toilettentraining eine große Rolle.

Interventionsmaßnahmen müssen im Kontext des interdisziplinären Teams vonstatten gehen. Im Zentrum bei der Förderung der Kontinenz und beim Inkontinenz-Management steht die Lebensqualität des älteren Menschen. Eine respektvolle Behandlung und Wahrung der Intimshpäre der Betroffenen kann wesentlich dazu beitragen, die Situation der Betroffenen zu erleichtern. Lässt sich die Inkontinenz nicht beseitigen, ist eine den individuellen Gegenbenheiten angepasste Hilfsmittelversorgung vorzunehmen.

3.7.3 Unfallhäufigkeit und Stürze im Alter

Unfälle im Alter haben erhebliche individuelle und volksgesundheitliche Folgen. Frauen ab sechzig Jahren haben doppelt so häufig Unfälle wie Männer in diesem Alter: Im Jahr 2002 wurden in Österreich 104.400 Unfälle von Frauen und 52.100 von Männern registriert. Rund neunzig Prozent der Unfälle von Frauen und drei Viertel der Unfälle von Männern ab sechzig Jahren sind Heim- und Freizeitunfälle (Frauen 93.700, Männer 39.200). Im Jahr 2000 führten Heim- und Freizeitunfälle in der Bevölkerung ab sechzig Jahren bei Frauen zu 40.338 stationären Aufenthalten mit insgesamt 494.592 Spitalstagen, bei Männern zu 18.095 Spitalsaufenthalten bzw. 180.975 Spitalstagen (Institut Sicher Leben, 2002).

Tabelle 3-53. Unfälle der Bevölkerung ab sechzig Jahre nach Geschlecht (2002)

Unfallart, -ort, Tätigkeit zum Zeitpunkt des Unfalls, stationäre Aufenthalte, Spitalstage	Frauen		Männer	
	absolut	%	absolut	%
Unfälle	104.400	100	52.100	100
darunter: Heim- und Freizeitunfälle	93.700	89,8	39.200	75,2
Ort der Heim- und Freizeitunfälle				
in der Wohnung	46.500	49,6	15.000	38,3
in der Umgebung der Wohnung	13.000	13,9	11.000	28,1
Verkehrsflächen, Verkehrsmittel	15.600	16,6	5.500	14,0
Anderer Unfallort	18.600	19,9	7.700	19,6
Tätigkeit z. Zeitpunkt des Heim- und Freizeitunfalls				
Gehen, Laufen	54.900	58,6	18.500	47,2
Hausarbeit	12.100	12,9	5.000	12,8
Grundbedürfnisse	9.000	9,6	3.800	9,7
sonstige Tätigkeiten	17.700	18,9	11.900	30,4
stationäre Aufenthalte / Heim-, Freizeitunfälle*	40.338		18.095	
Spitalstage / Heim-, Freizeitunfälle*	494.592		180.975	

*im Jahr 2000. Quelle: Institut Sicher Leben, 2002

Der größte Teil der Heim- und Freizeitunfälle älterer Menschen ereignet sich in der Wohnung (Frauen 49,6 Prozent, Männer 38,3 Prozent). Daneben spielen bei Senior/innen Verkehrsflächen bzw. Verkehrsmittel sowie die Wohnumgebung als Unfallort die bedeutendste Rolle (bei den Männer ebenfalls, jedoch umgekehrt gereiht). 58,6 Prozent der Heim- und Freizeitunfälle älterer Frauen ereignen sich beim Gehen bzw. Laufen, 12,9 Prozent bei der Hausarbeit, 9,6 Prozent bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen und 18,9 Prozent bei sonstigen Tätigkeiten. Bei den älteren Männern sind Unfälle beim Gehen/Laufen etwas seltener, Unfälle bei der Hausarbeit und der Befriedigung von Grundbedürfnissen gleich häufig. Allerdings spielen bei Männern Unfälle beim Heimwerken eine größere Rolle als bei den Frauen (12,2 Prozent) (Institut Sicher Leben, 2002, S. 38).

Hauptgefahr für Senior/innen 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. Bei den Geschlechtern dominiert der Sturz auf gleicher Ebene (also Stolpern, Ausrutschen etc.). Nach vorliegenden Studien stürzen fast ein Drittel der 65-Jährigen und Älteren sowie die Hälfte der Achtzigjährigen und Älteren mindestens einmal pro Jahr (Tromp et al., 1998; Lord et al., 2001; Vierter AltenberichtDeutschland, BMFSFJ, 2002; S.159), wobei Frauen häufiger als Männer betroffen sind. Insbesondere bei allein stehenden Frauen ist das Sturzrisiko deutlich erhöht.

Sturzursachen und Risikofaktoren

Über neunzig Prozent der Stürze älterer Menschen sind multifaktoriell bedingt, d.h. nicht auf eine einzelne Ursache bzw. einen einzelnen Risikofaktor zurückzuführen, sondern Folge einer komplexen Interaktion zwischen einem nicht mehr zu optimalen Reaktionen fähigen Organismus und der Umgebung (Grob, 2004, S.16). Stolpert ein junger Mensch z.B. über eine Stufe, führt dies meist nicht zu einem Sturz. Bei älteren Menschen, insbesondere Hochbetagten, deren Reaktionsvermögen nicht nur durch die Folgen des Alterungsprozesses, sondern häufig auch durch Krankheiten eingeschränkt ist, ist in solchen Situationen die Wahrscheinlichkeit von Stürzen bzw. Verletzungen sehr hoch. Aufgrund von Alterungs- und Krankheitsprozessen sind zudem bei älteren Menschen Abstütz- und Abwehrreflexe verlangsamt bzw. fehlen.

Auf der Basis vorliegender Studien lassen sich die Sturzrisiken für ältere Menschen folgendermaßen zusammenfassen und bewerten:

Tabelle 3-54. Sturzrisikofaktoren bei älteren Menschen

Risikofaktor	Sign./Total1	Mittl. RR/OR2	Konfidenzintervall
Muskuläre Schwäche	10/11	4.4	1.5-10.3
Stürze in Anamnese	12/13	3.0	1.7-7.0
Gangstörung	10/12	2.9	1.3-5.6
Gleichgewichtsstörung	8/11	2.9	1.6-5.4
Benützung von Gehhilfen	8/8	2.6	1.2-4.6
Sehstörung	6/12	2.5	1.6-3.5
Arthrose	3/7	2.4	1.9-2.9
ADL-Defizite (ADL = activities of daily living)	8/9	2.3	1.5-3.1
Depression	3/6	2.2	1.7-2.5
Kognitive Einschränkung	4/11	1.8	1.0-2.3
Alter>80 Jahre	5/8	1.7	1.1-2.5

1 Anzahl der Studien mit signifikantem Resultat/Gesamtzahl der Studien zu diesem Faktor.

2 Relatives Risiko (RR) für prospektive oder Odds Ratio (OR) für retrospektive Studien. Odds Ratio (OR, Chancenverhältnis) bezeichnet das Verhältnis (Ratio) der Chance/des Risikos (Odds), dass ein Ereignis oder Endpunkt in der experimentellen Gruppe eintritt, zu der Chance/dem Risiko, dass das Ereignis in der Kontrollgruppe eintritt. Eine OR von 1 bedeutet, dass zwischen den Vergleichsgruppen kein Unterschied besteht. Bei ungünstigen Endpunkten zeigt eine OR<1, dass die experimentelle Intervention wirksam ist, um das Risiko für das Auftreten dieser ungünstigen Endpunkte zu senken.

Quelle: American Geriatric Society (2001); zitiert nach Grob, 2004, S.17.

In der geriatrischen Praxis hat sich für präventive und rehabilitative Maßnahmen das Modell der Sturzabklärung bewährt. Dabei wird systematisch nach bekannten Risikofaktoren gesucht und im Einzelfall geprüft, welche Risikofaktoren in welchem Maße für das Sturzgeschehen verantwortlich waren. Unterschieden werden drei Gruppen von Risikofaktoren, die zum Teil in enger Wechselwirkung zueinander stehen:

- *intrinsische Faktoren*: physiologische und krankheitsbedingte Veränderungen wie Balance-Defizite, kognitive und sensorische Defizite, etc.
- *extrinsische Faktoren*: Beschaffenheit der Wohnung, der Wohnumgebung wie schlechte Beleuchtung, glatte Bodenbeläge, nicht markierte Stufen, unbefestigte Teppiche, freilaufende Kabel, unpassende Schuhe, schlecht geputzte Brille, Schnee, Glatteis, etc.
- *Verhaltensfaktoren*: risikoreiches, den jeweiligen körperlichen Fähigkeiten und Ressourcen nicht angepasstes Verhalten, mangelndes Training, Bewegungsarmut, etc.

Eine gewisse Sonderstellung nehmen *Medikamente* ein: Da sie dem Körper von außen zugeführt werden, sind sie einerseits extrinsische Faktoren, sie erhalten jedoch andererseits ihre Bedeutung für das Sturzgeschehen erst in der Interaktion mit den jeweils vorhandenen intrinsischen Faktoren. Medikamente können sich je nach individueller Konstitution unterschiedlich auswirken. Zu beachten sind auch die Nebenwirkungen von Medikamenten (vgl. dazu Grob, 2004, S.17). Insbesondere Sedativa, Muskelrelaxantien, Antihypertensiva sowie Psychopharmaka, wie z.B. Antidepressiva, die vor allem älteren Frauen häufig verordnet werden, können das Reaktionsvermögen herabsetzen und zu Blutdruckabfall und Schwindel führen. Auch die Multimedikation (vier und mehr Medikamente) gilt als Risikofaktor für Stürze.

Gut belegte Risikofaktoren für Stürze sind muskuläre Schwäche, Instabilitäten beim Stehen und Gehen, Gleichgewichtsstörungen, Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, vorangegangene Stürze, ein vorangegangener Schlaganfall, eine Parkinson'sche Erkrankung, Arthrose, kognitive Defizite (Demenz), sowie Depression und Inkontinenz. Eine Auswertung von Krankengeschichten von 142 Patient/innen mit Sturzanamnese kam zu dem Ergebnis, dass in 71 Prozent der Fälle Schwindel sturzauslösendes Moment war (Schnetz, 1994, S.42). Auch Aspekte der psychosozialen Befindlichkeit, wie z.B. geringe Lebenszufriedenheit, geringes seelisches Wohlbefinden, fehlende Zukunftsorientierung, Depression, Verlusterlebnisse (z.B. Tod eines nahen Angehörigen), das Gefühl geringer sozialer Unterstützung, Einsamkeit und Mangel an sozialen Kontakten, mangelndes Interesse an der Umwelt und niedriges sozio-kulturelles Aktivitätsniveau sind häufig mit dem Sturzgeschehen im Alter assoziiert.

Bei mehr als drei Viertel der Stürze sind Mängel der Wohnung oder Wohnumgebung am Sturzgeschehen mitbeteiligt, vor allem so genannte *Stolperfallen* spielen eine große Rolle.

Es ist daher besonders wichtig, Gefahrenquellen in der Wohnung (wie rutschende Teppiche, Stufen ohne Handlauf, Badezimmer ohne Haltegriffe, mangelnde Beleuchtung, etc.) auszuforschen und zu beseitigen.

Insgesamt nimmt das Sturzrisiko mit der Zahl der Risikofaktoren zu (Tinetti, 1997; Nevitt, 1991). So beträgt die jährliche Sturzinzidenz bei zu Hause lebenden Betagten, für die kein Risikofaktor vorlag 27 Prozent und erhöht bei jenen, mit vier oder mehr Risikofaktoren auf 78 Prozent (Tinetti, 1997).

Gesundheitliche Folgen von Stürzen

Die Sturzfolgen bei alten Menschen, insbesondere hoch betagten, reichen von ausgedehnten Quetschungen, großen Blutergüssen, Kopfverletzungen mit konsekutiven Blutungen innerhalb des Schädels (Subduralhämatomen) bis hin zu Frakturen mit ernsthaften Konsequenzen. Six ermittelte aufgrund der Ergebnisse publizierter Studien bei geriatrischen Patient/innen folgende Prävalenzen von Sturzfolgen:

Tabelle 3-55. Sturzfolgen bei geriatrischen Patient/innen

Verletzungen	Prozent
ohne Verletzung	50-60
leichte Verletzung	30-40
schwere Verletzung	15-25
Fraktur	2-6
Mortalität	
unmittelbar	0.1
konsekutiv	25*
bei langer Liegezeit	50*
bei Hospitalisationspflicht	50*
bei Schenkelhalsfraktur	15-45*
Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistung	
Spitaleinweisung	2-3
ärztliche Konsultation	11-25
Psychische Folgen	
Post-Fall-Syndrom	11-20

Quelle: Six, 1992; zitiert nach Grob, 2004, S.19. *in 12 Monaten

Rund dreißig bis vierzig Prozent der Betroffenen erleiden leichte Verletzungen, 15 bis 25 Prozent schwere und zwei bis sechs Prozent Frakturen, zwei bis drei Prozent werden stationär behandelt. Bis zu fünfzig Prozent der alten Menschen, die wegen eines Sturzes stationär behandelt werden müssen, und 15 bis 45 Prozent der Patient/innen nach einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur sterben innerhalb eines Jahres (Stix, 1992). Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts führen ein bis zwei Prozent der Stürze zu einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur (Kruse, Gaber et al., 2002). Auf das mit Osteoporose einhergehende erhöhte Frakturrisiko wurde bereits verwiesen. Neuere Studien lassen vermuten, dass bei Frauen mit Osteoporose das Sturzrisiko auch aufgrund verminderter Kraft und Balance erhöht ist (Liu-Ambrose et. al, 2003).

Stürze können bei älteren Menschen zu einem nachweisbaren Verlust an Selbständigkeit und Hilfs- und Pflegebedarf führen. Vor allem bei betagten Frauen, die viele Medikamente einnehmen, depressive Symptome zeigen und in der Wohnung gestürzt sind, ist das Risiko funktioneller Abhängigkeit nach einem Sturz deutlich erhöht (Stel et al., 2004). Marottoli (1992) kam in einer großen prospektiven Kohortenstudie mit Hüftfrakturpatien/innen zu dem Ergebnis, dass 18 Prozent innerhalb von sechs Monaten verstarben. Die überlebenden Patient/innen hatten große Schwierigkeiten bei ihren alltäglichen Verrichtungen, was zum Teil zur Einweisung in ein Pflegeheim führte. Sechs Monate nach erlittener Hüftfraktur war nur noch rund die Hälfte der Patient/innen fähig, sich selbständig anzuziehen, nur 15 Prozent konnten ohne Hilfsmittel und nur sechs Prozent längere Strecken gehen. Nur 33 bis 40 Prozent der Patient/innen können nach einer Oberschenkelhalsfraktur ihre persönlichen Verrichtungen (Waschen, Anziehen, etc.) weiterhin durchführen und nur 14 bis 21 Prozent die Tätigkeiten des täglichen Lebens (Einkaufen, Essen zubereiten, Wäsche waschen etc.) (Kruse, Gaber, et al., 2002, S.16).

Eine wichtige Ursache für bestehende Kompetenzeinbußen ist die Angst vor weiteren Stürzen. Vor allem allein lebende alte Menschen sind, wenn sie nicht mehr in der Lage sind aufzustehen und Hilfe zu holen oft schwer traumatisiert (Liegetrauma). „Ein Sturz kann auch ein vormals positives Lebensprogramm komplett durcheinander bringen, den

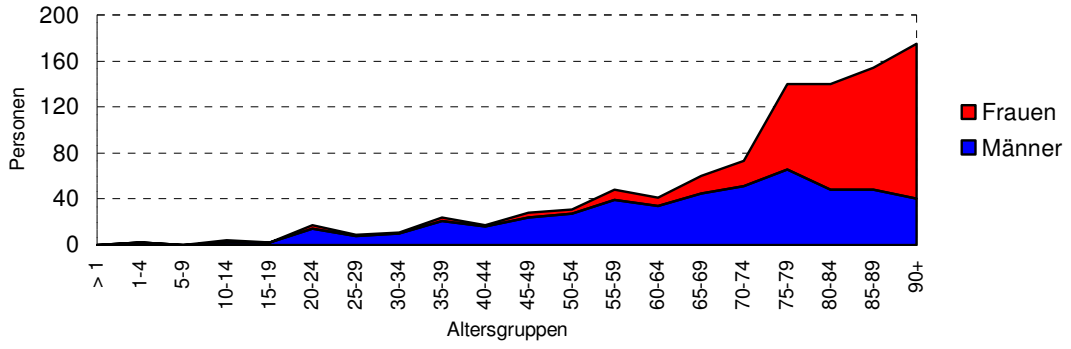
Rückzug aus dem aktiven Leben einleiten, das Selbstgefühl zerstören und Perspektivlosigkeit sowie Depression auslösen" (Stel, 2004).

Sturzangst (*fear of falling*) bzw. das *Post-Fall-Syndrom* ist bei geriatrischen Patient/innen, die gestürzt sind, weit verbreitet. Es handelt sich dabei um eine tief sitzende Angst vor erneuten Stürzen, die zu großer Unsicherheit beim Stehen und Gehen, zu ängstlichem Festhalten an Mobiliar und Gegenständen führt. Das klinische Syndrom ist häufig von einer depressiven Symptomatik begleitet, und äußert sich in erheblicher (Zukunfts-)Angst und Selbstwertzweifeln. Post Fall Syndrom-Patient/innen erleben den Sturz als einen „erniedrigenden Vorfall", verbunden mit der Frage, ob sie „je wieder auf die Füße kommen". Patient/innen mit dem Post-Fall-Syndrom sind sehr viel schwerer zu rehabilitieren und bedürfen spezieller psycho- und pharmakotherapeutischer Intervention.

Nicht nur Sturzunfälle insgesamt, sondern auch die tödlichen Sturzunfälle, nehmen mit dem Alter zu. In Österreich sind im Jahr 2002 in der Bevölkerung ab sechzig Jahren 525 Frauen und 406 Männer aufgrund von Stürzen gestorben. Während bis zum Alter von 75 Jahren mehr Männer als Frauen einen tödlichen Sturzunfall erleiden sind in absoluten Zahlen ab diesem Alter mehr Frauen als Männer betroffen.

Abbildung 3-30. Tödliche Sturzunfälle nach Geschlecht und Alter (2002)

(ICD-10 (W00-W19); Absolutzahlen)



Quelle: Statistik Austria (2004), S. 108 ff.

Das Risiko, einen Sturzunfall mit tödlichem Ausgang zu erleiden, steigt bei Frauen von 2,8 Fällen pro 100.000 unter den sechzig- bis 64-Jährigen auf 369,1 Fälle pro 100.000 bei den Neunzigjährigen an. Bei Männern steigt es von 14,6 Fällen pro 100.000 unter den sechzig- bis 64-Jährigen auf 382,6 Fälle pro 100.000 bei den Neunzigjährigen und Älteren. Obwohl also in absoluten Zahlen im hohen Alter mehr Frauen als Männer einen tödlichen Sturzunfall erleiden, ist das Risiko bei Männern etwas höher.

Der Sturz ist im geriatrischen Kontext meist mehr als ein Unfall. Er verschlechtert die Prognose bezüglich Lebenserwartung und funktioneller Gesundheit und erhöht das Risiko, häufig und lange hospitalisiert zu werden. Bei mehrfachen Stürzen erhöht sich zudem das Risiko, in ein Pflegeheim eingewiesen zu werden. Die Risikofaktoren für Stürze sind meist auch für weitere geriatrische Syndrome wie Inkontinenz und funktionelle Abhängigkeit von Bedeutung. So konnte nachgewiesen werden, dass vier Faktoren, nämlich Seh- und Hörstörung, Angst, Behinderung an den oberen und unteren Extremitäten, stark mit dem Vorliegen von Sturz und Inkontinenz und dem Ausmaß an funktioneller Abhängigkeit korrelieren (Tinetti et al., 1995).

Sturz-Prävention bei Hochbetagten

Durch geeignete Präventionsmaßnahmen gerade im Bereich vermeidbarerer bzw. beeinflussbarer Risikofaktoren lässt sich selbst bei Hochbetagten das Unfall- bzw. Sturzrisiko erheblich reduzieren. Das Erkennen von Risikofaktoren (wie etwa Balance- und Haltungsstörungen, Unzulänglichkeiten in der Wohnung bzw. der Wohnumgebung) ist Voraussetzung, um Stürze zu verhindern. Aufgrund des komplexen Zusammenwirkens von Risikofaktoren ist ein multidimensionaler Präventionsansatz wichtig, der z.B. bedarfsgerechte Wohnungsgestaltung und barrierefreie Bauwerke ebenso berücksichtigt wie Förderung der Beweglichkeit bis ins hohe Alter und Osteoporoseprävention.

Bereits der erste Sturz ist als Warnsignal zu werten und sollte Anlass geben, sich auf die Suche nach den oft versteckten, vielfältigen Ursachen zu machen. Sturzprotokolle, wie sie bereits in vielen Ländern in geriatrischen Einrichtungen zum Einsatz kommen, können (bei entsprechender Auswertung) wesentlich dazu beitragen, Risikofaktoren zu erkennen und in der Folge zu minimieren. Entsprechende Abklärungs-Empfehlungen sind bereits verfügbar (Guidelines for Prevention of Falls in Older Persons, 2001). Sturzpräventive Maßnahmen (wie Interventionen im Hinblick auf die identifizierten Risikofaktoren, Kraft- und Balance-Training) verhindern auch das Risiko von Pflegebedürftigkeit im Alter.

Eine breit angelegte Studie des Institutes Sicher Leben zeigte, dass an etwa achtzig Prozent der Stürze von Senior/innen *externe Umstände* mitbeteiligt sind. Wohnung und Wohnumfeld können sich mit Fortschreiten des Alterungsprozesses zunehmend zur unüberwindbaren Hürde entwickeln. Schlechtes Sehvermögen, falsches Einschätzen von Abständen, die Abnahme des Tastempfindens, Atemnot und muskuläre Probleme können beim Treppensteigen leicht zu Stürzen führen. Besonders das falsche Abschätzen des Treppen-Endes lässt ältere Menschen häufig über die letzte Stufe stolpern oder stürzen. Handläufe gehen oft nicht über das Treppen-Ende hinaus. Auch schlechte Beleuchtung, instabile oder fehlende Treppengeländer, glatte Fußböden in Küche und Bad, glatte Badewannen, rutschende oder aufstehende Teppiche, herumliegende Kabel, zu hoch angebrachte Regale, nicht rutschfestes Schuhwerk etc. erhöhen die Unfallgefahr. Ergebnisse dieser Art verweisen auf die Notwendigkeit der altersgerechten Ausstattung der Haushalte.

Eine Initiative des Seniorenrates gemeinsam mit dem Sozialministerium und dem Institut Sicher Leben versucht, die Zahl der Unfälle von Senior/innen zu senken. Diese Kampagne hat drei Ansatzpunkte:

- *Weckung des Gefahrenbewusstseins der Senior/innen* durch fachkundige Information und Beratung der Betroffenen (z.B. Information über die Bedeutung der Erhaltung der eigenen körperlichen Aktions- und Reaktionsfähigkeit sowie über vermeidbare Unfallgefahren wie Stolperfallen im Haushalt, rutschende Teppiche, herumliegende Kabel, unzureichende Beleuchtung, etc.).
- *Übermittlung von Wissen* (durch Informationsmaterial, Schulungen) an jene, die Aufklärungsarbeit leisten (Mitarbeiter/innen der sozialen Dienste, Gesundheitsberufe und pflegende Angehörige).
- *Schaffung einer weniger unfallträchtigen Umwelt* durch Verankerung des Problembewusstseins für die Unfallgefahren der Senior/innen in Wirtschaft und Politik. Dazu bedarf es der Wissensvermittlung wie die Sicherheit in und außerhalb der eigenen vier Wände verbessert werden kann. Dazu zählen u. a. die sichere Gestaltung der Wohnungen (wie etwa des Badezimmers), aber auch der öffentlichen Wege und Verkehrsmittel.

Das Institut Sicher Leben kann ebenfalls auf zahlreiche Initiativen zu Verhinderung von Unfällen und Stürzen alter Menschen verweisen, dazu zählen unter anderem der *Senioren Haushaltcheck*, die Servicestelle des Instituts Sicher Leben, und verschiedene andere Projekte wie z.B. die Erstellung eines Technischen Handbuchs, das Projekt *Enkelkinder informieren Großeltern*, etc.

Rehabilitation nach Unfällen älterer Menschen

Besonders bedeutsam ist die Rehabilitation verunfallter bzw. gestürzter älterer Menschen, bisher mangelt es jedoch an entsprechenden Einrichtungen. Selbst nach hüftgelenksnahen Frakturen sind gute Erfolge zu erzielen, so dass Patient/innen weitgehend selbständig wieder in die gewohnte Umgebung entlassen werden können. Dies beweist zum Beispiel ein Angebot des Wiener Sophien-Spitals, wo ein so genanntes *Home-Organisation-Training* einschließlich Beratung von Patient/innen und Angehörigen zur Angstreduzierung vor der Entlassung durchgeführt wird. Bei vorhandenen Betreuungsdefiziten werden Sozialarbeiter/innen und soziale Dienste eingeschaltet (vgl. dazu auch die Rehabilitationsmaßnahmen bei osteoporosebedingten Frakturen, de im Abschnitt 3.7.2.3 beschrieben wurden).

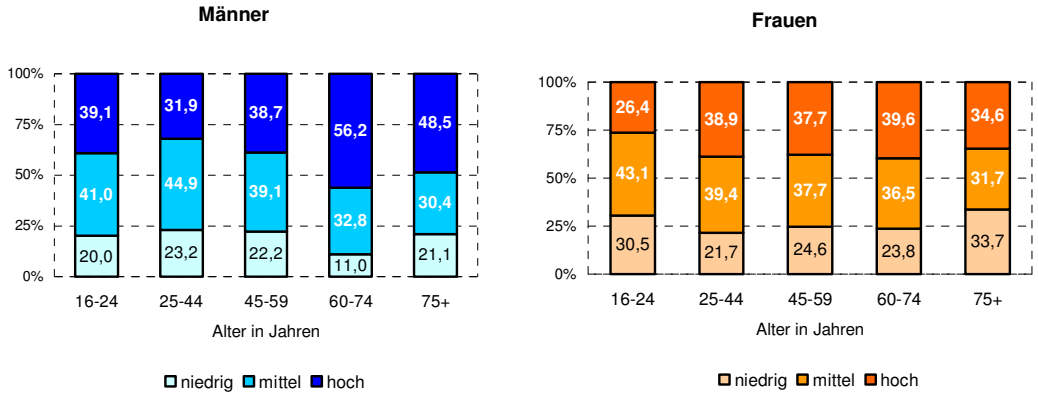
3.7.4 Psychosoziale Gesundheit und Lebensqualität älterer Frauen

Mit der steigenden Lebenserwartung gewinnen Fragen der Lebensqualität im Alter an Bedeutung. Die Weltgesundheitsorganisation versteht unter Lebensqualität „die Wahrnehmung der eigenen Rolle im Kontext des die alternde Person umgebenden Kultur- und Wertsystems unter Berücksichtigung ihrer Ziele, Erwartungen, Werte und Sorgen. Dieses Konzept ist weit gespannt und umfasst in komplexer Weise die körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, das Maß an Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen, das persönliche Wertsystem und die Beziehung zu wichtigen Aspekten des Umfelds." (WHO, 1994; zitiert nach WHO, 2002, S.13).

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.

Abbildung 3-31. Lebenszufriedenheit in Wien nach Geschlecht und Alter (1999-2001), Index*
(Personen ab 16 Jahre)



* Der Index der generellen Lebenszufriedenheit umfasst sie Zufriedenheit mit folgenden Bereichen: Gesundheit, familiäre Situation, Beziehungen zu Nachbarn, Freunden und Bekannten, finanzielle Situation, Leben allgemein. Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

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 soziales Netzwerkes sowie der Freizeitaktivitäten auf die Lebenszufriedenheit aus (Mayer und Baltes, 1996).

Bedingungen der Lebensqualität im hohen Alter

Die Lebensqualität, dies gilt auch im Alter, wird weitgehend durch das Ausmaß bestimmt, indem individuelle Bedürfnisse befriedigt bzw. Lebensziele erreicht werden (Filipp, 2001). So konnte nachgewiesen werden, dass intraindividuelle Veränderungen in der Lebenszufriedenheit stark vom Erfolg in jenen Lebensbereichen beeinflusst werden, die als bedeutsam für das Erreichen von Lebenszielen angesehen werden, während Erfolg in weniger relevanten Lebensbereichen keinen Einfluss auf intraindividuelle Veränderungen in der Lebenszufriedenheit hatte (Oishi et al., 1999).

Zur Bestimmung der Lebensqualität im Alter ist verschiedenen Aspekten der Lebensverhältnisse besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Lebensbereiche wie Arbeit, beruflicher Erfolg, politischer Einfluss, Liebe, Umweltschutz, Freizeit sind für ältere Menschen weniger wichtig, dagegen nehmen, körperliche und seelische Gesundheit, die geistige Leistungsfähigkeit, die Aufrechterhaltung von Unabhängigkeit und Autonomie, die Kontrolle über die eigene Lebenssituation, die sozialen Kontakte zu Familie und Freunden, materielle Lage und Ausstattung der Wohnung, Schutz vor Kriminalität, Möglichkeiten zur Mobilität sowie medizinische und soziale Betreuung im hohen Alter besonderen Stellenwert ein und erfordern entsprechende Aufmerksamkeit (Heckhausen, Schulz 1995).

Das Interdisziplinäre Altersprojekt (IDA; Kohli et al., 2000) und die Berliner Altersstudie (Mayer und Baltes, 1996) kommen zu dem Ergebnis, dass der größere Anteil jener Menschen, bei denen gesundheitliche Einbußen und soziale Verluste eingetreten sind, keine psychischen und psychosomatischen Störungen aufweist. Dies kann im Sinne hoher psychischer Widerstandsfähigkeit (*Resilienz*) älterer Menschen gedeutet werden. Allerdings geht die psychische Widerstandfähigkeit bei einer Kumulation von Beeinträchtigungen

und Belastungen (gleichzeitige Abnahme der physischen, kognitiven, sozialen und materiellen Ressourcen) zurück.

Dies wird auch anhand einer Analyse von Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys zu den Determinanten psychischer Beschwerden deutlich. Aufgrund der multiplen Klassifikationsanalyse wurden für Wien als besonders belastete Bevölkerungsgruppen über 75-jährige Frauen mit österreichischer Staatsbürgerschaft, mit Kleinstrenten, einer hohen Belastung durch Lebensereignisse (wie etwa den Tod Nahestehender), einer niedrigen Lebenszufriedenheit, schlechter körperlicher Fitness, niedrigem Kohärenzgefühl und häufigem Alltagsstress identifiziert.

Tabelle 3-56. Gruppenspezifischer Erwartungswert psychischer Beschwerden in Wien (2001)

(Ergebnisse der multiplen Klassifikationsanalyse; Mittelwerte)

Faktor	Ausprägung	Effekt
Gesamtmittelwert	(allgemeines Niveau)	1,01
Geschlecht	weiblich	+,10
Alter	75+	+,47
Staatsbürgerschaft	Österreich	+,07
Persönliche finanzielle Lage	kaum das Notwendigste	+1,03
Lebensereignisse	hoch	+,44
Lebenszufriedenheit	niedrig	+,56
Fit genug	nie	+,74
Arbeitsstress	nicht berufstätig	+,21
Kohärenzgefühl	niedrig	+,32
Leiden unter Alltagsstress	oft	+,41
Prognostizierter Erwartungswert	(gruppenspezifisches Niveau)	5,36

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Die genannte Bevölkerungsgruppe weist ein mehr als fünfmal höheres Niveau an psychischen Beschwerden auf als die untersuchte Gesamtpopulation (Erwartungswert von 5,36 versus 1,01).

Sensorische und motorische Einschränkungen, körperliche und psychische Defizite sind deutliche Risikofaktoren für Einsamkeit und soziale Isolation. Mit zunehmendem Grad der körperlichen Beeinträchtigung verändern sich sowohl die Art als auch der Umfang der sozialen und kulturellen Kontakte. Bei relativ schlechtem Gesundheitszustand reduziert sich die Lebenswelt der Senior/innen immer mehr auf Verwandtenkontakte in der häuslichen Umgebung. Ansprüche an Freizeitmöglichkeiten sind in der Gruppe der Hilfs- und Pflegebedürftigen kaum mehr vorhanden. Auch die Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung sinkt (Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997, S.156).

Zusammenfassend ist auf eine große Vielfalt und Heterogenität der Lebenssituationen hochaltriger Menschen zu verweisen. Zweifellos ist im hohen Alter die Risikobetroffenheit höher als im Vergleich zu anderen Lebensphasen, wobei es darüber hinaus insbesondere bei Frauen häufig zur *Kumulation*, d.h. einem Zusammentreffen von gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Problemen kommt. Frauen sind aufgrund ihrer schlechteren Ausgangssituation, die sich aufgrund ihrer vorangegangenen Lebenssituation ergibt, aber auch aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung von den Problemen und Herausforderungen des Alterns wesentlich stärker betroffen als Männer, was sich auch in einer geringeren Lebenszufriedenheit niederschlägt.

Gesundes und aktives Altern (WHO-Perspektive)

Die Weltgesundheitsorganisation hat sich mit ihrem Programm *Aktiv Altern* zum Ziel gesetzt, die aktive und selbständige Lebensführung älterer Menschen zu fördern, um so einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen zu leisten. Aktives Altern bezieht sich sowohl auf die körperlichen, psychischen, geistigen und sozialen Aspekte des menschlichen Lebens. Der Einzelne kann viel dazu tun, um auch im späteren Leben noch fit und gesund bleiben zu können. Die richtige Lebensweise, das Einbringen in Familie und Gesellschaft und ein den älteren Menschen unterstützendes Umfeld tragen wesentlich zum Wohlbefinden im Alter bei. Voraussetzung für aktives Altern und die Möglichkeit, einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten, ist eine gute Gesundheit. Es gilt sicherzustellen, dass ältere Menschen auch tatsächlich die Gelegenheit bekommen, aktiv zu bleiben. Genauso wie die Gesundheit aktives Tun unterstützt, bietet rege Tätigkeit die

besten Chancen für ein gesundes Leben. Die aktive Teilnahme älterer Menschen am Leben der Gemeinschaft ist nicht nur Selbstzweck, sondern außerdem auch von gesamtgesellschaftlichem Nutzen. Ältere Menschen, insbesondere Frauen, leisten bereits jetzt wichtige Beiträge im Bereich der unbezahlten Arbeit. Die Volkswirtschaft ist zwar auf diese Leistungen angewiesen, sie werden jedoch kaum in der Aufschlüsselung des Bruttosozialprodukts berücksichtigt, was dazu führt, dass der Beitrag der älteren Menschen für die Gemeinschaft häufig unterschätzt und übersehen wird.

Das WHO-Programm *Aktiv Altern* unterstützt eine Politikentwicklung, die die Bemühungen des einzelnen Menschen um ein aktives Leben im Alter ergänzt und die altersbedingte Krankheitslast, einschließlich der damit verbundenen Kosten, zu verringern sucht. Im Rahmen des WHO-Programms *Aktiv Altern* werden Beispiele für den Erfolg und das Scheitern politischen Initiativen zur Unterstützung aktiven und gesunden Alterns gesammelt und die Länder bei der Entwicklung von Strategien für das Zusammenwirken von Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftsreformen unterstützt, wobei vor allem auch die Beseitigung der *Altersarmut*, die insbesondere Frauen trifft, ein wichtiges Anliegen ist.

3.7.5 Psychosoziale Beeinträchtigungen im Alter (Demenz, Depression)

Es wird geschätzt, dass ca. ein Viertel der über 65-Jährigen an einer psychischen Störung leidet (Kruse et al., 2002; S.18). In der Berliner Altersstudie wurden für die Siebzig- bis Hundertjährigen folgende Prävalenzen ermittelt: 13,9 Prozent leiden an einer Demenz; 9,1 Prozent an einer depressiven Störung (5,4 Prozent an einer Major Depression, 2,0 Prozent an einer Dysthymia, ein Prozent an einer Demenz mit Depression sowie 0,7 Prozent an einer depressiven Anpassungsstörung); 1,9 Prozent an einer Angststörung; 0,6 Prozent an einer organisch bedingten wahnhaften Störung oder Halluzinose; weitere 0,6 Prozent an einer organisch bedingten Persönlichkeitsstörung und 0,7 Prozent an einer schizophrenen und paranoiden Störung (Mayer und Baltes 1996).

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 gleichaltrigen 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-Patient/innen ist zum Teil auf Altersstruktureffekte (mehr Frauen, die alt und sehr alt werden) zurückzuführen.

Bei den Angaben zur psychischen Morbidität im Alter ist zu berücksichtigen, dass bislang kein gesichertes Wissen über unterschwellige psychische Störungen vorliegt. „Es handelt sich dabei um beginnende, intermittierende oder residuale Zustände bekannter psychischer Krankheiten oder um (*komorbide*) Begleitsyndrome anderer psychischer oder somatischer Erkrankungen, möglicherweise teilweise auch um eigenständige Krankheitszustände" (Helmchen, 2001, S.181 ff.). Frauen sind häufiger von solchen Symptomen (wie z.B. unterschwellige Depressionen, Angststörungen) betroffen als Männer. Symptome dieser Art erzeugen hohen Leidensdruck und haben auch vermehrte Ärzt/innenbesuche zur Folge (Stadt Wien, 2002).

3.7.5.1 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 Verwirrtheitszustand.

Bei der Demenz handelt es sich um eine fortschreitende Erkrankung, die meist nach mehrjährigem Verlauf zu geistigem Verfall mit Verlust der Sprachfähigkeit und schließlich zur Pflegebedürftigkeit führt. Neben den kognitiven Störungen treten bei Demenzkranken häufig auch andere psychische Auffälligkeiten auf, wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, Wahnvorstellungen. Gerade diese nichtkognitiven Symptome verschlechtern die Lebensqualität der Betroffenen und stellen für die Betreuenden eine enorme Belastung dar.

Die häufigste Demenzform ist mit sechzig bis achtzig Prozent die Alzheimer Demenz.[38] Als Risikofaktoren für die Alzheimer Demenz wurden in mehreren Studien Alter und Familiengeschichte nachgewiesen (Kruse, Grob, et al., 2002, S. 18). Bisher ist lediglich eine symptomatische Behandlung möglich, jedoch keine direkte und ursächliche Beeinflussung der Krankheitsprozesse. Mit Hilfe der zurzeit eingesetzten pharmakologischen Präparate kann zwar der Verlauf der Erkrankung verlangsamt, die Demenz aber nicht gestoppt oder geheilt werden. Die Medikation ist vor allem in einem frühen Stadium der Alzheimer Demenz wirksam. Eine frühzeitige Erfassung einer Alzheimer Demenz ist daher besonders wichtig. Ein Screening auf Demenzsymptome bei älteren Menschen im Rahmen der Gesundheits-Checks könnte wesentlich zur Früherkennung beitragen.

Die zweithäufigste Form der Demenz ist mit zehn bis 25 Prozent die vaskulär (blutgefäß-) bedingte Demenz. Auch Mischformen aus vaskulärer und Alzheimer Demenz sind häufig. Vaskuläre Demenzen sind eine heterogene Krankheitsgruppe. Eine vaskuläre Demenz kann sowohl nach einem einmaligen ausgeprägten Hirninfarkt als auch nach wiederholten kleineren Hirninfarkten (Multiinfarkt-Demenz) entstehen. Charakteristisch für vaskuläre Demenzen sind, abgesehen von den vaskulären Ursachen, stark ausgeprägte kognitive Defizite, ein plötzliches Einsetzen der Symptome und eine eher stufenweise Verschlechterung. Der bedeutendste und bislang einzig gesicherte Risikofaktor für die vaskuläre Demenz ist die arterielle Hypertonie, als weitere Risikofaktoren gelten Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum. Diese Risikofaktoren bieten wichtige Ansätze für die Prävention. Auch wenn die Inzidenz der vaskulären Demenz aufgrund präventiver Maßnahmen sinken würde, ist aufgrund der Alterung der Bevölkerung ein weiteres Ansteigen zu erwarten (Kruse et al., 2002; S.19).

Sieben bis 25 Prozent aller Demenz-Kranken, so wird heute angenommen, haben eine Lewy-Körperchen-Demenz. Typisch sind dabei eosinophile Einschlusskörperchen in den Neuronen, die Lewy-Körperchen. Zudem besteht, wie auch bei Alzheimer-Kranken, ein cholinerges Defizit. Charakteristisch für die Lewy-Körperchen-Demenz sind abgesehen von kognitiven Störungen mit Fluktuationen der Hirnleistung und der Wachheit, optische Halluzinationen und Parkinson-Symptome (Nervenarzt 12, 2000).

Zu unterscheiden von den Demenzen sind kurzzeitige Verwirrtheitszustände von wenigen Stunden bis zu wenigen Tagen. Ihre Ursachen sind vielfältig. So können reduzierte Sauerstoffversorgung des Gehirns, hohe psychische Belastungen (z.B. aufgrund von Konflikten, Umgebungswechsel bzw. Heimeinweisung), Medikamente bzw. Interaktionen von Medikamenten, mangelnde Flüssigkeitszufuhr, unzureichende Ernährung zu vorübergehender Verwirrtheit führen.

Verbreitung der Demenzerkrankungen bei Frauen

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. 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 22,1 Prozent. Die Zunahme der Demenz-

[38] Die Angaben zur Prävalenz der verschiedenen Demenzformen variieren zum Teil. Die hier angeführten Prävalenzen wurden dem Konsensustatement „Demenz" der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft und der Österreichischen Alzheimer-Liga (2004) entnommen.

erkrankungen im höheren Alter ist vorwiegend auf die Alzheimer Demenz zurückzuführen.

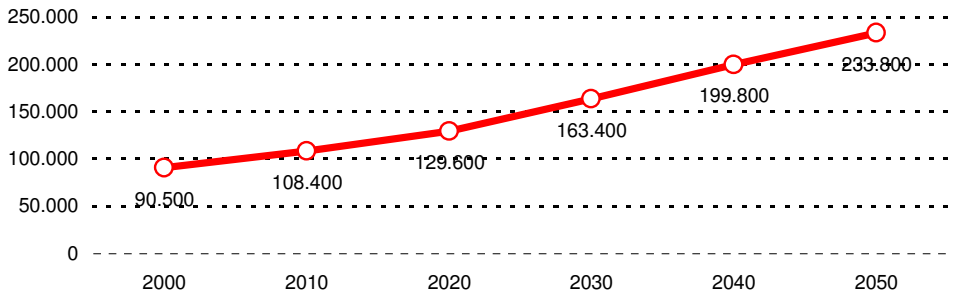
Tabelle 3-57. Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen nach Geschlecht und Alter (2000), in Prozent

Alter	Punktprävalenz						Ein-Jahresinzidenz		
	Alle Demenzen		Alzheimer Demenz		Vaskuläre Demenz		Alle Demenzen	Alzheimer Demenz	Vaskuläre Demenz
Zahlen in Prozent	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Gesamt	Gesamt	Gesamt
65-70	1,6	1,0	0,6	0,7	0,5	0,1	0,24	0,12	0,07
70-75	2,9	3,1	1,5	2,3	0,8	0,6	0,55	0,33	0,12
75-80	5,6	6,0	1,8	4,3	1,9	0,9	1,60	0,91	0,35
80-85	11,0	12,6	6,3	8,4	2,4	2,3	3,05	2,18	0,59
85-90	12,8	20,2	8,8	14,2	2,4	3,5	4,86	3,53	0,61
90+	22,1	30,8	17,6	23,6	3,6	5,8	7,02	5,35	0,81

Quelle: Lobo et al., 2000; Fratiglioni et al., 2000 (zitiert nach Wancata, 2002; S.53)

Da Demenzerkrankungen im höheren Alter vermehrt auftreten, ist aufgrund des zu erwartenden Anstiegs der Zahl betagter und hoch betagter Menschen in Zukunft mit einer erheblichen Zunahme demenzieller Erkrankungen zu rechnen. Unter Bezugnahme auf die oben referierten Prävalenzen und die Vorausschätzung der Bevölkerungsentwicklung der Statistik Austria ist für Österreich ein Anstieg von 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 mehr als 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.

Abbildung 3-32. Geschätzte Entwicklung der Zahl der Demenzkranken in Österreich von 2000 bis 2050



Quelle: Wancata, 2002, S. 53

Seit einigen Jahren läuft am Ludwig Boltzmann-Institut für Altersforschung am Wiener Donauspital in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen eine groß angelegte Alzheimerstudie (Leitung: Prim. Univ. Prof. Dr. Karl Heinz Tragl). Ein wichtiges Ziel der Studie ist die Identifizierung von Risikofaktoren und Früherkennungsparametern für die Alzheimer-Demenz. Und zwar wurden alle 75-Jährigen Frauen im 21. und 22. Wiener Gemeindebezirk (Floridsdorf und Donaustadt; rund 1.600 Personen) per Brief zur Teilnahme an der Studie eingeladen, 38 Prozent nahmen daran Teil und unterzogen sich den Tests. Erhoben wurden die Lebensumstände, Ernährungsgewohnheiten, körperliche und geistige Aktivität, Operationen. Durchgeführt wurden psychologische Tests, Blutuntersuchungen, eine Magnetresonanz des Gehirns (manchmal auch eine PET-Untersuchung). Bei zwei Prozent der über 75-Jährigen wurde eine Demenz festgestellt, bei neun Prozent ein Verdacht auf Demenz. Von den elf Prozent mit Demenz bzw. Demenz-Verdacht, handelt es sich in 72 Prozent der Fälle um Alzheimer-Demenz. Bei zehn Prozent liegt eine gefäßbedingte Demenz vor. Bei weiteren zwölf Prozent ist die Ursache unklar. Die Betroffenen wurden einer Therapie zugeführt. Um Neuerkrankungen an bzw. Vorzeichen einer Alz-

heimer-Demenz festzustellen, werden die zunächst Gesunden nach 2,5 Jahren erneut untersucht.

Abgesehen von Demenzerkrankungen finden sich in der älteren Bevölkerung häufig auch leichte kognitive Beeinträchtigungen (die auch mit dem Begriff der *gutartigen Altersvergesslichkeit* umschrieben werden). So z.B. berichteten im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 von den Sechzig- bis 74-Jährigen 9,2 Prozent der Frauen und 8,3 Prozent der Männer über Gedächtnisschwäche bzw. Konzentrationsstörungen, bei den 75-Jährigen und älteren stieg der Anteil der Betroffenen bei den Frauen auf 21,3 Prozent bei den Männern auf 24,3 Prozent. Eine einheitliche Definition leichter kognitiver Defizite steht bisher allerdings aus. Auch die Frage, ob die leichte kognitive Beeinträchtigung als gutartige altersassoziierte Leistungsminderung oder als Vorstadium der Demenz zu interpretieren ist, lässt sich derzeit nicht beantworten (Kruse und Grob, 2002; S.18). Die Frage ist insofern bedeutsam, als bei vielen Demenz-Neuerkrankungen, bereits vorher leichte kognitive Beeinträchtigungen zu festzustellen sind.

Diagnose und Therapie von Demenzerkrankungen

Um das Fortschreiten der Erkrankung hinauszuschieben, sind eine frühe Diagnose und Therapie von großer Bedeutung. Spezialeinrichtungen wie zum Beispiel Gedächtnisambulanzen bieten wichtige Hilfestellungen in den Bereichen Diagnose, Beratung, Therapie und Behandlung von Demenzerkrankungen. Die therapeutischen Maßnahmen umfassen medikamentöse und nichtmedikamentöse Interventionen. Kognitive Trainingsprogramme wirken sich vor allem bei leichter und mittelschwerer Demenz positiv auf Gedächtnis, Orientierung, Sprache und Alltagskompetenz aus. Psychomotorische Übungen unterstützen den Trainingseffekt. Nicht kognitive Trainingsprogramme wie z.B. Milieutherapie, Biografiearbeit, Musik- und Kunsttherapie, Tiertherapie haben selbst bei schwerer Demenz positive Auswirkungen auf die Befindlichkeit, die Stimmung und das Verhalten (vgl. dazu das *Konsensusstatement Demenz*, 2004, S.12)

Konzentration und Gedächtnis lassen sich auch im Alter trainieren. Gedächtnistrainingskurse für ältere Menschen sind bereits jetzt zum Teil Standardprogramm in den Heimen und den Institutionen der Erwachsenenbildung. Die bisherigen Studien konnten klar belegen, dass durch Gedächtnistraining und Konzentrationsübungen wirksame Abhilfe gegen Probleme mit Gedächtnis bzw. Konzentration geleistet und Abbauprozessen im Alter vorgebeugt werden kann (Oswald und Rödel, 1995). Als besonders vorteilhaft erweist sich die Kombination von Gedächtnis- und Bewegungstraining.

Qualifizierung des Personals in den Einrichtungen der Altenhilfe im Umgang mit Demenzkranken

Zu den pflegerischen Maßnahmen zählen neben der Pflegeanamnese und -planung, aktivierende und reaktivierende Pflege, Validation, Biografiearbeit und basale Stimulation. Viel versprechend im Umgang mit Demenzkranken ist der Einsatz von Validation, ein Ansatz, der von Noami Feil in den USA entwickelt wurde. Validation ist einerseits eine grundsätzliche Haltung zum Phänomen der Verwirrtheit, andererseits eine konkrete Umgangsform mit Verwirrten und Demenzkranken. Validation zielt vor allem darauf ab, die hinter dem verwirrten Verhalten liegenden Gefühle zu verstehen, wodurch es leichter gelingt, das Verhalten, die Erlebens- und Sichtweise der Betroffen zu akzeptieren. Evaluationsergebnisse zeigen, dass Validation nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Betreuer/innen Entlastung bringt (Wiegele et al., 1999).

Bedarf an institutioneller Hilfe

Die mit der Zunahme der Lebenserwartung und dem Anwachsen der älteren Bevölkerung verbundene steigende Zahl der Demenzkranken führt zu einem erhöhten Bedarf an institutioneller Hilfe. Früher ging man von einer Dauer der Alzheimer'schen Erkrankung von etwa sieben bis acht Jahren, der vaskulären Demenz von etwa fünf bis sechs Jahren aus. Mit der Verbesserung der allgemeinen Gesundheit von Demenzpatient/innen und aufgrund der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten ist heute zu erwarten, dass die Alzheimer Demenz im Durchschnitt etwa zehn Jahre und die vaskuläre Demenz etwa acht Jahre dauert. Vor allem im fortgeschrittenen Stadium lässt sich bei Demenz in vielen Fällen eine Heimunterbringung nur schwer vermeiden. Allein Lebende, bei denen eine De-

menzerkrankung auftritt, müssen bereits in Heimen untergebracht werden, bevor sie regelmäßige Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens brauchen.

Beratung und Stützung pflegender Angehöriger

Ein Problem ist nicht nur der hohe Hilfebedarf von Dementen, der vor allem mit dem Fortschreiten der Krankheit deutlich steigt. Die Stützung pflegender Angehöriger (durch Bereitstellung ambulanter Dienste wie etwa Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Beratungsangebote, Gesprächskreise, etc.) kann helfen, dass Demenzpatient/innen (zumindest eine Zeit lang) zu Hause gepflegt werden können. Entlastend für die Pflegenden sind vor allem Betreuungsmöglichkeiten wie Kurzzeit-, Urlaubs-, Tagespflege und ev. auch Nachtbetreuung. Die zeitweise Entlastung pflegender Angehöriger kann wesentlich dazu beitragen, die Institutionalisierung hinauszuschieben oder zu vermeiden.

Schwierigkeiten entstehen oft durch falsches Verhalten der Angehörigen. Die Patient/innen reagieren dann gereizt und aggressiv oder depressiv und ziehen sich zurück. Aufklärung und Beratung von Angehörigen die Demenzkranke betreuen und pflegen, ist besonders wichtig. Auch Selbsthilfegruppen leisten einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Schwierigkeiten bei der Pflege von Demenzkranken.

3.7.5.2 Depression und Alter

Depressionen gehören neben der Demenz zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Ebenso wie im jüngeren und mittleren Alter treten sie auch im höheren bei Frauen häufiger als bei Männern auf (Benazzi, 1999; Birkhäuser, 2002). Nach Angaben aus den USA wird die Prävalenz schwerer Depressionen auf ca. vier Prozent geschätzt, mindestens weitere zehn bis 15 Prozent der Betagten leiden an mittelschweren und leichteren Krankheitsformen. Die Häufigkeit der Dysthymie beträgt rund zwei Prozent (Busse, Blazer, 1995). Nach den Ergebnissen der Alzheimer-Studie des Ludwig Boltzmann-Institut für Altersforschung am Wiener Donauspital leiden sieben Prozent der über 75-Jährigen (aus den Bezirken Floridsdorf und Donaustadt) an schweren Symptomen, neun Prozent an leichten, bei sechs Prozent wurde ein Verdacht auf die Krankheit festgestellt.[39] Ähnliche Ergebnisse werden auch in der Berliner Altersstudie berichtet. Bei den untersuchten Siebzig- bis Hundertjährigen betrug die Prävalenz (nach DSM-II-R spezifizierter) depressiver Störungen 9,1 Prozent, davon litten 4,8 Prozent an *Major Depression* (Linden et al. 1998). Häufig sind bei älteren Menschen Störungen mit subdiagnostischer Symptomatik zu beobachten, die sich auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen, das Krankheitserleben (vor allem das Schmerzerleben), die Lebenseinstellung und das persönliche Altersbild auswirken. In der Berliner Altersstudie wurden bei rund 18 Prozent der Siebzig- bis Hundertjährigen Depressionen mit subdiagnostischer Symptomatik festgestellt. 13,2 Prozent gaben Lebensüberdruss an, 1,2 Prozent hatten Selbstmordgedanken (Helmchen et al, 1996). Hohe Anteile an depressiv Erkrankten finden sich unter Heimbewohner/innen, Spitalspatient/innen, sowie unter Patient/innen in Hausärzt/innenpraxen (Jacoby, 1997).

Die Ursachen der Depression im Alter unterscheiden sich nicht wesentlich von jenen im mittleren Alter. Allerdings sind im Alter Belastungen aufgrund von Krankheit und Behinderung, Verlusterlebnissen (z.B. Partnerverlust, Einsamkeit), die als auslösende Faktoren für Depressionen gelten, häufiger. Frauen sind häufiger als Männer von Multimorbidität und kritischen Lebensereignissen (z.B. Partnerverlust) betroffen. Ebenso finden sich eine Reihe Krankheiten mit denen Depressionen assoziiert sind, wie z.B. Demenzen, bei Frauen häufiger. Insgesamt spielt die Komorbidität, das heißt das gleichzeitige Vorhandensein körperlicher und/oder psychischer Erkrankungen im Alter eine große Rolle.

Die Depression ist keineswegs, wie es der Begriff der Altersdepression suggeriert, ein normaler Bestandteil des Alters. Symptome und der Krankheitsverlauf unterscheiden sich jedoch zum Teil von jenen bei jüngeren Menschen. Insgesamt sind Depressionen bei älteren Menschen schwieriger zu erkennen. Zum Beispiel klagen ältere Menschen mit Depressionen häufiger über körperliche und seltener über psychische Beschwerden wie zum Beispiel vermehrte Traurigkeit. Auch werden depressive Symptome im Alter (wie z.B. mangelnde Energie, Hoffnungslosigkeit) fälschlicherweise als normale Alterserscheinungen betrachtet. Warnzeichen einer Depression sind gedrückte Stimmung, anhaltende Interes-

[39] zitiert nach Pressekonferenz Vita-Untersuchung vom 1.10.2003.

sens- und Hoffnungslosigkeit, Antriebs- und Energielosigkeit, Müdigkeit, ein herabgesetztes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, sowie Suizidgedanken. Hinzu kommen körperliche Symptome wie Magen- und Rückenschmerzen oder Schlaf- und Appetitlosigkeit. Vielfach werden Depressionen (und andere psychische Erkrankungen) bei älteren Menschen nicht erkannt (und in der Folge auch nicht behandelt), weil sie zum Teil durch körperliche Erkrankungen überlagert sind oder als Ausdruck des Alterns betrachtet werden.

Studien belegen die Wirksamkeit medikamentöser Therapien und psychotherapeutischer Behandlungsverfahren bei Depressionen im Alter. Unbehandelte Depressionen können, abgesehen von persönlichem Leid und zunehmender sozialer Isolierung, auch zu erhöhter Morbidität und Mortalität führen. Depressionen sind eine der Hauptursachen von Suiziden: 15 Prozent der Patient/innen, die an einer Depression erkrankt sind, nehmen sich das Leben. Das Suizidrisiko nimmt im hohen Alter deutlich zu. Suizide älterer und alter Menschen zeigen in Österreich eine steigende Tendenz (Katschnig et. al., 2004). Diese Suizidrate ist jedoch (auch im Alter) bei Männern höher als bei Frauen. Österreich wies im Jahr 2000 bei den über 65-Jährigen, mit (pro 100.000) 66,9 Sterbefällen bei den Männern und 19,4 bei den Frauen, die höchste Suizidsterblichkeit innerhalb der ehemaligen 15 Länder der Europäischen Union auf. Unter Berücksichtigung der neuen Beitrittsländer nahm Österreich bei den über 65-jährigen Männern hinter Slowenien, Ungarn, Lettland und Litauen den fünften Rang ein, bei den über 65-jährigen Frauen den siebenten (Hofmarcher et al., 2003).

Durch den Abbau des fachlich nicht zu rechtfertigenden therapeutischen Nihilismus bei psychischen Erkrankungen (einschließlich erlebnisreaktiver Störungen) älterer Menschen und die Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung älterer Menschen kann ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit im Alter geleistet werden. In Österreich fehlt es bisher an gerontopsychiatrischen Einrichtungen. Auch ambulante Therapien älterer Menschen sind relativ selten.

Besonders häufig sind psychische Störungen bei Bewohner/innen von Altenheimen. Altenpflegekräfte haben eine entscheidende Vermittlerfunktion zwischen Bewohner/innen, Ärzt/in und Angehörigen. Um die psychische bzw. psychiatrische Versorgung in den Heimen zu verbessern, werden bzw. wurden in Bayern in Zusammenarbeit der Präventionsinitiative *Bayern aktiv* des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz mit verschiedenen Gruppen (*Bündnis gegen Depression*) in ganz Bayern 300 eigens entwickelte Schulungen für Altenpflegekräfte durchgeführt. Ziel der vierstündigen Schulungen ist es, Altenpflegekräfte stärker für das Thema zu sensibilisieren, damit sie eine Depression besser erkennen und die Kommunikation mit den behandelnden Ärzten erleichtert wird.

3.7.6 Psychosoziale Langzeitpatientinnen in Einrichtungen 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 Bewohner/innen (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 Folgenden werden 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 in den Heimen zu den angeführten Themen eher selten.

3.7.6.1 Gewalt in der Altenpflege

Nach bekannt Werden von Vorfällen rücken Missstände in den Pflegheimen in den Medien und in der politischen Diskussion kurzzeitig immer wieder in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sind aber bisher in Österreich kaum Gegenstand wissenschaftlicher Analysen. Insbesondere gilt dies für Gewalt von Pflegenden gegenüber älteren Menschen. Aber auch für andere Länder liegt, z. T. auch zurückzuführen auf den schwierigen Zugang zu zuverlässigen Daten in diesem Bereich, nur eine begrenzte Zahl wissenschaftlicher Untersuchungen vor (vgl. dazu Sowarka et al., 2002; S.26).

Prävalenz und Erscheinungsformen von Gewalt in der Altenpflege

Gewalt, wobei in der Altenhilfe nicht nur Gewalt von Pflegenden gegenüber Älteren Menschen, sondern auch Gewalt gegenüber Pflegenden eine Rolle spielt (Görgen et al.; 2000), kann verschiedene Erscheinungsformen annehmen. Sie kann sich sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene manifestieren, sich auf aktives Handeln, oder das Unterlassen erforderlicher Handlungen beziehen. Die Gewalt kann sowohl die Form einer Misshandlung als auch der Vernachlässigung annehmen. Bei Gewalthandlungen kann es sich um individuelles Fehlverhalten, aber auch um strukturelle Gewalt handeln (z.B. Nötigung eines alten Menschen mit einer wildfremden Person in ein Zimmer zu ziehen, ältere Menschen aufgrund des Personalmangels bereits am Nachmittag gegen ihren Willen zu Bett bringen). Gewalt kann in aggressiver Absicht oder ohne solche erfolgen. Letzteres scheint in der Altenpflege eher der Fall zu sein (Vierter AltenberichtDeutschland; BMFSFJ, 2002; S.281).

Über die Prävalenz der Gewalt in stationären Einrichtungen der Altenhilfe ist wenig bekannt. In einer schriftlichen Befragung von 499 Personen (Pflegepersonal) in stationären Einrichtungen in zwei geografisch unterschiedlich gelegenen Städten in Schweden gaben elf Prozent an, von einer Misshandlung zu wissen, zwei Prozent hatten ihren eigenen Angaben nach, selbst schon einmal Gewalt gegenüber älteren Menschen ausgeübt (Savemann, Aström, Bucht und Norberg, 1998).

Aufgrund schriftlicher Befragungen von Pflegenden in Altenheimen kristallisierten sich folgende Ergebnisse bzw. Problembereiche heraus (Görgen, 1999): Insgesamt ist davon auszugehen, dass physische Misshandlung seltener als verbaler ist, wobei jedoch über massive körperliche Gewalt wenig bekannt ist. Gewalt gegenüber Heimbewohner/innen wird oft angewandt, um Arbeiten (Intimpflege, Essen verabreichen, Ankleiden, Medikamentengabe) schneller zu erledigen. Verbale Aggressionen, die besonders häufig sind, werden oft als gerechtfertigt angesehen. Sedierung und Fixierungsmaßnahmen werden vor allem unter dem Aspekt der Verletzung der Aufsichtspflicht in Erwägung gezogen. Genannt werden auch subtilere Formen der Bewegungseinschränkung (wenn z.B. Personen, die auf Hilfe angewiesen sind, nicht aus dem Bett oder Sessel geholfen wird. Gewaltopfer sind vermehrt hochaltrige Frauen, die sehr bescheiden und autoritätshörig sind (vgl. dazu auch Vierter AltenberichtDeutschland; BMFSFJ, 2000; S.281.). In einer Erhebung in Kanada wurde vor allem Gewalt gegen kognitiv beeinträchtigte Frauen mit schlechtem Gesundheitszustand festgestellt (Mc Donald et al., 1998). Auch Savemann et al. (1998) berichten aufgrund ihrer Erhebung, dass es sich bei den Gewaltopfern vorwiegend um schwer pflegebedürftige, über achtzig Jahre alte Menschen mit hohem Pflegeaufwand aufgrund ihrer starken körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigung handelt.

Ursachen von Gewalt in der Altenpflege (Beispiele)[40]

Arbeitsbedingungen, Überforderung: Stress und Überforderung spielen als Ursachen von Gewalt in Pflegesituationen eine wichtige Rolle. Gewaltanwendung ist in diesem Fall eine extreme Reaktion auf die mit der Pflegetätigkeit einhergehenden Belastungen, deren Ursachen sowohl individueller (z. B mangelnde Kompetenz im Umgang mit Stress und Konflikten, schlechte Ausbildung, Belastungen aufgrund familiärer Konflikte) als auch institutioneller oder gesellschaftlicher Natur (fehlendes oder schlechtes Management, Personalmangel, etc.) sein können. Stress führt auch häufig zu mangelnder Wahrung der Intimsphäre der Pflegenden und lässt kaum emotionale Nähe zu.

Persönlichkeitsstruktur der Pflegeperson: Viele Gewalthandlungen sind nur aufgrund der Persönlichkeit des Täters bzw. der Täterin zu verstehen. Mangel an impulsiver Kontrolle (d.h. schnell aufbrausende Charaktere), eigene Gewalterfahrungen in der Kindheit, Suchterkrankungen, mangelndes Einfühlungsvermögen, etc. können ebenso eine Rolle spielen wie eine geringe Berufsmotivation, negative Einstellungen zur Pflege, Gleichgültigkeit, Angewiesensein auf das Geld bei fehlender Motivation, negative Einstellungen gegenüber älteren Menschen, Verkennen der Bedürfnisse älterer Menschen, das Gefühl, ältere Menschen erziehen zu müssen, etc. Bei den Pflegebeziehungen handelt es sich häufig um ein Beziehungsgefüge von Macht und Ohnmacht, aus dem sich Beziehungsdynamiken entwickeln, die zu Misshandlung oder Vernachlässigung führen.

Gewalt fördernde strukturelle und subkulturelle Orientierungen: Dießenbacher und Schüller (1993) haben aufgrund einer Analyse von vier Gerichtsakten zu Gewalttätigkeiten in Heimen in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland festgestellt, dass Gewaltanwendung nicht von der Institution, in der sie stattfindet, getrennt werden kann. Gewalthandlungen entstehen oft in einem Milieu, das solche Handlungen fördert, sie für notwendig erachtet, entschuldbar macht, sie leugnet bzw. umdeutet, in dem sich Zeugen passiv verhalten oder zu Komplizen werden. Mangelnde formelle und informelle Kontrolle, informelles Tolerieren bestimmter Umgangsformen mit den Pflegebedürftigen, mangelnde Kompetenzen des Führungspersonals, Gewalthandlungen zu erkennen, mangelnde Heimaufsicht können ebenfalls zur Ausbildung von Gewalt führen.[41]

Mangelnde Ausbildung und Unterstützung: Fachliche und soziale Kompetenz können wesentlich zur Verhinderung von Gewalt beitragen. Supervision hilft Burnout zu verhindern, das als Risikofaktor für Gewaltanwendung gilt.

Meist sind mehrere Ursachen, die sich zum Teil gegenseitig verstärken, am Entstehen von Gewalt gegenüber älteren Menschen beteiligt. So kommt Schneider (1990) aufgrund einer schriftlichen Befragung von 205 Personen (Heimleiter und Pflegepersonal) in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu dem Schluss, dass das Zusammentreffen von ungünstigen Mitarbeiterprofilen und strukturellen Charakteristika des Heimes die Gewaltbereitschaft deutlich erhöht. Die Befragungsergebnisse verweisen auf eine Dominanz psychosozialer Gewalt, die sich in unterschiedlichen Formen manifestiert. Es zeigte sich, dass die Anwendung von Gewalt mit niedrigem Lebensalter der Mitarbeiter/innen, geringer Motivation zur Weiterbildung, geringer Arbeitszufriedenheit, Lebensproblemen der Mitarbeiter/innen, der Heimgröße sowie einer ungünstigen Personalsituation im Heim korreliert. Die festgestellten Zusammenhänge zwischen dem Sozialverhalten von Heimbewohner/innen und Mitarbeiter/innen lassen vermuten, dass die Gewalttätigkeit einer Personengruppe auch Gewalt in anderen Personengruppen fördert und prosoziales Verhalten behindert.

3.7.6.2 Medikamentenversorgung

Die Medikamenteinnahme spielt bei älteren Menschen eine bedeutsame Rolle. So haben laut Mikrozensus 1999 von den in Privathaushalten lebenden 75- bis 84-Jährigen in den letzten vier Wochen vor der Befragung 76 Prozent der Frauen und 73 Prozent der Männer ärztlich verordnete Medikamente eingenommen. Unter den 85-Jährigen und älteren waren es 78 Prozent der Frauen und 79 Prozent der Männer. Dazu kommt noch die Selbst-

[40] vgl. dazu „Gewalt gegen ältere Menschen": http://ahz.ochs.de/pdf_dateien/gewalt_pflege
[41] http://ahz-ochs.de/pdf_dateien/gewalt_pflege.pdf

medikation (Statistik Austria, 2002; S.188ff.). Im Vergleich dazu ist der Medikamentenkonsum jüngerer Erwachsener deutlich niedriger.

Besonderheiten der Medikation im Alter

Bei der medikamentösen Therapie im Alter findet sich eine Reihe von Besonderheiten. Festzustellen sind verstärkte oder veränderte Wirkungen von Arzneimitteln, die auf Veränderungen in der *Pharmakokinetik* (Resorption, Transport, Stoffwechsel und Ausscheidung eines Arzneimittels) und *Pharmakodynamik* (Wirkung des Arzneimittels auf den Organismus und seine Funktion) zurückzuführen sind. Im Alter nimmt die Funktion der Arzneimittel eliminierenden Organe ab. Gleichzeitig trägt aber die Multimorbidität des älteren Menschen dazu bei, dass mehrere Medikamente eingenommen werden müssen, wodurch sich das Risiko von Wechselwirkungen von Medikamenten erhöht. Was die Pharmakodynamik betrifft, so kann es im höheren Alter aufgrund eingeschränkter Regulationsmechanismen und veränderter Empfindlichkeiten auf Rezeptorebene zu qualitativ und quantitativ veränderten Arzneimittelwirkungen kommen (Mörike und Schwab, 2000).

Ein wichtiger Aspekt der Medikation im Alter ist die *Compliance*, d.h. die Befolgung des ärztlichen Rats in Bezug auf die Medikamenteneinnahme. Zum Teil bestehen bei älteren Menschen beachtliche Unterschiede zwischen Verordnung von Medikamenten und der Einnahme. Dies ist unter anderem auf Schwierigkeiten bei der praktischen Handhabung von Medikamenten, kognitive Einschränkungen, Sehbehinderungen aber auch auf die Art der Aufbereitung der Medikamente durch die Industrie zurückzuführen. Die Komplexität der Dosierungsschemata und die Zahl der einzunehmenden Medikamente wirken sich ebenfalls auf die Compliance aus.

Insgesamt, so wurde z.B. von der Enquete-Kommission *Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen* festgestellt, besteht bei älteren Frauen ein hohes Ausmaß an Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Medikamenten von mit zum Teil schwerwiegenden Folgen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Tatsache, dass bisher eine systematische Untersuchung möglicher geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Wirkung von Arzneimitteln in den Zulassungsverfahren weitgehend fehlt (Thürmann, 2002).

Nach den Ergebnissen der Berliner Alterstudie ist die Prävalenz der Untermedikation (d.h. das Vorhandensein mindestens einer unbehandelten, prinzipiell aber medikamentös behandelbaren Erkrankung mittleren oder schwereren Grades) bei Frauen und Männern ähnlich häufig und nimmt mit dem Alter signifikant zu. Von den körperlichen Erkrankungen blieben Hypertonie, Hyperlipidämie, Herzinsuffizienz und Diabetes mellitus am häufigsten unbehandelt (Steinhagen-Thiessen und Borchelt, 1996).

Die Fehlmedikation (d.h. die Einnahme mindestens eines nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeignetes Medikament) ist bei den hochaltrigen Frauen (ab 85 Jahren) deutlich häufiger als bei den hochaltrigen Männern. Sie nimmt mit dem Alter nur bei den Männern ab, bei den Frauen jedoch gering zu. Insgesamt wurde ca. jede fünfte Person ab siebzig Jahren mit mindestens einem nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeigneten Medikament behandelt, das entweder überhaupt nicht (z.B. Resperin, Diazepam), in niedriger Dosierung (Hydrochlorothiazid) oder nur über einen kürzeren Zeitraum (Oxazepam, Ranitidin) bei der Behandlung älterer Menschen eingesetzt werden sollte.

Die Übermedikation (d.h. das Vorhandensein mindestens einer ärztlichen Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder nicht eindeutig indiziert ist) ist bei Männern etwas häufiger als bei Frauen und nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter etwas zu. Die häufigsten nicht indizierten oder kontraindizierten, ärztlich verordneten Medikamente waren Psychopharmaka, Magen-Darm-Mittel und Diuretika.

Im Vergleich zu den 70- bis 84-Jährigen war die Prävalenz von fünf und mehr unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei den hochaltrigen Männern und Frauen deutlich erhöht. Kein einheitlicher Alterstrend fand sich bei der Multimedikation. Die Prävalenz von fünf und mehr Medikamentenverordnungen nimmt im hohen Alter bei den Männern zu, bei den Frauen eher ab.

Tabelle 3-58. Ausgewählte Indikatoren der Berliner Altersstudie zur Medikation im Alter (1996), in Prozent

Zahlen in Prozent	70- bis 84-Jährige		85-Jährige und Ältere	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Untermedikation[1]	10,9	9,3	17,1	17,8
Übermedikation[2]	12,4	15,5	15,5	20,9
Fehlmedikation[3]	17,8	19,4	20,9	10,9
Mindestens fünf Befunde unerwünschter Arzneimittelwirkung[4]	22,5	15,5	30,2	31,0
Multimedikation[5]	39,5	34,1	35,7	42,6

(1) mindestens eine unbehandelte, prinzipiell aber medikamentös behandelbare Erkrankung mittleren oder schwereren Grades; (2) mindestens eine ärztliche Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder nicht eindeutig indiziert ist; (3) mindestens ein nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeignetes Medikament; (4) laborchemische oder funktionsdiagnostische Befunde; (5) fünf oder mehr ärztlich verordnete Medikamente; Quelle: Steinhagen-Thiessen und Borchelt, 1996; S.167

Weyerer stellte in einer repräsentativen Studie an nahezu 2.000 Bewohnerinnen und Bewohnern von Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen eine besonders hohe Unterversorgung bei Depressionen fest. Ein Drittel der Heimbewohner/innen, die an Depressionen litten, hatten keinerlei (auch keine medikamentöse) Behandlung (Weyerer, 2002).

Dagegen nehmen Beruhigungsmittel und Schlafmittel bei älteren Menschen (insbesondere bei Frauen) eine nicht unerhebliche Rolle ein. Laut Mikrozensus 1999 haben im Monat vor der Befragung von den 85-Jährigen und Älteren allein 15 Prozent der Frauen und elf Prozent der Männer ärztlich verordnete Medikamente gegen Schlafstörungen genommen (Statistik Austria, 2002).

Auch in anderen Ländern findet sich bei älteren Menschen ein auffälliger Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Eine Untersuchung in der Schweiz zeigt, dass diese Mittel, die überwiegend der Gruppe der Benzodiazepine angehören und abhängig machen können, meist über mehrere Jahre (manchmal über zwanzig Jahre) genommen werden, obwohl sie generell nur für kurzfristige Behandlungen vorgesehen sind. Die Medikamente wurden vorwiegend von Ärzt/innen verschrieben, übermäßige Dosierungen kamen allerdings selten vor (Maffli, 2000). Ein solcher Dauergebrauch in meist normaler Dosierung wird bei älteren Menschen in vielen Ländern beobachtet und als *low-dose*-Abhängigkeit bezeichnet.

Von den in der Berliner Altersstudie erfassten Siebzigjährigen und Älteren wurden 24,6 Prozent mit Psychopharmaka behandelt, über die Hälfte davon (13,2 Prozent) entfielen auf Benzodiazepin-Anxiolytika. Etwa 90 Prozent der mit Benzodiazepinen Behandelten nahmen diese Arzneimittel als Dauermedikation (länger als sechs Monate) und etwa die Hälfte täglich ein (Helmchen et al., 1996).

Medikamenteneinnahme in Altenheimen

Verordnung und Einnahme von Benzodiazepinen nehmen im höheren Alter exponentiell zu, wobei die Prävalenz bei Frauen in allen Altersgruppen überdurchschnittlich hoch ist (Weyerer und Dilling 1991; Geiselmann, Linden 1991). Eine besonders hohe Einnahme von Psychopharmaka findet sich bei Patient/innen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe: In der vorhin zitierten Studie an nahezu 2000 Bewohnerinnen und Bewohnern von Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen lag die Prävalenz des Benzodiazepingebrauchs (bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen) bei 15,6 Prozent. Nahezu zwei Drittel nahmen diese Medikamente (bezogen auf einen Zeitraum von sechs Monaten) täglich ein. Die durchschnittliche Diazepam-Äquivalenzdosis betrug 8,8 mg (Weyerer 2003).

Auch die Enquete-Kommission *Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung* in Nordrhein-Westfalen kommt zu dem Schluss, dass Frauen viel häufiger psychotrope Medikamente als Männer erhalten, oft, ohne dass tatsächlich eine abgesicherte Diagnose vorliegt, sondern vielmehr wegen allgemeiner Befindlichkeitsstörungen. Angeführt wurden zahlreiche Beispiele für Über- bzw. Fehlversorgungen in Altenheimen, die auf mangelnde Berücksichtigung der besonderen Situation und Bedürfnisse insbesondere älterer

Frauen bei der Dosierung und Kombination von Wirkstoffen zurückzuführen waren (zitiert nach „informiert! Nr.8/2004).

Abgesehen von der Gefahr der Abhängigkeit besteht aufgrund der Vielfältigkeit der konsumierten Medikamente die Gefahr zahlreicher Neben- und Wechselwirkungen. So kommt es bei Frauen in Altenheimen aufgrund überlanger Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln häufig zu Kreislaufstörungen, Müdigkeit, Schwindel, Gangunsicherheit mit Sturzgefahr bzw. zu oft fatal endenden Stürzen. Darüber hinaus dämpft die häufige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln mit der Zeit die Wahrnehmungsfähigkeit (Weyerer, Schäufele, Zimber 1998; Thürmann 2002).

Ein gutes Qualitätsmanagement in den Heimen kann wesentlich zur Reduzierung der Verordnung von Psychopharmaka beitragen. So zeigt eine australische Interventionsstudie, dass durch pharmazeutische Beratung in Heimen zehn Prozent weniger psychoaktive Medikamente und zwanzig Prozent weniger Antidepressiva verschrieben werden konnten, was abgesehen von den Vorteilen für die Menschen, trotz anfallender Beratungskosten, auch zu finanziellen Einsparungen führte (zitiert nach Thürmann 2002).

Eine Untersuchung des lögd (Landesinstitut für öffentlichen Gesundheitsdienst) in Altenheimen in Deutschland stellte bei der Hälfte der untersuchten Heime keine Fehler bezüglich der Medikamentenverabreichung fest, bei ca. dreißig Prozent der Heime war eine geringe Fehlerzahl vorhanden, bei etwa zwanzig Prozent war die Qualität verbesserungswürdig. Vor allem zeigte sich, dass Kommunikationsprobleme in Heimen (wie unzureichende Absprachen, unklare Verantwortlichkeiten bei der Zusammenstellung von Arzneimitteln) die Qualität der Arzneimittelversorgung von Heimbewohner/innen gefährden. Besonders bei der Änderung der Medikation kommt es häufig zu Problemen aufgrund mangelnder Kommunikation zwischen Pflegekräften und behandelnden Ärzt/innen. Auch ein unzureichender Informationsaustausch zwischen verschiedenen Ärzt/innen, die den/die selbe/n Patient/in behandeln, kann negative Folgen haben. Organisatorische Maßnahmen, Veränderungen in den Kommunikationsabläufen, qualitätssichernde Maßnahmen in den Heimen können wesentlich zur Verbesserung der Situation beitragen. Dazu gehören unter anderem das tägliche Zusammenstellen der Medikamente (anstatt des wöchentlichen), das Führen einer zentralen und stets aktuellen Medikationsdatei (statt verschiedener Listen), sowie die Überprüfung der zusammengestellten Arzneimittel durch eine zweite Person (Bader et al. 2003).

Entsprechend wird auch im Bericht der Enquete-Kommission für Nordrhein Westfalen empfohlen, durch Veränderungen der Rahmenbedingungen in den Heimen zu einer Verringerung der Verabreichung psychotroper Medikamente beizutragen und durch Qualitätssicherungsmaßnahmen Unter-, Über- und Fehlversorgung zu vermeiden. Auch Ärzt/innen sind aufgerufen ihre bisherige Verschreibungspraxis, kritisch zu hinterfragen. Geschlechtssensible Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote können ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Qualitätsmängeln bei der Medikation leisten.

3.7.6.3 Alkoholkonsum und -abhängigkeit

Verbreitung des Alkoholkonsums im Alter

Aus mehreren Studien liegen Hinweise vor, dass Alkoholkonsum und -abhängigkeit in höherem Alter abnehmen (z.B. *Epidemiological Catchment Area-Studie*; Robins und Regier, 1991). In der Oberbayerischen Feldstudie wurde ein Rückgang des Alkoholismus von 4,6 Prozent bei den 45- bis 64-Jährigen auf 2,4 Prozent bei den 65-Jährigen und Älteren festgestellt (Dilling und Weyerer, 1984). In der Berliner Altersstudie wurde nach (DSM-III-R Kriterien) bei 1,1 Prozent der Siebzigjährigen und Älteren Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol ermittelt.

Ursachen für den insgesamt geringeren Anteil Alkoholabhängiger unter älteren Menschen sind nach Feuerlein (1995) die geringere Lebenserwartung von Alkoholikern, die Tatsache, dass altersbedingte Veränderungen des Stoffwechsels zu einer Abnahme der Alkoholtoleranz führen, sowie die im Alter häufig auftretenden gesundheitlichen Beschwerden und chronischen Erkrankungen, die zu einer Reduktion des Alkoholkonsums führen.

Ältere Frauen sind im Vergleich zu Männern seltener von Alkoholabhängigkeit betroffen. Hill et al. (1998) stellten bei Patient/innen in Lübecker Hausärzt/innenpraxen eine Präva-

lenz von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit bei den 65- bis 75-Jährigen von 3,2 Prozent bei den Frauen 4,5 Prozent und 7,7 Prozent bei den Männern fest.

Trotzdem spielen Alkoholprobleme (insbesondere bei den Männern) auch im Alter eine Rolle. Selbst im fortgeschrittenen Alter (ab 85 Jahren) nimmt in Wien von den Männern beinahe jeder vierte (23 Prozent) täglich und jeder vierte (26 Prozent) zwei bis drei Mal die Woche Alkohol zu sich (Elmadfa et al., 1996). Wobei hier keine abschließende Beurteilung erfolgen kann, da Angaben zur Menge des Alkoholkonsums fehlen. Allerdings führt die relative Abnahme des Körperwassers im höheren Alter, in dem sich Alkohol als wasserlösliche Substanz verteilt, bereits bei kleineren Alkoholmengen zu einem höheren Blutalkoholspiegel. Aufgrund der erhöhten Sensitivität des Gehirns gegenüber Alkohol im Alter weisen ältere Menschen selbst bei sinkenden Trinkmengen eine erhöhte Schädigung des zentralen Nervensystems auf.

Bei etwa zwei Drittel der älteren Alkoholabhängigen liegt der Beginn des Alkoholmissbrauchs bereits im frühen oder mittleren Erwachsenenalter (*early onset*), bei etwa einem Drittel nach dem 65. Lebensjahr (*late onset*). Als Ursachen für den späten Beginn gelten nach der *Stress-Hypothese des späten Beginns* (Caracci und Miller, 1991) kritische Lebensereignisse, die typischerweise mit dem höheren Lebensalter einhergehen (Pensionierung, finanzielle Einbussen, Verlust des Partners bzw. der Partnerin, Vereinsamung, etc.).

Alkoholkonsum und -abhängigkeit in Altenheimen

Das Problem des Alkoholkonsums bzw. des Alkoholismus in Altenheimen ist in Österreich weitgehend tabuisiert und auch kaum erforscht. Eine Erhebung in den Heimen des Kuratoriums der Wiener Pensionistenheime macht deutlich, dass über die Hälfte der Bewohner/innen (56 Prozent) keinen Alkohol trinkt. Beim Großteil jener (76 Prozent), die Alkohol zu sich nehmen, ist der Konsum gleich geblieben wie vor Heimeintritt, acht Prozent haben zu trinken aufgehört und 12 Prozent trinken seither weniger. Allerdings haben vier Prozent seit Heimeintritt den Alkoholkonsum erhöht (Elmadfa et al., 1996, S.50).

Studien in Deutschland verweisen auf einen hohen Anteil Alkoholkranker in Alten- und Pflegeheimen. Eine Erhebung bei nahezu 2.000 Heimbewohner/innen ergab, dass bei Heimeintritt 7,5 Prozent der Bewohner/innen (19,3 Prozent der Männer und 3,8 Prozent der Frauen) alkoholkrank waren (Weyerer et al., 1999).

Angesichts fehlender Einrichtungen, welche die Therapie und Betreuung älterer alkoholkranker Menschen übernehmen, dürfte auch in Österreich das Problem keineswegs von geringerer Bedeutung sein. Dies bedeutet aber auch, dass sich ohnehin schwerkranke oder im Sterben liegende Menschen in Pflegeheimen mit den Problemen konfrontiert sehen, die bei Alkoholabhängigkeit entstehen. Dazu kommt, dass das Personal in den Pflegeeinrichtungen im Umgang mit alkoholkranken Menschen meist nicht geschult ist.

Behandlung älterer Alkoholabhängiger

Bei älteren Alkoholabhängigen sind Therapien durchaus erfolgreich, vorzeitige Therapieabbrüche kommen sogar seltener als bei jüngeren vor (Gastpar und Schulz, 1998; Fieischmann, 1997). Mittel- und langfristig ist eine stabile Besserung bei vierzig bis fünfzig Prozent der älteren Patient/innen zu erreichen (Mann und Mundle, 1997). Zur Vermeidung von Rückfällen, ist es wichtig, nicht nur an den Symptomen, sondern auch an den Ursachen der Alkoholabhängigkeit anzusetzen. Alkoholabhängige Senior/innen, die Therapiebereitschaft zeigen, sind überwiegend problembewusste ältere Menschen, die häufig von ihrer Familie oder anderen Bezugspersonen in ihrer Motivation bestärkt werden. Allerdings bringen Senior/innen, die unter verschiedensten Einschränkungen leiden, meist nicht mehr die Kraft und Motivation für eine Entwöhnungsbehandlung auf. Ein Großteil dieser Betroffenen lebt in Pflegeheimen und hat keine Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen mehr. Sie sehen in ihrem Leben keine Perspektive mehr und geben sich mit dem täglichen Alkholkonsum zufrieden. In diesen Fällen ist eine psychosoziale Rehabilitation schwer möglich.

3.7.6.4 Handlungsvorschläge für den Bereich der stationären Altenhilfe

Generell sind zur Verbesserung und Optimierung der Situation im Bereich der stationären Altenhilfe zwei grundsätzliche Strategien zu verfolgen: Erstens eine Verbesserung der Rahmenbedingungen der Pflege. Diese betreffen, wie anderer Stelle noch ausgeführt

wird, sowohl die Ebene des Mangagements, die Auswahl bzw. Qualifikation des Personals sowie die Arbeitsbedingungen. Zusätzlich sind zweitens Maßnahmen erforderlich, die sich vor allem auf die Lebensbedingungen der Bewohner/innen der Heime richten: dazu zählen neben einem Heimgesetz, das die Rechte der Bewohner/innen stärkt, eine Reihe weiterer Maßnahmen, wie etwa die:

Sensibilisierung des Personals für geschlechtsspezifische Umgangsweisen und deren Auswirkungen: Trotz des hohen Frauenanteils in stationären Pflegeeinrichtungen wird geschlechtsspezifischen Umgangsweisen und deren Auswirkungen, wie etwa im Bereich der Medikamentenversorgung, kaum Bedeutung beigemessen. Eine Bestandsanalyse kann die Entwicklung konkreter Handlungsempfehlungen und deren Umsetzung (z.B. im Bereich der Qualifikation und Weiterbildung des Personals) beschleunigen. Geschlechtsspezifische Auswertungen bei Forschungen im Bereich der Altenhilfe sollten obligatorisch sein. Geschlechtssensible Aus-, Fort- und Weiterbildung kann den Blick für geschlechtsspezifische Verhaltensweisen schärfen. Auch Heimbeiräte, örtliche Seniorenvertretungen, Angehörige sollten (etwa im Rahmen von Vorträgen) hinsichtlich geschlechtsspezifischer Umgangs- und Verhaltensweisen sensibilisiert werden.

Gewaltprävention: Zur Gewaltprävention in den Heimen sind (abgesehen von der Optimierung der organisatorischen Rahmenbedingungen der Pflege) Gesprächskreise, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Schaffung von Möglichkeiten zur Supervision zu empfehlen. Wichtig zur Verhinderung von Gewalt ist die Selbststärkung der Heimbewohner/innen (Empowerment). Prozesse zur Selbststärkung der Bewohnerinnen hängen zu einem erheblichen Teil von den geltenden Rahmenbedingungen der Pflege ab. Entwürdigende Zustände sind schlechte Rahmenbedingungen für Empowerment. Auch qualifizierte Heimbeiräte und ehrenamtlich Tätige können Empowerment-Prozesse initiieren und damit zur Verbesserung der Qualität der Pflege beitragen. Information und Beratung, Selbstbehauptungskurse für Bewohner/innen sind einfache Möglichkeiten, selbst bei schwerer Pflegebedürftigkeit Empowerment zu fördern.

Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Ausgabe bzw. Verabreichung von Medikamenten: Organisatorische Maßnahmen und die Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Ärzt/innen, sowie den behandelnden Ärzt/innen untereinander, können wesentlich dazu beitragen, Unter-, Über- und Fehlmedikation zu vermeiden (siehe oben).

Alkoholabhängigkeit im Alter: Das Problem der Alkoholabhängigkeit bei Senior/innen in den Heimen wird häufig tabuisiert bzw. als nicht existent bezeichnet. Wichtig ist die Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen in Einrichtungen der Altenhilfe, der Geriatrie und der Suchthilfe für das Problem, sowie das Aufzeigen der bestehenden Behandlungsmöglichkeiten. Auch Hausärzt/innen sollten die Problematik vermehrt ansprechen und über Behandlungsmöglichkeiten aufklären.

Schaffung von Therapiemöglichkeiten für ältere Suchtkranke: Der Anteil älterer alkoholkranker Menschen ist in ambulanten und stationären Suchteinrichtungen sehr niedrig. Sie konzentrieren sich vorwiegend auf jüngere und mittlere Altersgruppen. Dies darf jedoch nicht zur Vernachlässigung älterer Betroffener führen. Es mangelt in Österreich an gerontopsychiatrischen Einrichtungen, die diese Aufgaben übernehmen könnten.

Schaffung betreuter Wohnmöglichkeiten: Für Menschen, die nur zeitweilig Pflege brauchen, sind betreute Wohnmöglichkeiten von Vorteil. Dies trägt einerseits zur Entlastung von Pflegeheimen bei, bietet andererseits Menschen mit sozialen oder psychischen Problemen die Chance für ein weitgehend *normales Leben*.

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 Abschlussdeklaration der vierten internationalen UN-Frauenkonferenz in Peking, China, wurde in der Beijing-Deklaration - wohl eines der bekanntesten Dokumente der internationalen Frauenbewegung - die Problematik 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:

Definition von Gewalt in der Beijing-Deklaration

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

Gewalt gegen Frauen ist ein universelles Phänomen, das in den meisten Kulturen in unterschiedlicher Ausprägung vorkommt. Gewalt verfolgt Frauen aber auch in allen Lebensphasen. In einem Bericht der Weltbank wurde diese Tatsache eindrücklich zusammengefasst (Heise, 1994):

Lebensphase	Form der Gewalt
Vor der Geburt	Geschlechtsselektive Abtreibungen; Gewalt gegen schwangere Frauen; erzwungene Schwangerschaften (Vergewaltigungen in Kriegszeiten)
Säugling	Ermordung weiblicher Säuglinge; emotionaler und körperlicher Missbrauch; ungleicher Zugang zu Ernährung und medizinischer Versorgung
Kindheit	Genitalbeschneidung; Inzest und sexueller Missbrauch; ungleicher Zugang zu Ernährung, medizinischer Versorgung, Bildung; Kinderprostitution, Kinder-Ehen
Jugend	Gewalt bei Verabredungen; ökonomisch erzwungener Sex; sexueller Missbrauch am Arbeitsplatz; sexuelle Belästigung; erzwungene Prostitution
Reproduktives Alter	Missbrauch durch Partner; Vergewaltigung in der Ehe; Mord, Mitgiftverbrechen und Mitgiftmorde; psychischer Missbrauch; sexueller Missbrauch am Arbeitsplatz; sexuelle Belästigung; Vergewaltigung; Missbrauch von Frauen mit Behinderungen; erzwungene Prostitution, Menschenhandel
Hohes Alter	Missbrauch von Witwen; Missbrauch von älteren Menschen (dem zumeist Frauen zum Opfer fallen)

Quelle: Heise L / World Bank, 1994

Das WHO–Regionalbüro für Europa in Kopenhagen hat im Rahmen des Programms Gesundheit21 - 21 Ziele für das 21. Jahrhundert (Abschnitt IV/9) gefordert, dass Inzidenz und Mortalität von Gesundheitsfolgen, die durch häusliche, geschlechtsspezifische und organisierter Gewalt bedingt sind, um mindesten 25 Prozent zurückgehen sollen. Dieses Ziel sei zu erreichen, wenn für alle von Gewalt betroffenen Personen bedarfsgerechte und geschlechtsspezifische Hilfs-, Pflege und Rehabilitationseinrichtungen zugänglich sind und weiters die Länder Forschungsvorhaben über Formen, Determinanten und Folgen von Gewalt durchführen und sich daran beteiligen, die Häufigkeit von Gewalt zu analysieren und Pläne für Verhütungsmaßnahmen machen (WHO-Regionalbüro für Europa: Gesundheit21 - 21 Ziele für das 21.Jahrhundert; Abschnitt 4, Teilziel 9; WHO, 1999). Das WHO-Ziel der Reduktion von Gewalt ist zwar noch nicht zur Gänze erreicht, dennoch kann gesagt werden, dass in den vergangenen Jahren von vielen Ländern Initiativen im Zusammenhang mit Gewalt gegen Frauen gesetzt worden sind.

4.1 Geschlechtsbedingte Gewalt und die gesundheitlichen Folgen

Das Gesundheitswesen spielt eine entscheidende Rolle, wenn es um das Erkennen von häuslicher Gewalt und um erste Hilfestellungen geht, da Frauen und Kinder, die Opfer von Gewalt geworden sind, oft gezwungen sind, Ärzt/innen oder Notfallsambulanzen aufzusuchen und diese somit die erste Anlaufstelle sind. Gewalt als Ursache für Erkrankungen ist jedoch meist nicht so leicht erkennbar, wenn die körperlichen und seelischen Verletzungen länger zurück liegen. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen manifestieren sich über die körperlichen Verletzungen hinaus in einem psychischen Trauma und einer Verletzung des Selbstwertgefühls, in Angst- und Schlafstörungen, Depressionen, selbstschädigendem Suchtverhalten, Problemen mit Beziehungen und einer Gefährdung der sexuellen Gesundheit. Im Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen sind vor allem folgende drei Formen der Gewalt von Bedeutung: Gewalt in der Kindheit und in der Pubertät (Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung); Vergewaltigung, sexuelle Übergriffe und alle aufgenötigten Intimitäten sexuellen Inhalts; häusliche Gewalt in Form wiederholter Übergriffe aller Art innerhalb des Zusammenlebens in Beziehungen. Das Ausmaß der gesundheitlichen Folgen von Gewalt hängt wesentlich vom Zeitabstand zur Tat und vom Beziehungskontext ab und es sind kurz-, und mittel- und längerfristige Wirkungen der Gewalt auf erwachsene Frauen bzw. den Folgen von Gewalt in der Kindheit zu beobachten (Hagemann-White et al., 2003).

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen

Körperliche Folgen	Verletzungen, funktionelle Beeinträchtigungen, dauerhafte Behinderungen
Psychosomatische Folgen	Chronische Schmerzsyndrome, Reizdarmsyndrom, Magen-Darm-Störungen
Psychische Folgen	Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Schlafstörungen, Panikattacken, Essstörungen, Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl
Reproduktive Gesundheit	Ungewollte Schwangerschaften, Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburten, niedriges Geburtsgewicht, STDs / sexuell übertragbare Erkrankungen, Eileiter- und Eierstockentzündungen
Gesundheitsgefährdende Strategien	Rauchen, Alkohol- und Drogengebrauch, risikoreiches Sexualverhalten
Tödliche Folgen	Mord, Selbstmord

Quelle: Hellbernd et al., 2003 (Projekt S.I.G.N.A.L., Berlin)

4.2 Die Verantwortung des Gesundheitswesens bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt

Angesichts des Schwergrads und der Langfristigkeit der gesundheitlichen Folgen von Gewalt ist den Betroffenen ein fundamentales Recht auf kompetente und umfassende Versorgung zur Prävention und Heilung von gesundheitlichen Folgen von Gewalt einzuräumen. Das erfordert als ersten Schritt, dass häusliche Gewalt als gravierendes Gesundheitsproblem im Gesundheitssystem erkannt wird. Ein Handlungsansatz dabei stellt die Sensibilisierung und Aus- bzw. Weiterbildung des Personals in den Gesundheitsberufen dar.

Konkrete Handlungsempfehlungen, wie die Situation von Gewalt betroffener Frauen verbessert werden kann, sind (Hagemann-White et al., 2003):

- Informationsmaterial für ein Grundwissen erstellen und verbreiten
- Kooperationen gegen Gewalt fördern, wie z.B. Arbeitsgruppen, Runde Tische, …
- Gewaltschutz im Krankenhaus verbessern, z.B. durch hausinterne Standards zur Anamnese, Diagnostik, Dokumentation und Behandlung; Frauen über ihre Rechte informieren
- verbindliche Standards für Psychiatrie und forensische Medizin, z.B. Unterbringung in einer Frauenstation; angemessene psychologische Versorgung; sorgfältige Dokumentation der Befunde, sodass eine gerichtliche Verwendung möglich ist
- Standards in der Gewaltanamnese prüfen und entwickeln
- ausreichendes Angebot an psychotherapeutischen Angeboten sicherstellen
- die Thematik häusliche Gewalt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung verankern
- die Patient/innenrechte verbessern

Eines der ersten umfassenden Interventionsprojekte im europäischen Raum zur Sensibilisierung von Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitspersonal auf das Thema Gewalt gegen Frauen wurde am Universitätsklinikum Benjamin-Franklin an der FU-Berlin durchgeführt, wo das Projekt **„S.I.G.N.A.L.-Hilfe für Frauen"** im September 1999 in der Abteilung für Erste Hilfe - nach dem Vorbild amerikanischer Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt – gestartet wurde. Die einzelnen Buchstaben des Wortes S.I.G.N.A.L. bezeichnen die wesentlichsten Handlungsschritte und –ziele des Programms:

S: Sprechen Sie die Patientin an, signalisieren Sie ihre Bereitschaft.

I: Interview mit konkreten einfachen Fragen. Hören Sie zu, ohne zu urteilen.

G: Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen.

N: Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben.

A: Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses.

L: Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten.

Betroffene Frauen erhielten neben der medizinischen Versorgung das Angebot psychologischer Gespräche, Informationen über spezifische Hilfsangebote, sowie eine umfassende Dokumentation der Beschwerden und Verletzungen für den Fall einer gerichtlichen Verhandlung. Umfassende Schulungen des medizinischen und pflegerischen Personals der Klinik zielten darauf ab, Gewalt als eines der zentralen Gesundheitsrisiken für Frauen in die Anamnese zu integrieren und eine angemessene Versorgung einzuleiten. Das Projekt wurde über drei Jahre wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Im Rahmen des Projektes wurden Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen aufgebaut, um dadurch auch eine nachhaltige Verankerung des Versorgungsangebotes zu gewährleisten. Die Projektverantwortlichen zogen das Resümee, dass zwar das Pflegepersonal mit den zweitägigen Schulungen erreicht werden konnte, Ärzt/innen aber kaum erreicht wurden. Ein kürzeres und in einzelnen Modulen strukturiertes Fortbildungskonzept konnte durch die Integration in bestehende, abteilungsinterne Weiterbildungsstrukturen schließlich auch die Ärzt/innen für Fortbildungen erreichen (Hellbernd et al., 2003).

In Wien wurde im Jahr 2001 ein **Aus- und Fortbildungsprogramm für Krankenhauspersonal zum Thema Gewalt gegen Frauen und Kinder** in zwei öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt. Ziele des Programms waren die Verbesserung der Früherken-

nung von Gewalt, die Verbesserung der Kommunikations- und Behandlungsabläufe und die Erstellung eines Notfall-Behandlungsplans. Es wurden fünf Schulungsmodule für Ärzt/innen, Pflegepersonal und Sozialarbeiter/innen angeboten; folgende Abteilungen wurden einbezogen: Notfallsambulanz, Kinderheilkunde, Gynäkologie, Urologie, Psychiatrie, Interne Abteilung, HNO, Dermatologie.

Zur Ermittlung der persönlichen Erfahrungen und des Bedarfs an Weiterbildung zum Thema körperliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen und Kinder ging dem Fortbildungsprogramm eine Mitarbeiter/innenbefragung voran, an der 209 Mitarbeiter/innen der beiden Projektspitäler teilnahmen: 41 Prozent der Befragten waren im vorangegangenen Jahr mit Kindern und Jugendlichen, 56 Prozent mit Frauen als Opfer körperlicher Gewalt befasst. Jeder der Befragten hatte im Laufe eines Jahres durchschnittlich mit zehn Kindern und acht Frauen Kontakt, die von körperlicher Gewalt betroffen waren und mit fünf Frauen, die Opfer von sexueller Gewalt waren. Die Mehrheit der Befragten meinte, dass die Tendenz zur Verschleierung der Verletzungsursachen sehr groß sei. Ihren eigenen Informationsstand beurteilte rund ein Viertel des Gesundheitspersonals als gut, etwa die Hälfte als eher gering und 15 Prozent als sehr gering; elf Prozent hatten zuvor einschlägige Aus- und Weiterbildungen besucht. Achtzig Prozent des Krankenhauspersonals wünschten sich mehr Information zum Thema Betreuung von Opfern körperlicher Gewalt und auch mehr Broschüren zu Beratungseinrichtungen (Wimmer-Puchinger, 2004).

In **Niederösterreich** haben in den Jahren 2000 bis 2002 rund 360 Mitarbeiter/innen aus 26 Krankenhäusern an zwanzig zweitägigen Fortbildungsseminaren und vier Informationsveranstaltungen im Rahmen des **Programms „Gewalt gegen Frauen. Die Bedeutung des Gesundheitswesens"** teilgenommen. Die Veranstalter/innen halten fest, dass dieses Angebot „die Sensibilisierung bezüglich der komplexen gesundheitlichen Folgen von Gewalterfahrungen fördert, das Erkennen der eigenen Schlüsselrolle und Interventionsmöglichkeiten stärkt und zu einer Verbesserung der interdisziplinären Kooperation führte." (Erdemgil-Brandstätter, 2002; S.7).

4.3 Prävalenz von Gewalt gegen Frauen

Gewalt gegen Frauen ist zwar vielfach dokumentiert und bekannt, in Österreich gibt es jedoch bislang keine repräsentative epidemiologische Studie zum Thema Gewalt gegen Frauen und Kinder. Eine der wenigen wissenschaftlichen Datenquellen stellte eine Studie des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie dar, wonach jede fünfte bis zehnte in einer Partnerschaft lebende Frau von Gewalt betroffen ist (Benard et al., 1991; bzw. BMUJF, 1991). Ein umfassender Bericht mit Sekundäranalysen vorhandener Datenquellen zur *Gewalt in der Familie* wurde vom Österreichischen Institut für Familienforschung (ÖIF) im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen erstellt (BMSG, 2001).

Im Rahmen einer Multi-Center-Studie an elf gynäkologischen Abteilungen in Österreich wurden 1.378 Frauen ab einem Alter von 15 Jahren zu **gynäkologischen Langzeitfolgen von sexuellem Missbrauch im Kindes- und Jugendalter** befragt. 187 Frauen, das sind 13,6 Prozent aller befragten Frauen, berichtete eine Vorgeschichte mit sexuellem Missbrauch. Beinahe alle Frauen mit dieser Vorgeschichte haben Missbrauchserlebnisse ohne Körperkontakt erlebt (183 Frauen bzw. 13,3 Prozent aller 1.378 befragten Frauen), die Hälfte aller Frauen mit Missbrauchserlebnissen gaben an, dass im Zuge des Missbrauchs Körperkontakt erfolgt sei (92 Frauen bzw. 6,7 Prozent aller Befragten) und fast ein Drittel der Frauen mit Missbrauchserlebnissen berichtete, dass diese vollzogenen oder versuchten Geschlechtsverkehr inkludierten (53 Frauen bzw. 3,8 Prozent aller Befragten). Durchschnittliches Alter des ersten Missbauchs waren zwölf Jahre. Die Studie konnte belegen, dass Frauen mit Missbrauchserlebnissen im Vergleich zu Frauen, die keine derartigen Erfahrungen machen mussten, deutlich stärker von gynäkologischen Langzeitfolgen, wie z.B. Beeinträchtigungen des Menstruationszyklus, Entzündungen im Bereich der Genitalorgane, … betroffen waren (Wimmer-Puchinger und Lackner, 1997).

Tabelle 4-1. Sexueller Missbrauch in Österreich und seine gynäkologischen Langzeitfolgen (1997)

Sexueller Missbrauch …	N= 1.378	Prozent
Gesamt	**187**	**13,6**
ohne Körperkontakt	183	13,3
mit Körperkontakt	92	6,7
mit Penetration	53	3,8
mit körperlicher Gewalt	29	2,1

Frauen mit Missbrauchserlebnissen haben im Vergleich zu Frauen ohne diese Erlebnisse über einen signifikant längeren Zeitraum …	sign.
Störungen des Menstruationszyklus	*
Menstruationsbeschwerden	**
Unterbauchschmerzen	***
vaginaler Ausfluss	***
Eierstockentzündung	**
Blasenentzündung	***
vaginale Entzündung	**
* Tendenz ** signifikant *** hoch signifikant	

Quelle: Wimmer-Puchinger und Lackner, 1997

Eine aktuelle **Studie zur Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland** ist die erste repräsentative Untersuchung von Gewalt gegen Frauen in diesem Umfang in Europa. Sie wurde vom Deutschen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegeben und ist Teil eines nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt. Die Untersuchung basiert auf 10.264 Interviews mit Frauen im Alter von 16 bis 45 Jahren. Zentrale Gewaltformen, die in der Studie erfasst wurden, sind körperliche, sexuelle und psychische Gewalt und sexuelle Belästigung (BMFSFJ, 2004).

37 Prozent aller befragten Frauen gaben an, körperliche Gewalt und Übergriffe ab dem 16. Lebensjahr erlebt zu haben – also jede dritte Frau; 13 Prozent, das heißt beinahe jede siebente Frau, berichtete über Formen von sexueller Gewalt. Vierzig Prozent der befragten Frauen haben körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides erfahren. Über Erlebnisse unterschiedlicher Formen von sexueller Belästigung berichten 58 Prozent der Befragten. 42 Prozent der befragten Frauen gaben an, psychischer Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein. Rund ein Viertel der Gewalttaten wurde in Beziehungen mit aktuellen oder früheren Partnern erlebt.

Tabelle 4-2. Häufigkeit unterschiedlicher Gewaltformen inDeutschland (2004), in Prozent

Gewaltformen (Mehrfachnennungen möglich)	Prozent (N=10.264)
Körperliche Gewalt	**37**
leichte Ohrfeigen, wütendes Wegschubsen, Werfen oder Schlagen mit Gegenständen, Verprügeln, Würgen, Waffengewalt, …	
Sexuelle Gewalt	**13**
strafrechtlich relevante Formen wie Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sexuelle Nötigung unter Anwendung von körperlichem Zwang oder Drohungen	
Körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides	**40**
Sexuelle Belästigung	**58**
sexuelles Bedrängen durch Bemerkungen, Berührungen, Gesten auf der Straße oder an öffentlichen Orten, am Arbeitsplatz, in Ausbildung oder Studium, im Freundes-, Bekannten- oder Familienkreis	
Psychische Gewalt	**42**
Gefühle der Verletzung oder Belastung durch wiederholte Abwertung des Aussehens, der Art sich zu kleiden, der persönlichen Denk-, Handlungs- und Arbeitsweise; regelmäßige Demütigungen, Beschimpfungen, Anschreien, Erniedrigungen, Lächerlichmachen, Einschüchterung, Psychoterror	
Körperliche oder sexuelle Gewalt durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner/innen	**25**

Quelle: BMFSFJ, 2004

Ein Vergleich der Ergebnisse aus Deutschland mit den Ergebnissen anderer europäischer Studien weist den Deutschen Gewalt-Prävalenzen einen mittleren bis oberen Rangplatz zu. Der Vergleich ist jedoch nur mit der Einschränkung zu interpretieren, dass unterschiedliche Erhebungsmethoden und inhaltliche Schwerpunkte behandelt worden sind. Die Prävanlenzraten für körperliche Gewalt liegen im europäischen Vergleich zwischen 14 und dreißig Prozent, damit ist der Wert für deutsche Frauen mit 37 Prozent als hoch zu

bezeichnen. Für sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben sind die Prävalenzraten in verschiedenen europäischen Studien je nach Definition der sexuellen Gewalt breit gestreut und liegen zwischen fünf und 34 Prozent (BMFSFJ, 2004).

Tabelle 4-3. Häufigkeit von Gewalt gegen Frauen in verschieden europäischen Untersuchungen

Angaben in Prozent		**Gewaltprävalenz unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext**			**Gewalt in aktuellen Paarbeziehungen**		
Land	Jahr	KÖ	SEX	KÖ+SEX	KÖ	SEX	KÖ+SEX
DEUTSCHLAND	2004	37	13	40	23	7	25
Niederlande	1986	-	-	-	26	7	-
Irland	1996	25	5	-	-	-	14
Portugal	1995	14	25	-	14	1	18
UK Crime Survey	1996	-	-	-	23	2	-
UK Crime Survey	2004	-	17	-	21		
Finnland	1997	30	29	40	20	6	32
Schweiz	1997	-	-	-	13	12	21
Irland	1996	-	-	-	-	4	10
Belgien	1998	-	-	-	-	17	-
Frankreich	2003	17	5	-	-	-	-
Schweden	2001	25	5	46	7	3	11
Dänemark	1991	19	-	-	-	-	13

KÖ=körperliche Gewalt; SEX=sexuelle Gewalt; KÖ+SEX=körperliche und/oder sexuelle Gewalt; Quelle: BMFSJF 2004; S.40

4.4 Amtliche Statistiken zur Gewalt gegen Frauen

Obwohl in der österreichischen Kriminalstatistik nur jene Fälle von Gewalt gegen Frauen erfasst werden, die zur Anzeige gelangen, sind einige aufschlussreiche Sachverhalte zu erkennen. Von im Jahr 2003 insgesamt rund 50.000 zur Anzeige gelangten Gewaltdelikten betreffen 38 Prozent Frauen als Opfer. Der Frauenanteil bei den Opfern von Vergewaltigung beträgt 95 Prozent. Die Opfer sexuellen Missbrauchs von Minderjährigen sind zu zwei Drittel weiblich, jene schweren sexuellen Missbrauchs zu drei Viertel. Rund zwei Drittel der angezeigten Fälle von schwerer Nötigung betreffen Frauen, bei dem Delikt der gefährlichen Drohung ist etwa die Hälfte der Betroffenen Frauen. Gering ist der Frauenanteil bei Körperverletzungen, dem am häufigsten zur Anzeige gelangenden Delikt (drei Viertel aller Verbrechen): rund ein Drittel der Opfer sind Frauen (Tabelle 4-4).

Eine Aufschlüsselung der Kriminalstatistik 2003 nach drei Typen der **Täter-Opfer-Beziehung** – familiäre Beziehung, Bekanntschaftsverhältnis und Fremde – bestätigt das Bild, dass Gewalt gegen Frauen zum überwiegenden Teil in der Familie passiert: bei zwischen 80 und 85 Prozent der angezeigten Fälle von Vergewaltigung oder sexuellem Missbrauch stammt der Täter aus dem familiären Umfeld oder dem Bekanntenkreis. In den Fällen von Nötigung oder Körperverletzung sind etwas mehr als die Hälfte der Täter Personen aus dem näheren persönlichen Umfeld (Tabelle 4-5).

Tabelle 4-4. Opfer von Gewalt (laut Kriminalstatistik) nach Geschlecht und Altersgruppen (2003)

		bis 5	6 bis 10	11 bis 14	15 bis 18	19 bis 21	22 bis 25	26 bis 40	41 bis 65	über 65	Summe	Frauen-anteil %
Mord	m	3	1		3	6	6	29	33	4	85	
	w	2	2	1	-	1	6	21	25	5	63	43
Körperverletzung (KVL)	m	73	237	1.109	3.296	3.674	3.350	6.596	4.086	382	22.803	
	w	44	104	384	1.187	1.129	1.253	3.977	2.969	300	11.347	33
schwere KVL	m	2	10	34	326	390	387	1.070	627	24	2.870	
	w	6	2	17	51	49	68	194	159	26	572	17
Nötigung	m	1	2	37	91	91	73	234	247	25	801	
	w	1	7	44	68	82	91	243	183	24	743	48
schwere Nötigung	m	1	5	11	38	27	43	130	86	8	349	
	w	1	1	21	41	50	76	227	115	12	544	61
gefährliche Drohung	m	-	7	73	308	278	397	1.318	1.304	134	3.819	
	w	3	16	76	279	298	451	1.649	1.349	133	4.254	53
Vergewaltigung	m	-	-	-	12	8	4	7	1	-	32	
	w	-	-	-	146	101	77	179	72	7	582	95
schwerer SMU	m	6	21	39	-	-	-	-	-	-	66	
	w	16	56	146	-	-	-	-	-	-	218	77
SMU	m	16	43	87	-	-	-	-	-	-	146	
	w	27	91	182	-	-	-	-	-	-	300	67
Gesamt	m	102	326	1.390	4.074	4.474	4.260	9.384	6.384	577	30.971	
	w	100	279	871	1.772	1.710	2.022	6.490	4.872	507	18.623	
		202	605	2.261	5.846	6.184	6.282	15.874	11.256	1.084	49.594	
Frauenanteil		50	46	39	30	28	32	41	43	47	38	

*SMU = sexueller Missbrauch von Unmündigen; Quelle: Bundeskriminalamt; Büro 4.5 Kriminalprävention und Opferhilfe, August 2004

Tabelle 4-5. Täter-Opfer-Beziehung (laut Kriminalstatistik) nach Art der Beziehung (2003)

			Familiäre Beziehung mit / ohne Hausgemeinschaft		Bekanntschaftsverhältnis	Fremde
§	Delikt	Anzahl	mit *Prozent*	ohne *Prozent*	*Prozent*	*Prozent*
75	Mord	144	*26*	*13*	*29*	*32*
83	Körperverletzung (KVL)	28.437	*18*	*6*	*28*	*48*
84	schwere KVL	2.766	*9*	*3*	*22*	*67*
105	Nötigung	1.436	*13*	*7*	*37*	*43*
106	schwere Nötigung	836	*27*	*12*	*33*	*28*
107	gefährliche Drohung	7.589	*20*	*13*	*37*	*30*
201	Vergewaltigung	490	*20*	*4*	*42*	*14*
206	schwerer SMU*	273	*24*	*12*	*47*	*17*
207	SMU	368	*20*	*16*	*43*	*21*

*SMU = sexueller Missbrauch von Unmündigen; Quelle: Bundeskriminalamt; Büro 4.5 Kriminalprävention und Opferhilfe, August 2004

4.5 Frauenhäuser in Österreich

Eine der nachhaltigsten Konsequenzen der gesellschaftlichen Thematisierung der Gewalt gegen Frauen war die Gründung von Frauenhäusern, die den Betroffenen eine sichere Wohnmöglichkeit und psychosoziale Unterstützung anbieten. Das weltweit erste Frauenhaus wurde 1972 in London eröffnet, derzeit gibt es in Europa rund 1.000 Frauenhäuser. In Österreich wurde das erste Frauenhaus 1978 in Wien eröffnet, weitere folgten sowohl in Wien als auch in den Bundesländern. Im Jahr 1988 wurde der Verein *Autonome Österreichische Frauenhäuser* gegründet, mit dem derzeit 22 Frauenhäuser, Frauennotwohnungen und spezialisierte Beratungsstellen assoziiert sind (http://www.aoef.at; AOEF, 1997).

Im Jahr 2003 fanden 2.600 Personen, rund die Hälfte davon Kinder, in den österreichischen Frauenhäusern an 135.000 Aufenthaltstagen Schutz und Unterkunft. Zusätzlich boten die Frauenhäuser 8.000 telefonische und 2.000 persönliche ambulante Beratungen für Frauen, die nicht im Frauenhaus wohnten. Zwei Drittel der Frauen, die Frauenhäuser aufsuchten, waren verheiratet, zwanzig Prozent unverheiratet, fünfzehn Prozent geschieden. Jeweils rund ein Drittel der Frauen war zwischen zwanzig und dreißig bzw. zwischen dreißig und vierzig Jahre alt, etwa zehn Prozent waren unter zwanzig Jahre, zwanzig Prozent über vierzig Jahre alt. Nur ein Drittel der Frauen war erwerbstätig, rund ein Viertel arbeitslos, zwanzig Prozent Hausfrauen. Etwa die Hälfte der Frauen hatten Migrationshintergrund: rund zwanzig Prozent aller 1.300 Frauen, die im Jahr 2003 Frauenhäuser aufgesucht haben kamen aus Serbien, Bosnien, Kroatien, Slowenien oder Mazedonien; zwölf Prozent aus den anderen osteuropäischen Staaten; zehn Prozent aus der Türkei; zehn Prozent aus anderen Ländern und schließlich 48 Prozent aus Österreich. Ein Drittel der Frauen verließ das Frauenhaus innerhalb einer Woche wieder, etwa zwanzig Prozent blieb zwischen sechs Monaten und einem Jahr. Ein Viertel der Frauen kehrte nach Verlassen des Frauenhauses zum Misshandelnden zurück, ein Drittel entschied sich für eine eigenständige neue Wohnsituation, rund zwanzig Prozent fanden eine Überganslösung (andere Institution, Familienangehörige, Bekannte). Ein großer Teil der Frauen, etwa achtzig Prozent, waren zum ersten Mal im Frauenhaus, dreizehn Prozent bereits zum zweiten und sieben Prozent zum dritten Mal (vgl. dazu Abbildung 4-1.).

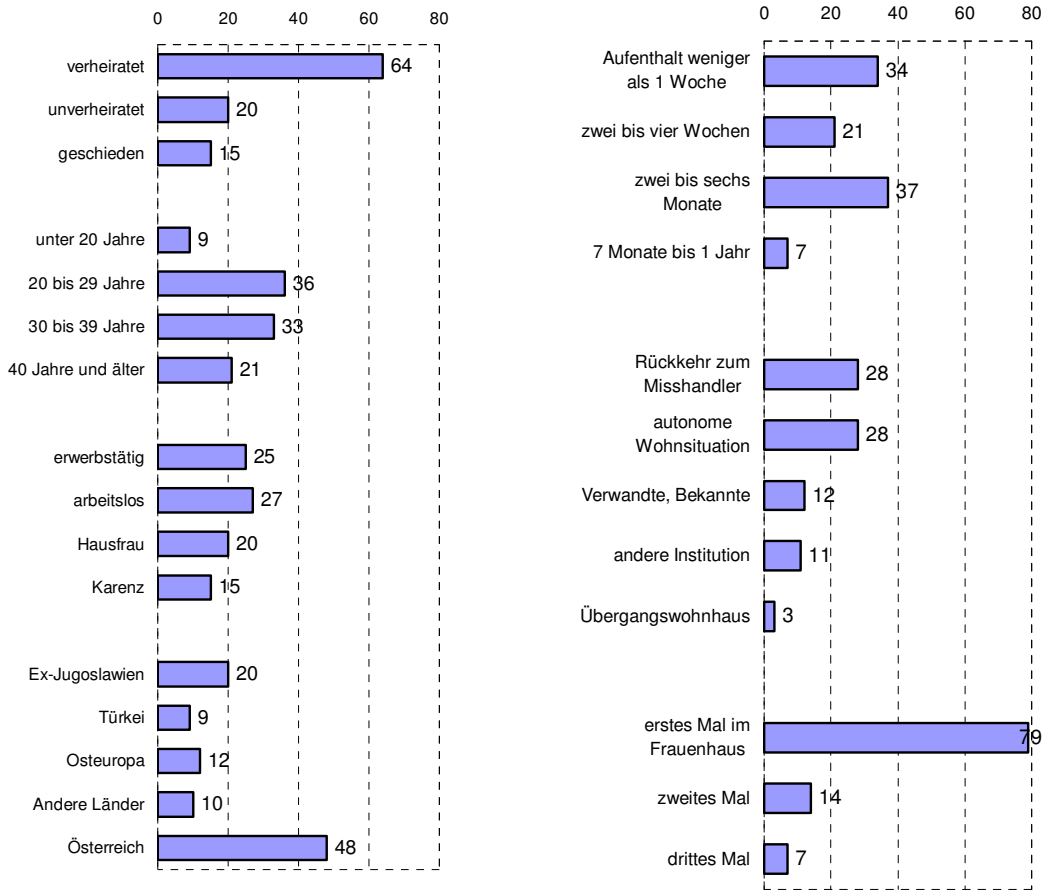
Der Verein *Autonome Österreichische Frauenhäuser* hat ein **10-Punkte-Programm gegen Gewalt an Frauen und Kindern** erstellt, in denen die Bedürfnisse von Frauen und Kindern mit Gewalterfahrungen adressiert werden (http://www.aoef.at):

1. Umsetzung der internationalen Vereinbarungen zur Bekämpfung von Gewalt an Frauen in Österreich durch die zuständigen politischen Instanzen
2. das Recht jeder Frau, die Gewalt erfährt, auf einen sicheren Platz in einem Frauenhaus in ihrer Region
3. gesetzliche Verpflichtung zur Schaffung von Frauenhäusern in allen Bundesländern mit ausreichender und gesicherter Finanzierung

4. Bereitstellungen eines flächendeckenden Angebots an Frauenberatungsstellen für misshandelte Frauen; mindestens einen 24-Stunden-Notruf in jedem Bundesland; spezielle Unterstützung von Frauen mit Behinderung; mindestens eine Frauenberatungsstelle pro Bundesland für Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen, sowie für Opfer von Frauenhandel und Sextourismus
5. Überlassung von öffentlich geförderten Wohnungen an Frauen und Kinder, die nicht in ihrer Wohnung bzw. ihrem Haus bleiben können
6. Gewährleistung des Rechts auf Arbeit und Existenzsicherung durch effektive Maßnahmen und Programme gegen Arbeitslosigkeit und zur Förderung der Aus- und Weiterbildung von Frauen
7. Bewusstseinsbildung und Prävention durch Verpflichtung von Behörden und Bildungseinrichtungen, das Thema Gewalt als fixen Bestandteil ihres Programms zu verankern und gemeinsame öffentliche Kampagnen durchzuführen
8. Vermehrte Beachtung der Gesetze zu Bekämpfung von Gewalt durch Gerichte, Staatsanwaltschaften und Exekutive und Unterstützung der Opfer durch weiteren Ausbau der Interventionsstellen
9. Weiterer Ausbau der Opferrechte und Verbesserung der gerichtlichen Verfahren.
10. Gleichstellung von Frauen und Männern: Die Beseitigung jeder Diskriminierung von Frauen ist langfristig die Voraussetzung für die Verhinderung von Gewalt

Die Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser fordern die Bereitstellung einer Sicherheitsmilliarde für wirkungsvolle Maßnahmen zur Beseitigung von Gewalt an Frauen und Kindern auf allen Ebenen.

Abbildung 4-1. Klientinnen österreichischer Frauenhäuser (1.335 Frauen) nach demografischen Merkmalen (2003)



Quelle: Kronberger und Spannring (2004)

4.6 Plattform gegen Gewalt in der Familie

Die Plattform gegen die Gewalt in der Familie wurde im Jahr 1993 gegründet (Wimmer-Puchinger, 1994). Derzeit sind 31 Hilfseinrichtungen aus den Bereichen Gewalt gegen Kinder, Gewalt gegen Frauen, Gewalt an/unter Jugendlichen, Gewalt gegen ältere Menschen und geschlechtsspezifische Burschen- und Männerarbeit zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, das vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen gefördert wird. Ziele der Plattform sind laut Eigendefinition: „ … die Sensibilisierung möglichst vieler Berufsgruppen und einer möglichst breiten Öffentlichkeit für Gewalt und ihre unterschiedlichen Erscheinungsformen bis hin zur strukturellen Gewalt, die Erarbeitung und Erprobung effizienter Modelle der Prävention und Intervention sowie Österreichweite Vernetzung mit Einrichtungen, Expert/innen und Multiplikator/innen, die im Bereich Opferschutz, Täterarbeit, Betreuung, Beratung und Information über Gewalt tätig sind oder die in ihrem (Arbeits-)Umfeld mit Gewalt konfrontiert sind." (www.plattform-gegen-die-gewalt.at).

4.7 Österreichisches Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in Familien

Ein Beitrag von Dr^in^ Anna Lasser, BMGF, Abteilung II/4

Jeder Frau kann (männliche) Gewalt widerfahren; sie betrifft Frauen aller Altersstufen, aller Schichten und Kulturen – und Frauen in den verschiedensten Lebensumständen und Situationen: in der familiären Beziehung, am Arbeitsplatz, unter „Freunden", im Urlaub, ... Am häufigsten erleben Frauen Gewalt in ihrer Familie, neunzig Prozent aller Gewalttaten werden nach Schätzungen der Polizei in der Familie und im sozialen Nahraum ausgeübt. Die Dunkelziffer bei familiärer Gewalt ist sehr hoch, Forschungsergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass jede fünfte Frau Gewalt in einer Beziehung erlebt.

Mit dem am 1. Mai 1997 in Kraft getretenen Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie (Gewaltschutzgesetz) wurden die rechtlichen Voraussetzungen für einen raschen und effizienten Schutz der Opfer vor Gewalt in der häuslichen Sphäre im Sicherheitspolizeigesetz und in der Exekutionsordnung erheblich verbessert und mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2000 bzw. 1. Jänner 2004 noch weiter ausgebaut.

Dieses Gesetz ermächtigt die Polizei, einen (potentiellen) Gewalttäter aus der Wohnung weg zu weisen und mit einem Betretungsverbot zu belegen, wenn aufgrund bestimmter Tatsachen anzunehmen ist, dass ein gefährlicher Angriff auf Leben, Gesundheit oder Freiheit bevorsteht (z.B. weil es in der Vergangenheit schon zu Misshandlungen gekommen ist). Ziel dieser Maßnahmen ist der sofortige und wirksame Schutz des Opfers in der Akutsituation. Das Betretungsverbot gilt zehn Tage, diese Frist soll dem Opfer Zeit geben, die nächsten Schritte (mit umfassender Unterstützung durch die Interventionsstelle) ohne Druck zu planen. Wird innerhalb dieser Zehn-Tages-Frist ein Antrag auf Erlassung einer Einstweiligen Verfügung beim zuständigen Bezirksgericht gestellt, kann das polizeiliche Betretungsverbot auf maximal zwanzig Tage ausgedehnt werden. In diesem Zeitraum soll das Gericht über den Antrag entschieden haben, sodass der durch das Betretungsverbot gegebene Schutz nahtlos verlängert wird. Das Gericht kann den Gefährdende nicht nur aus der Wohnung ausweisen, sondern ihm auch das Zusammentreffen mit dem Opfer an bestimmten Orten, wie dem Arbeitsplatz, der Schule oder dem Kindergarten, untersagen. Die Einstweilige Verfügung bietet Schutz für maximal drei Monate, wird aber innerhalb dieser Frist ein Hauptverfahren, z.B. ein Scheidungsverfahren, eingeleitet, kann die Einstweilige Verfügung bis zum Abschluss dieses Verfahrens wirken.

Interventionsstellen gegen Gewalt in der Familie in allen Bundesländern

Als Begleitmaßnahme zur Umsetzung des Gewaltschutzgesetzes wurden in allen Bundesländern Österreichs Interventionsstellen gegen Gewalt in der Familie eingerichtet. Diese Opferschutzeinrichtungen fungieren als Drehscheibe zwischen allen involvierten Institutionen (z.B. Sicherheitsbehörden, Gerichte, Jugendwohlfahrtsbehörden, Frauenhäuser). Ihre zentrale Aufgabe ist der Schutz der Opfer und die Erhöhung ihrer Sicherheit. Die

Interventionsstellen verfolgen einen pro-aktiven Ansatz: Die Polizei ist gesetzlich ermächtigt, an die Interventionsstellen Informationen über Wegweisungen/Betretungsverbote weiter zu leiten. Diese nehmen darauf hin aktiv Kontakt mit den Opfern auf und bieten sowohl rechtliche als auch psychosoziale Hilfe und Unterstützung an. Das Angebot der Interventionsstellen reicht vom Erstellen eines individuellen Sicherheitsplanes, Krisenintervention, kostenloser Rechtsberatung und Unterstützung beim Erstellen von Anträgen und Klagen, Begleitung zu Gericht, sozialarbeiterischer Hilfestellung bis zu einer allfällig gewünschten Vermittlung einer Therapie oder rechtsanwaltlichen Vertretung im Bedarfsfall. [siehe auch http://www.interventionsstelle-wien.at]

Statistiken zur Häufigkeit von Wegweisungen und Betretungsverboten

Seit Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes im Jahr 1997 ist die Anzahl der Wegeweisungen und Betretungsverbote kontinuierlich von rund 2.700 im Jahr 1998 auf 4.200 im Jahr 2003 gestiegen, was ein deutlicher Hinweis darauf ist, dass die neuen gesetzlichen Möglichkeiten zunehmend in Anspruch genommen werden. In rund einem Drittel der Fälle beantragen die Betroffenen nach der Wegeweisung eine einstweilige Schutzverfügung, genaue Zahlen dazu liegen nicht vor (Logar, 2003). Rund zwölf Prozent der Gewalttäter halten sich nicht an die Wegeweisung, was eine Verwaltungsstrafe zur Folge hat. Die Anzahl der Verwaltungsstrafen wegen Übertretung unterscheidet sich deutlich zwischen den Bundesländern: In Niederösterreich war bei 27 Prozent, in Wien bei 22 Prozent, in Salzburg und Vorarlberg hingegen bei weniger als zehn Prozent aller Wegeweisungen eine Verwaltungsstrafe erforderlich, wobei zu bemerken ist, dass im Jahr 2003 insgesamt sechzig Prozent aller Verwaltungsstrafen in Wien verhängt worden sind (www.interventionsstelle-wien.at).

Tabelle 4-6. Wegweisungsstatistik für Österreich gesamt (1997-2003) und nach Bundesländern (2003)

	Wegweisungen/ Betretungsverbot nach §38a SPG	davon Verwaltungsstrafen wegen Übertretung		davon Aufhebungen innerhalb von 10 Tagen		weitere Einsätze bei Gewalt in der der Familie
Jahr	Gesamt	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
1997	1. 449	138	10	106	7	-
1998	2. 673	252	9	123	5	-
1999	3. 076	301	10	-		-
2000	3. 354	430	13	-		7. 638
2001	3. 283	508	15	105	3	7. 517
2002	3. 944	475	12	109	3	7. 391
2003	4. 174	633	15	124	3	6. 552
Gesamt	**21. 953**	**2.737**	**12**	**-**	**-**	**-**
2003						
Bundesland	Gesamt	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Burgenland	85	9	11	5	6	154
Wien	1.702	376	22	21	1	1.303
NÖ	426	34	27	25	6	969
OÖ	428	50	12	17	4	1.290
Steiermark	661	77	12	27	4	937
Kärnten	179	24	13	10	6	534
Salzburg	296	25	8	2	1	299
Tirol	215	22	10	12	6	621
Vorarlberg	182	16	9	5	3	445
Gesamt	**4.174**	**633**	**15**	**124**	**3**	**6.552**

Quelle: www.interventionsstelle-wien.at; Zahlen des Bundesministeriums für Inneres 1.5.1997–31.12.2003; Zusammenstellung: Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie

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

Das nachfolgende Kapitel zielt darauf ab, unterschiedliche Formen von Barrieren für Frauen im Zugang zum Gesundheitssystem zu verdeutlichen. Solche Barrieren können Armut und soziale Benachteilung sein, wie sie etwa Alleinerzieherinnen erfahren: die Hälfte der Alleinerzieherinnen ist von Armut bedroht – dies hat langfristig Auswirkungen auf die Gesundheit. Sprachliche und kulturelle Barrieren können aber auch den Zugang zur Gesundheitsversorgung verstellen.

5.1 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). Mit der wissenschaftlichen Analyse der Folgen sozialer Ungleichheiten auf die Gesundheit beschäftigt sich die Sozialepidemiologie bereits seit vielen Jahrzehnten. Ein zentrales Thema der Sozialepidemiologie sind die Unterschied im Gesundheitszustand zwischen Männern und Frauen und zwischen der oberen und der unteren Einkommensgruppe. Man spricht bei Ungleichheiten aufgrund von Geschlecht, Alter, Nationalität oder Familienstand auch von *horizontaler sozialer Ungleichheit*; Unterschiede aufgrund des sozioökonomischen Status, definiert durch Bildung, Einkommen und beruflichen Status, nennt man auch *vertikale soziale Ungleichheiten*. Aus der Trennung in horizontale und vertikale soziale Ungleichheiten folgt eine Trennung in horizontale und vertikale gesundheitliche Ungleichheiten; z.B. Unterschiede in der Mortalität zwischen verschiedenen Einkommensgruppen (vertikal) und zwischen den Geschlechtern (horizontal). Es ist durch die Ergebnisse sozialepidemiologischer Forschung vielfach belegt, dass ein niederer sozioökonomischer Status mit erhöhter Mortalität und Morbidität einhergeht. Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen hoher und niederer sozialer Schicht betragen bei Männern rund drei Jahre, bei Frauen vier Jahre. Auch Herzinfarkt, psychische Erkrankungen schlechter subjektiver Gesundheitszustand finden sich vermehrt in den unteren sozialen Schichten (Mielck, 2002).

5.1.1 Frauen, Armutsgefährdung und akute Armut

In Österreich sind 880.000 Personen von **Armut gefährdet**, das sind zwölf Prozent der Gesamtbevölkerung. 310.000 Personen bzw. vier Prozent aller Österreicher/innen leben in **akuter Armut** (ECHP - Europäischen Haushaltspanels 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 **demografische Merkmale** bestimmen, die das Armutsrisiko beeinflussen. Die Armutsrate ist bei Alleinerzieher/innen ohne Erwerbseinkommen am höchsten: fünfzig Prozent sind betroffen. Bei Personen über sechzig Jahren beträgt die Armutsrate 17 Prozent, bei Migrant/innen 22 Prozent, bei Einpersonenhaushalten von Pensionist/innen 28 Prozent. Ebenso sind sozioökonomische und arbeitsmarktsbezogene Merkmale für das Armutsrisiko bestimmend: Für Pflichtschulabsolvent/innen liegt die Armutsrate bei 16 Prozent vs. sechs Prozent bei Hochschulabsolvent/innen. 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).

Tabelle 5-1. Armutsraten für unterschiedliche soziale Gruppen (2002)

Soziale Gruppe	Armutsrate in Prozent
Männer	9
Frauen	15
Pflichtschulabsolvent/innen	16
Personen über 60 Jahre	17
Arbeitslose gesamt	17
Menschen mit Behinderung	22
Migrant/innen / Nicht EU-Bürger/innen	22
Einpersonenhaushalte mit Pension	28
Langzeitarbeitslose	31
Alleinerzieher/innen ohne Erwerbseinkommen	50

Quelle: BMSG 2002; S.191-192

Armutsgefährdung wird gemäß der EUROSTAT-Definition ausschließlich über das Einkommen definiert: Personen, deren gewichtetes Pro-Kopf-Haushaltseinkommen unter dem Schwellenwert von sechzig Prozent des Medianwertes des österreichischen Pro-Kopf-Einkommens liegt, gelten als armutsgefährdet. Dieser Wert beträgt derzeit rund 780 Euro monatlich für einen Einpersonenhaushalt.

Von **akuter Armut** spricht man, wenn zu den schlechten finanziellen Verhältnissen Einschränkungen zur Abdeckung grundlegender Lebensbedürfnisse kommen, wie z.B. Bewohnen einer Substandardwohnung; Rückstände bei der Bezahlung von Mieten und Krediten; Probleme beim Beheizen der Wohnung; Unmöglichkeit, abgenutzte Kleidung durch neue Kleider zu ersetzen; Unmöglichkeit, zumindest einmal im Monat nach Hause zum Essen einzuladen.

5.1.2 Aktivitäten zur Bekämpfung von Armut und sozialer Exklusion in Europa

Mehr als sechzig Millionen Menschen in Europa sind von Armut bedroht, das sind 15 Prozent der EU-Bevölkerung, etwa die Hälfte davon ist von anhaltender Armut betroffen. Bei Kindern und Jugendlichen, älteren Menschen, Arbeitslosen und Alleinerzieher/innen ist das Armutsrisiko besonders hoch. Hinsichtlich der relativen Armutsquote - der Menschen mit einem Einkommen von weniger als sechzig Prozent des mittleren nationalen Einkommens - bestehen zwischen den Mitgliedstaaten beträchtliche Unterschiede, die Werte reichen von zehn Prozent in Dänemark bis zu zwanzig Prozent in Portugal; Österreich liegt mit zwölf Prozent unter dem EU-Schnitt von 15 Prozent.

Tabelle 5-2. Armutsrisiko in den EU-15-Ländern (1995-2001)

Angaben in Prozent	Jahr	Total	Alter von 0 bis 15 Jahre	Frauen	Männer	Gesamt
Österreich	1995	13	16	15	11	13
	1997	13	15	14	11	13
	1999	12	14	14	9	12
	2001	12	13	15	9	12
EU15*	1995	17	21	18	15	17
	1997	16	19	16	14	15
	1999	15	19	16	13	15
	2001	15	19	16	13	15

*Der EU-15-Durchschnitt ist der gewichtete Mittelwert aus den verfügbaren nationalen Daten. Quelle: Eurostat, ECHP UDB version November 2003

Armutsprogramme der EU seit 1975

Das im Jahr 2000 gestartete aktuelle Aktionsprogramm der Europäischen Kommission, Abteilung für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten, zur Bekämpfung von Armut und sozialer Exklusion ist bereits das vierte *Armutsprogramm* der EU seit Mitte der siebziger Jahre[42]. In diesen Programmen wurde zunächst eine Arbeitsdefinition des Begriffs *Armut* erarbeitet und in weiterer Folge eine Bestandsaufnahme gemacht und Strategien zur Armutsbekämpfung festgelegt. In diesem Zusammenhang trat der mehrdimensionale Charakter von Armut in den Vordergrund, was zu einer Erweiterung des Armutsbegriffs und zum Konzept der *sozialen Exklusion* führte.

Erarbeitung nationaler Aktionspläne – die Österreichischen Berichte

Der Europäische Rat in Nizza hat im Dezember 2000 die Erarbeitung von **nationalen Aktionsplänen gegen Armut und soziale Ausgrenzung (NAP inclusion)** beschlossen. Der österreichische Aktionsplan ist unter der Federführung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und unter Einbeziehung der Bundesministerien, Bundesländer, Sozialpartner, des Städte- und Gemeindebunds, von NGOs und Wissenschafter/innen erarbeitet worden und wurde im Mai 2001 vom Ministerrat verabschiedet (BMSG 2001).

Im NAP inclusion werden für Österreich **12 Ziele** bei der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung festgeschrieben: (1) Reduktion der Anzahl der Personen ohne bzw. nur mit Pflichtschulabschluss; (2) Anhebung der Mindestlöhne, -gehälter; (3) Schaffung von Arbeitsplätzen, Abbau von Arbeitslosigkeit, v. a. Langzeitarbeitslosigkeit (NAP für Beschäftigung); (4) Kinderbetreuungsgeld und bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf; (5) Stärkung des Aktivierungscharakters der Sozialleistungen und deren Verknüpfung mit Maßnahmen zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit; (6) Zusätzliche Mittel für beschäftigungspolitische und begleitende Maßnahmen für Behinderte; (7) Ermöglichung des Zugangs zum Arbeitsmarkt für alle arbeitswilligen Ausländer/innen, die sich legal und

[42] http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/joint_rep_de.htm

langjährig in Österreich aufhalten und Erleichterung des Zugangs zu Sozialwohnungen; (8) Entwicklung eines Konzepts zur eigenständigen Alterssicherung von Frauen (9) Programme für Personen mit einem kumulierten Armutsrisiko; (10) Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen, leistbaren Wohnungen, Kommunikationsdiensten und Justiz als wesentliche Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe; (11) Erleichterung des Zugangs zu Leistungsangeboten durch höhere Transparenz, bessere Vernetzung, stärke Ausrichtung der Sozialsysteme auf ein ganzheitliches, bürgerfreundliches Service und forcierter Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnologien; (12) Optimierung und Ausbau bisheriger Partizipationsansätze.

Als **Akteure im Österreichischen NAP-Beirat** werden die Sozialpartner, der Seniorenrat, der Dachverband der Behindertenorganisationen, die Bundesjugendvertretung und die Sozialversicherung genannt (BMSG 2001).

Die acht größten Herausforderungen in der Armutsbekämpfung

Der Bericht bestimmt folgende acht große Herausforderungen in der Bekämpfung von Armut, einer der Punkte ist *gleicher Zugang zum Gesundheitswesen*: Schaffung eines integrativen Arbeitsmarkts und Förderung der Beschäftigung als Recht und Möglichkeit für alle Bürger; ausreichendes Einkommen und ausreichende Ressourcen für einen angemessenen Lebensstandard; Beseitigung von Benachteiligungen auf der Ebene der Bildung; Erhalt der Solidarität innerhalb der Familien und Schutz der Rechte von Kindern; gute Wohnmöglichkeiten für alle; gleicher Zugang zu und Investition in hochwertige(n) öffentliche(n) Dienste(n) (Gesundheit, Verkehr, Sozialwesen, Pflege, Kultur, Freizeiteinrichtungen, Rechtsdienste); Verbesserung von Dienstleistungen; Sanierung mehrfach benachteiligter Gebiete.

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 für sie ein extrem hohes Armutsrisiko besteht – etwa fünfzig Prozent der Alleinerzieher/innen sind armutsgefährdet – und die dadurch in weiterer Folge auch in ihrer Gesundheit gefährdet ist.

Im Nationalen Aktionsplan gegen Armut und soziale Ausgrenzung (NAP inclusion) wird als Maßnahme zur Bekämpfung der Armutsgefährdung von Alleinerzieher/innen das Unterhaltsvorschussgesetz angeführt. Dieses besagt, dass für den Fall, dass eine Unterhaltszahlung zugunsten von Minderjährigen uneinbringlich sei, die Möglichkeit eines staatlichen Unterhaltsvorschusses besteht, bis die gerichtliche Rückforderung der bevorschussten Beträge von den säumigen Unterhaltsschuldner/innen eingeholt ist, was aber nur in etwa der Hälfte aller Rückforderungen erfolgreich ist. Im Jahr 2001 wurden 38.700 Fälle mit insgesamt 84 Millionen Euro und 2002 41.500 Fälle mit insgesamt 99 Millionen Euro vom österreichischen Staat bevorschusst (BMSG, 2003).

5.2.1 Soziale Lage und Gesundheit von Alleinerzieherinnen

Wie sehr die soziale Lage die Lebenszufriedenheit von Alleinerzieherinnen beeinträchtigt, verdeutlicht eine Befragung von Alleinerzieherinnen in Wien. Zu beobachten war eine vermehrte Beeinträchtigung der Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von Berufstätigkeit und sozialer Situation: 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).

Tabelle 5-3. Unzufriedenheit von Alleinerzieherinnen in Wien mit verschiedenen Lebensbereichen und der Berufstätigkeit (2001)

N=477 Alleinerzieherinnen; Zahlen in Prozent	Berufstätig	Nicht berufstätig	Gesamt
Allgemeine Unzufriedenheit	50	57	52
Finanzielle Situation	57	79	65
Außenunterstützung	66	64	65
Vereinbarkeit von Beruf und Kindererziehung	51	87	63
Freizeit	60	46	54
Ausnahmebetreuung des/der Kindes/er	50	56	53
Familienleben	33	35	34
Fremdbetreuung des/der Kindes/er	45	57	49
Kontakt zu Freund/innen	39	28	33

Quelle: Amesberger et al., 2001; S.78ff.

Aufgrund von Tiefeninterviews mit Alleinerzieherinnen zeigten sich deutliche Zusammenhänge zwischen dem gesundheitlichen Wohlbefinden und der Höhe des verfügbaren Einkommens: Notstands- und Sozialhilfeempfängerinnen nannten deutlich mehr psychische und körperliche Beschwerden als die berufstätigen Alleinerzieherinnen. Als insgesamt schlechter erwies sich auch der Gesundheitszustand von allein erziehenden Müttern von Kindern unter drei Jahren. 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, zielstrebiger, durchsetzungsfähiger, kontaktfreudiger, gelassener, ausgeglichener oder weniger ängstlich als vor der Trennung vom Partner (Amesberger, 2001; S.137ff).

5.2.2 Teilfamilien, Alleinerzieherinnen: Anzahl und Familiengröße

Im Jahr 2002 wurden in Österreich 2.253.900 Familien gezählt, 298.000 davon bzw. 13,2 Prozent sind Teilfamilien, also Familien mit nur einem Elternteil - Mutter oder Vater; 253.000 bzw. 11,2 Prozent aller Familien sind Familien von weiblichen Alleinerziehenden, 1,2 Prozent von männlichen Alleinerziehenden. Die Anzahl der Teilfamilien ist seit Mitte der 1990er Jahren von 287.000 auf 298.000 im Jahr 2002 gestiegen – parallel zu einem Anstieg der Anzahl der Familien insgesamt: Der prozentuale Anteil der allein erziehenden Mütter an allen Familien betrug 1995 ebenso wie 2002 11,2 Prozent (Tabelle 5-4).
Wien hat mit 13,3 Prozent den höchsten Alleinerzieher/innenanteil, Oberösterreich mit 8,9 Prozent den geringsten. Die durchschnittliche Kinderzahl ist bei Alleinerzieher/innen niedriger als bei Familien mit beiden Elternteilen, sie beträgt 1,4 Kinder vs. 1,79 (Tabelle 5-5).

Tabelle 5-4. Haushalte und Familien (1995-2002)

Zahlen in 1.000	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Familien gesamt	2.242	2.246	2.245	2.257	2.269	2.285	2.284	2.253
mit Kindern	1.457	1.460	1.440	1.428	1.427	1.421	1.418	1.414
mit Kindern unter 15 Jahren	865	868	863	855	851	842	836	828
durchschnittliche Kinderzahl	1,72	1,71	1,72	1,72	1,71	1,70	1,71	1,71
Teilfamilien gesamt	287	291	281	276	276	291	298	298
in Prozent aller Familien	*12,8*	*13,0*	*12,5*	*12,2*	*12,2*	*12,7*	*13,0*	*13,2*
mit Kindern unter 15 Jahren	123	130	123	119	121	125	130	130
durchschnittliche Kinderzahl	1,37	1,38	1,40	1,38	1,37	1,37	1,39	1,39
Alleinerziehende Mütter	251	254	244	242	243	253	253	253
in Prozent aller Familien	*11,2*	*11,3*	*10,9*	*10,7*	*10,7*	*11,1*	*11,1*	*11,2*
in Prozent aller Teilfamilien	*87*	*87*	*87*	*88*	*88*	*87*	*85*	*85*
mit Kindern unter 15 Jahren	115	119	112	108	111	116	118	118
durchschnittliche Kinderzahl	1,36	1,37	1,40	1,38	1,37	1,38	1,40	1,40
Alleinerziehende Väter	36	37	37	34	33	37	45	45
in Prozent aller Familien	*1,6*	*1,6*	*1,6*	*1,5*	*1,5*	*1,6*	*2,0*	*1,6*
in Prozent aller Teilfamilien	*13*	*13*	*13*	*12*	*12*	*13*	*15*	*15*
mit Kindern unter 15 Jahren	8	12	11	10	9	9	13	13
durchschnittliche Kinderzahl	1,38	1,45	1,41	1,38	1,40	1,36	1,35	1,35

* bezogen auf Familien mit mindestens einem Kind; Quelle: Statistik Austria (2004);Tab. 100

Tabelle 5-5. Familien mit/ohne Kinder(n) und Alleinerzieher/innen (2002)

Zahlen in 1.000	Gesamt	BGLD	KTN	NÖ	OÖ	SZBG	STMK	Tirol	VBG	Wien
Familien gesamt	2.253,9	81,1	160,4	446,7	383,7	144,4	335,6	188,5	98,2	415,4
ohne Kinder	839,6	28,6	55,5	168,5	137,5	51,1	115,4	60,7	31,0	191,2
mit Kindern	1.125,6	43,1	81,2	224,9	206,3	75,9	174,9	105,3	53,2	160,9
mit Kindern in Prozent	*50*	*53*	*51*	*50*	*54*	*53*	*52*	*56*	*54*	*39*
mit 1 Kind	474,1	19,0	32,1	95,0	77,2	28,6	79,4	42,8	18,9	81,1
mit 1 Kind in Prozent	*42*	*44*	*40*	*42*	*37*	*38*	*45*	*41*	*36*	*50*
Kinder (in 1.000)	2.012,7	73,5	146,3	403,4	387,5	138,1	303,4	192,1	101,2	267,4
Ø Kinderzahl*	1,79	1,71	1,80	1,79	1,88	1,82	1,73	1,82	1,90	1,66
Alleinerzieher/innen	244,7	8,0	19,9	42,1	34,1	14,6	39,2	19,3	12,1	55,4
in Prozent aller Familien	*10,9*	*9,9*	*12,4*	*9,4*	*8,9*	*10,1*	*11,7*	*10,2*	*12,3*	*13,3*
mit 1 Kind	169,1	5,6	14,7	29,6	21,7	9,9	27,5	14,1	7,8	38,1
mit 1 Kind in Prozent	*69*	*70*	*74*	*70*	*64*	*68*	*70*	*73*	*64*	*69*
mit 2 Kindern	59,0	2,0	4,2	9,9	9,3	3,7	9,2	4,3	3,1	13,3
mit 3 Kindern	12,9	0,3	0,6	2,3	2,3	0,8	2,0	0,8	0,9	3,0
mit 4 und mehr Kindern	3,7	0,1	0,4	0,3	0,7	0,1	0,6	0,1	0,3	1,0
Kinder (in 1.000)	342,4	10,9	26,5	57,9	50,2	20,3	54,3	25,6	17,9	78,8
Ø Kinderzahl	1,40	1,37	1,33	1,37	1,47	1,39	1,38	1,33	1,48	1,42

* bezogen auf Familien mit mindestens einem Kind; Quelle: Statistik Austria (2004);Tab. 115

5.2.3 Erwerbsbeteiligung von Alleinerzieherinnen

Der starke soziale Druck auf Alleinerzieherinnen ist unter anderem an den Erwerbsquoten abzulesen, besonders bei Frauen mit Kindern unter 15 Jahren. Während die Erwerbsquoten von Alleinerzieherinnen insgesamt nicht höher sind als die nicht allein erziehender Frauen, liegt die Erwerbsquote von Alleinerzieherinnen mit Kindern unter 15 Jahren mit 88,3 Prozent deutlich über jener von nicht-Alleinerzieherinnen (75,1 Prozent).

Tabelle 5-6. Erwerbsquoten von Alleinerzieherinnen nach Zahl und Alter des/der Kindes/r und nach Bundesländern (2002)

Erwerbsquote in Prozent (Anteil der Erwerbspersonen an der Wohnbevölkerung)	Frauen mit Kindern	Allein-erzieherinnen	Frauen mit Kindern unter 15 Jahren	Allein-Erzieherinnen Kindern unter 15 Jahren
Gesamt	**68,2**	**68,1**	**75,1**	**88,3**
Bundesland				
Burgenland	64,7	54,3	74,5	89,2
Kärnten	64,9	67,8	69,1	88,4
Niederösterreich	70,4	62,1	77,3	86,2
Oberösterreich	70,0	70,2	76,7	90,4
Salzburg	72,9	70,6	78,0	86,4
Steiermark	64,6	66,0	74,4	87,3
Tirol	61,7	61,2	68,7	83,6
Vorarlberg	59,1	61,7	66,7	84,9
Wien	75,5	78,1	78,8	91,0
Zahl der Kinder				
1 Kind	66,9	63,7	81,3	90,1
2 Kinder	71,5	80,0	71,3	86,3
3 Kinder	65,3	75,1	58,8	72,1
4 und mehr Kinder	58,0	55,7	-	-
Alter des jüngsten Kindes				
0 bis 2 Jahre	74,9	87,7	-	-
3 bis 5 Jahre	68,9	86,2	-	-
5 bis 14 Jahre	77,6	89,1	-	-
15 Jahre und mehr	58,0	49,5	-	-

Quelle: Statistik Austria (2004);Tab. 135, 136

5.2.3.1 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 als in der Vergleichsgruppe verheirateter Mütter ist. Mehr als ein Drittel der Alleinerzieherinnen leidet unter Migräne, jeweils ein Viertel unter gynäkologischen Erkrankungen, Allergien und psychischen Erkrankungen. Allein erziehende Mütter sind laut dieser Studie signifikant häufiger als verheiratete Müt-

ter von psychischen Erkrankungen, Nieren- und Lebererkrankungen und chronischer Bronchitis betroffen (Helfferich et al., 2003).

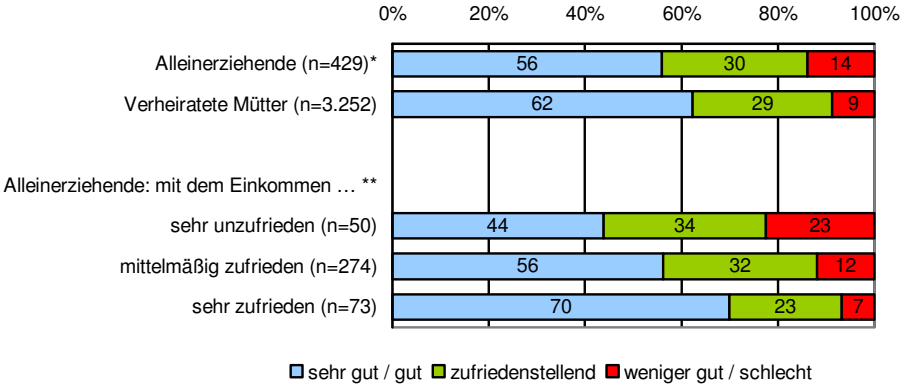
Tabelle 5-7. Lebenszeit-Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Alleinerzieherinnen inDeutschland (1998)

ausgewählte Krankheiten** Zahlen in Prozent	Alleinerziehende Mütter n=89	Verheiratete Mütter n=728
Migräne	36,0	26,3
Erkrankungen der Gebärmutter / Eierstöcke	25,3	17,2
Kontaktallergien	25,0	34,8
psychische Erkrankungen*	24,7	10,9
Nierenbeckenentzündung*	23,6	14,2
Nierensteine, -kolik*	15,7	5,2
Sonstige Allergien	14,9	20,4
Leberentzündung, Hepatitis*	10,2	4,1
chronische Bronchitis*	9,0	3,9

*signifikanter Gruppenunterschied p<0,05; **Es wurden nur Krankheiten ausgewählt, bei denen Gruppenunterschiede größer als fünf Prozent sind; Quelle: Bundes-GesundheitssurveyDeutschland 1998; zitiert nach Helfferich et al., 2003; S.11

Angesichts der 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 sehr gut oder gut. Diese Einschätzung ist jedoch auch 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).

Abbildung 5-1. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes von allein erziehenden und verheirateten Müttern nach Einkommenszufriedenheit inDeutschland (2000)



*signifikanter Gruppenunterschied p < 0.05; **signifikanter Gruppenunterschied p < 0.05 zwischen sehr unzufrieden und sehr zufrieden; Quelle: SOEP – Sozioökonomischer Panel der Bundesrepublik Deutschland, 2000; zitiert nach Helfferich et al., 2003, S.14ff.

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 Migrant/innen 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 Migrant/innen zu Gesundheit, Körper, Befindlichkeit, Sexualität. Meist treffen in der Betreuung von Migrant/innen 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 Migrant/innen oft **Informationsdefizite** hinzu: Umfassende muttersprachliche Informationsmaterialien sind noch immer nicht Standard, insbesondere Informationsmaterialen, 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 Migrant/innen 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: Migrant/innen 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 **Asylant/innen** geht es zusätzlich um Traumatisierung durch Flucht, Gewalt oder Folter.

5.3.1 Demografische Charakteristik 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 ehemaligen Jugoslawien (310.900 Personen aus Serbien, Montenegro, Bosnien, Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Slowenien), diese machen 43,9 Prozent aller Ausländer/innen aus. Zweitgrößte Gruppe sind Personen aus der Türkei (134.000 Personen bzw. 18,6 Prozent aller Ausländer/innen). Die Gruppe von Ausländer/innen aus allen anderen Nationen umfasst etwa 265.600 Personen (37,5 Prozent aller Ausländer/innen), davon sind rund zwei Drittel Europäer/innen, am häufigsten Personen aus Deutschland (rund 72.200 Personen), Polen (21.800 Personen), Rumänien (17.500), Ungarn (12.700). Andere quantitativ ins Gewicht fallende 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.

Tabelle 5-8. Staatsbürgerschaft der österreichischen Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Bundesländern (2002)

	Gesamt	Österreich		Ausland		*Ex-Jugoslawien*		*Türkei*		*Andere*	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamt	8.053.100	7.345.200	91,2	707.900	8,8	*310.900*	*43,9*	*131.400*	*18,6*	*265.600*	*37,5*
Männer	3.901.000	3.532.200	48,1	368.800	52,1	*163.600*	*52,6*	*72.400*	*55,1*	*132.900*	*50,0*
Frauen	4.152.100	3.813.000	51,9	339.100	47,9	*147.300*	*47,4*	*59.100*	*45,0*	*132.700*	*50,0*
Gesamt											
BGLD	277.300	265.300	95,7	11.900	4,3	*3.700*	*31,1*	*1.700*	*14,3*	*6.600*	*55,5*
KTN	558.300	526.000	94,2	32.300	5,8	*18.800*	*58,2*	*1.200*	*3,7*	*12.300*	*38,1*
NÖ	1.550.900	1.457.700	94,0	93.300	6,0	*35.600*	*38,2*	*20.800*	*22,3*	*36.800*	*39,4*
OÖ	1.381.600	1.282.300	92,8	99.300	7,2	*56.500*	*56,9*	*13.100*	*13,2*	*29.800*	*30,0*
SZBG	517.500	456.700	88,3	60.800	11,7	*31.400*	*51,6*	*8.800*	*14,5*	*20.600*	*33,9*
STMK	1.183.300	1.128.300	95,4	55.000	4,6	*22.900*	*41,6*	*8.600*	*15,6*	*23.400*	*42,5*
Tirol	679.700	612.900	90,2	66.800	9,8	*23.300*	*34,9*	*15.600*	*23,4*	*27.900*	*41,8*
VBG	353.700	308.000	87,1	45.700	12,9	*13.000*	*28,4*	*19.500*	*42,7*	*13.200*	*28,9*
Wien	1.550.900	1.308.100	84,3	242.800	15,7	*105.800*	*43,6*	*42.200*	*17,4*	*95.000*	*39,1*
Männer											
BGLD	135.100	129.400	95,8	5.700	4,2	*1.800*	*31,6*	*900*	*15,8*	*3.000*	*52,6*
KTN	269.500	253.700	94,1	15.800	5,9	*9.500*	*60,1*	*400*	*2,5*	*5.800*	*36,7*
NÖ	757.700	708.200	93,5	49.500	6,5	*18.800*	*38,0*	*11.300*	*22,8*	*19.500*	*39,4*
OÖ	675.100	619.400	91,7	55.700	8,3	*32.300*	*58,0*	*7.400*	*13,3*	*16.000*	*28,7*
SZBG	250.100	220.000	88,0	30.100	12,0	*16.000*	*53,2*	*4.200*	*14,0*	*9.900*	*32,9*
STMK	574.600	543.800	94,6	30.800	5,4	*13.000*	*42,2*	*4.800*	*15,6*	*13.000*	*42,2*
Tirol	331.200	296.100	89,4	35.100	10,6	*12.300*	*35,0*	*8.700*	*24,8*	*14.100*	*40,2*
VBG	174.500	150.600	86,3	23.800	13,6	*6.700*	*28,2*	*10.800*	*45,4*	*6.200*	*26,1*
Wien	817.600	611.000	74,7	122.300	15,0	*53.100*	*43,4*	*23.800*	*19,5*	*45.400*	*37,1*
Frauen											
BGLD	142.100	135.900	95,6	6.200	4,4	*1.800*	*29,0*	*800*	*12,9*	*3.600*	*58,1*
KTN	288.700	272.200	94,3	16.500	5,7	*9.300*	*56,4*	*800*	*4,8*	*6.500*	*39,4*
NÖ	793.300	749.500	94,5	43.800	5,5	*16.800*	*38,4*	*9.600*	*21,9*	*17.300*	*39,5*
OÖ	706.500	662.900	93,8	43.700	6,2	*24.200*	*55,4*	*5.700*	*13,0*	*13.800*	*31,6*
SZBG	267.400	236.700	88,5	30.700	11,5	*15.400*	*50,2*	*4.600*	*15,0*	*10.700*	*34,9*
STMK	608.700	584.500	96,0	24.200	4,0	*9.900*	*40,9*	*3.800*	*15,7*	*10.500*	*43,4*
Tirol	348.500	316.800	90,9	31.700	9,1	*11.000*	*34,7*	*6.900*	*21,8*	*13.800*	*43,5*
VBG	179.200	157.400	87,8	21.900	12,2	*6.200*	*28,3*	*8.700*	*39,7*	*6.900*	*31,5*
Wien	817.600	697.100	85,3	120.500	14,7	*52.700*	*43,7*	*18.200*	*15,1*	*49.600*	*41,2*

Quelle: Statistik Austria - Mikrozensus 2002, S.59

Der Frauenanteil ist in allen Gruppen mit ausländischer Staatsangehörigkeit 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 Ausländer/innenanteils ist bekannt: In Wien ist mit einem Anteil von 15,7 Prozent die Anzahl an Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft am höchsten, gefolgt von Vorarlberg (12,9 Prozent), Salzburg (11,7 Prozent) und Tirol (9,8 Prozent). Den niedrigsten Ausländer/innenanteil weist das Burgenland auf (4,3 Prozent).

5.3.2 Altern und Migration

Obwohl der Anteil der Migrant/innen 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 Migrant/innen ableiten, da die Selbsthilfe- und Pflegepotentiale der zwar ausreichend vorhandenen und aktiven informellen Netzwerke von Migrant/innen für die mit der Angehörigenpflege einhergehenden Belastungen als nur begrenzt tragfähig zu beurteilen sind. Alle nicht eingebürgerten Migrant/innen 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 Migrant/innen** 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).

Tabelle 5-9. Staatsbürgerschaft nach Geschlecht und Altersgruppen (2002)

	ÖsterreicherInnen		**AusländerInnen**		**Ex-Jugoslawien**		**Türkei**	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Männer								
unter 15	686.400	17,6	80.000	21,7	39.500	24,2	19.400	26,8
15-44	1.759.200	45,1	200.000	54,2	81.600	49,9	41.100	56,8
45-64	976.400	25,0	76.900	20,8	40.000	24,5	10.900	15,1
65+	**479.200**	**12,3**	**12.000**	**3,3**	**2.400**	**1,5**	**900**	**1,2**
Gesamt	3.901.200	100,0	368.900	100,0	163.500	100,0	72.300	100,0
Frauen								
unter 15	653.600	15,7	76.000	22,4	36.000	24,4	18.600	31,5
15-44	1.719.800	41,4	184.600	54,5	74.800	50,8	31.200	52,8
45-64	1.009.700	24,3	62.200	18,3	30.800	20,9	8.200	13,9
65+	**768.800**	**18,5**	**16.200**	**4,8**	**5.700**	**3,9**	**1.100**	**1,9**
Gesamt	4.151.900	100,0	339.000	100,0	147.300	100,0	59.100	100,0

Quelle: Mikrozensus 2002, S.59ff.

5.3.3 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 zusammen fassend 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 Psychotherapeut/innen pro 100.000 Einwohner/innen zur Verfügung (ÖBIG, 1997). Ältere Menschen und Migrant/innen zählen zu den besonders unterversorgten Gruppen. Psychotherapeutische Versorgung wird vor allem von auf die Betreuung von Migrant/innen 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 Migrant/innen dieselben hohen Qualitätsstandards zumisst wie der einheimischen Bevölkerung.

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

1. Erleichterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscher/innen als zertifizierte Übersetzer/innen und Kulturmediator/innen face-to-face oder als Telefondolmetscher/innen
4. Kooperation der Gesundheitsdienste mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrant/innengruppen, -organisationen und –verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse machen Spezialeinrichtungen notwendig.
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 Multiplikator/innen
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 Migrant/innen im Straf-, Zivil- (Asyl-) und Sozialrecht
11. Aufnahme transkultrueller Psychiatrie / Psychotherapie in die Curricula der Gesundheitsberufe
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von Migrant/innen und deren Behandlung

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

5.3.4 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).

5.3.5 Familiäre Gewalt bei Migrantinnen

Ein Beitrag von Dr^in^ Anna Lasser, BMGF, Abteilung II/4

Migrantinnen sind im Falle von familiär Gewalt in einer besonders verletzlichen Situation, die meist durch eine besondere Abhängigkeit vom Weiterbestand ihrer Ehe gekennzeichnet ist, da sie häufig (noch) keinen eigenständigen Aufenthaltstitel und keinen eigenständigen Zugang zum Arbeitsmarkt haben. **Rechtsberatungen in den Bereichen Aufenthalts- und Ausländerbeschäftigungsrecht** stellen daher einen besonderen Schwerpunkt der Beratung misshandelter Migrantinnen dar. Bei Bedarf ziehen die Interventionsstellen zu den Beratungen Dolmetscherinnen heran, einige Interventionsstellen beschäftigen aber auch muttersprachliche Beraterinnen und können so die bestmöglichen Voraussetzungen für die Unterstützung von Migrantinnen bieten.

Für Migrantinnen, die durch Gewalt, Drohung, Ausnützung ihrer starken Abhängigkeit oder durch Täuschung zur Prostitution in Österreich angehalten werden sowie Migrantinnen, die durch Heiratshandel, Handel in Hausangestelltenverhältnisse oder andere Beschäftigungsverhältnisse nach Österreich gebracht und hier unter Bedingungen krasser Ausbeutung leben müssen, wurde eine spezielle Opferschutzeinrichtung geschaffen: die

Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels (LEFÖ IBF[43]). Diese bietet gehandelten Frauen, die Opfer organisierter Kriminalität oder auch einzelner Täter geworden sind, einen Raum, in dem sie Vertrauen und Unterstützung sowie eine professionelle ganzheitliche Betreuung finden. Das Angebot umfasst psychosoziale, gesundheitliche und rechtliche Beratung und Unterstützung bis hin zur Hilfestellung bei einer allfälligen Integration in Österreich oder Vorbereitung der Rückkehr in die Herkunftsländer. Die Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels berät und unterstützt betroffene Frauen insbesondere auch bei der Erlangung eines Aufenthaltsrechts aus humanitären Gründen sowie einer Beschäftigungsbewilligung und vermittelt kostenlose Rechtsanwält/innen zur Geltendmachung ihrer Rechte in Strafverfahren gegen die Händler. Oberste Priorität hat dabei selbstverständlich die persönliche Sicherheit der betroffenen Frauen. Die Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels betreibt daher auch eine mit Sicherheitsvorkehrungen ausgestattetet Notwohnung an einer geheim gehaltenen Adresse, in der zehn bis zwölf Frauen untergebracht, versorgt und intensiv betreut werden können.

5.3.6 Einbeziehung von hilfs- und schutzbedürftigen Fremden in die soziale Krankenversicherung

In einer Studie des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung zur Erfassung der nicht krankenversicherten Personen in Österreich wurde deutlich, dass bis dahin der Großteil der nicht krankenversicherten Personen in Österreich aufhältige Fremde - also ein vorwiegend junger und männlicher Personenkreis - waren (BMGF, 2004). Um die Unterstützung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde Österreichweit zu vereinheitlichen und Klarheit und Rechtssicherheit für diesen Personenkreis sowie eine angemessene regionale Verteilung im Bundesgebiet zu schaffen, hat das Bundesministerium für Inneres (BMI) mit den Bundesländern eine Grundversorgungsvereinbarung gemäß Art. 15a B-VG abgeschlossen. In dieser Vereinbarung wird die Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber/innen, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Österreich nach Österreichweit einheitlichen Standards geregelt. Zur Erreichung dieses Zieles ist von der Grundversorgung auch die Sicherung der Krankenversorgung im Sinne des ASVG durch die Bezahlung der Krankenversicherungsbeiträge umfasst, wobei das Zahlungsverhältnis zwischen Bund und Ländern 60 zu 40 beträgt. Durch die **Verordnung über die Einbeziehung hilfs- und schutzbedürftiger Fremder in die Krankenversicherung gemäß § 9 ASVG** wird daher der Krankenversicherungsschutz auf diese Personengruppe erweitert. Diese Verordnung ist gleichzeitig mit der Umsetzung der in der Art. 15a-Vereinbarung vorgesehenen Grundversorgung, also mit 1. Mai 2004 in Kraft getreten. Im Hauptausschuss des Nationalrates am 17.3.2004 haben alle vier Parlamentsparteien zugestimmt. Hilfsbedürftig ist, wer den Lebensbedarf für sich und die mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Angehörigen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln beschaffen kann und ihn auch nicht oder nicht ausreichend von anderen Personen oder Einrichtungen erhält. Schützbedürftig sind z.B. Asylwerber/innen, über deren Asylantrag noch nicht rechtskräftig abgesprochen ist; Fremde ohne Aufenthaltsrecht, die aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht abschiebbar sind, auch wenn über deren Asylantrag rechtskräftig negativ abgesprochen wurde; Fremde mit Aufenthaltsrecht nach Asyl- und Fremdenrecht. Der Krankenversicherungsschutz nach dem ASVG beginnt mit dem Tag der Aufnahme in die Grundversorgung und endet mit dem Tag der Abmeldung aus der Grundversorgung.

5.3.7 Gesundheitsversorgung von Asylwerberinnen

Ein Beitrag von Mag. Marion Kremla, asylkoordination österreich, Wien

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 Gesamt-

[43] http://www.lefoe.at

zahl aller neu nach Österreich kommenden Flüchtlinge. Laut Statistik des UNHCR[44] 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.

Seit Mai 2004 ist die Gesundheitsversorgung von Asylwerber/innen durch die so genannte **Grundversorgungsvereinbarung** in Kraft. Durch diese Vereinbarung legen Bund und Länder ihre Aufgabenteilung in der Versorgung von Asylwerber/innen fest. Geregelt ist, welche Leistungen Asylwerber/innen 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 Vertragspartner/innen dar, mit negativen Auswirkungen auf das Funktionieren des Gesamtsystems. Dennoch, das mit der Grundversorgung erreichte Niveau der Gesundheitsversorgung von Asylwerber/innen stellt insgesamt eine wesentliche Verbesserung dar. Seit Mai 2004 ist die Zahl der krankenversicherten Asylwerber/innen 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 Ärzt/innen, 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 Dolmetscher/innen sowie Therapeut/innen, 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.

5.4 Lesbische Frauen im Gesundheitssystem

Nachfolgender Beitrag enthält Auszüge kritischer Anregungen und Beiträge von:
Dr. Alice Chwosta, Netzwerk Lesbischer Medizinerinnen / LESMED;
Mag. Angela Schwarz, Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen;
Arbeitskreis Lesbischer Psychotherapeutinnen.

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 aber, dass lesbische Frauen im Gesundheitssystem sehr oft *unsichtbare Patientinnen* bleiben, dass sie nicht als lesbische Frauen wahrgenommen

[44] United Nations High Commissioner for Refugees – UNO Flüchtlingshochkommissär, auch bekannt als UNO Flüchtlingshilfswerk

werden und ihre sexuelle Orientierung von sich aus ansprechen müssten, was aber eine Barriere darstellt (Bremer Frauengesundheitsbericht; BSAFGJS 2001).

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, Ärzt/innenpraxen 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 Ärzt/innen 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

Diskriminierung lesbischer Frauen in der Gesundheitsforschung

Die Geschichte der Forschung zur Gesundheit von lesbischen Frauen spiegelt deren gesellschaftliche Diskriminierung wieder: Die Forschung war anfangs auf der Suche nach Ursachen für ein Anders-Sein, das sie bei lesbischen Frauen unterstellt hat. Ein negativer Höhepunkt in der Forschung zur psychischen Gesundheit von lesbischen Frauen ist sicher die Tatsache, dass die lesbische Lebensform pathologisiert wurde, indem sie als psychische Krankheit in den internationalen Klassifikationssystemen für psychische Störungen geführt wurde ist, aus denen sie erst Anfang der 1990er Jahre gestrichen worden ist. Hier wurden Ursachen und Folgen vermischt: Die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit von lesbischen Frauen als Folge von Diskriminierungserlebnissen wurde fälschlich als pathologischer Ausdruck der sexuellen Orientierung aufgefasst. Besonders wichtig wäre, zukünftig diese Geschichte der Diskriminierung sachlich aufzuarbeiten und eine angemessene Darstellungsweise zu finden, um weiteren Diskriminierungen vorzubeugen.

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 vergangen 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 lesbischer Frauen in Österreich zu überprüfen. Folgende Vermutungen, die aber noch keine eindeutige wissenschaftliche Untermauerung gefunden haben, werden angestellt (Bradford und White, 2000; Office on Women's Health, 2000; Institute of Medicine, 1999; www.mautnerproject.org; Gay and Lesbian Medical Association – GLMA; 2003):

- Es wird vermutet, dass lesbische Frauen seltener an Vorsorgeuntersuchung teilnehmen als heterosexuelle Frauen, da sie Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierungen durch das Gesundheitspersonal haben.
- Es gibt keine spezifischen Einrichtungen für die sexuelle Gesundheit lesbischer Frauen, gynäkologische Gesundheitsdienste sind ausschließlich auf die Bedürfnisse heterosexueller Frauen zugeschnitten, wie z.B. Familienplanungseinrichtungen, pränatale Services und Geburtskliniken. Diese Tatsache stelle eine schwerwiegende Barriere der Inanspruchnahme dieser Dienste für lesbische Frauen dar und reduziere damit die Chancen einer Früherkennung von Krebs. Es wird angenommen, dass lesbische Frauen ein höheres Risiko für Gebärmutterhalskrebs haben, da sie weniger häufig PAP-Screenings durchführen lassen.
- Kinderlosigkeit gilt als einer der Risikofaktoren, an Brust- oder Eierstockkrebs zu erkranken. Da der Anteil kinderloser Frauen bei lesbischen Frauen höher ist als bei heterosexuellen Frauen, sind insgesamt betrachtet lesbische Frauen häufiger mit diesem Risiko konfrontiert.
- Angenommen wird, dass lesbische Frauen häufiger unter Depression und Angst leiden als andere Bevölkerungsgruppen. Die Ursache dafür sei vor allem chronischer Stress, der aufgrund von Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierungen, mangelnder sozialer Unterstützung und dem Verbergen der eigenen sexuellen Orientierung vor Arbeitskolleg/innen, Freund/innen und Familie entstehe.
- Lesbische Frauen sollen den vorliegenden Untersuchungen zufolge einen ungünstigeren gesundheitlichen Lebensstil haben als andere Personengruppen was Ernährung, Bewegung, Drogen-, Nikotin- und Alkoholkonsum betrifft. Das Risiko für Adipositas und in weiterer Folge für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose sei erhöht.
- Es liegen Hinweise vor, dass zahlreiche sexuell übertragbare Erkrankungen (STDs) auch bei sexuellen Aktivitäten zwischen zwei Frauen übertragen werden können, z.B. genitale Warzen (HPV), Herpes, Hepatitis B und – zwar selten – das HI-Virus/AIDS; darauf sei besonders bei bisexuellen Beziehungsformen zu achten (OWH - Office on Women's Health, 2000).
- Es wird vermutet, dass das Ausmaß an Gewalterfahrungen von lesbischen Frauen jenem heterosexueller Frauen vergleichbar ist, es gibt aber keine spezifischen psychosozialen Betreuungsangebote für lesbische Frauen mit Gewalterfahrungen, daher wird gefordert, dass die Angebote für heterosexuelle Frauen auf Bedürfnisse lesbischer Frauen Rücksicht nehmen.

Diskriminierung und Gewalt gegen lesbische Frauen

Diskriminierung und Stigmatisierung können zu psychischen Beeinträchtigungen führen und sind in jedem Fall eine Beschränkung der persönlichen Freiheit. In den letzten Jahren wurden einige Initiativen und Forschungsprojekte zur Thematisierung von Gewalt gegen lesbische Frauen gestartet, z.B. im Rahmen des DAPHNE-Programms der EU (Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft zur Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen, DAPHNE I: 2000-2003, DAPHNE II: 2004-2008).

Ein Beispiel: Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) in Nordrhein-Westfalen hat ein Forschungsprojekt *Gewalt gegen lesbische Frauen. Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen initiiert*, das vom Interdisziplinären Frauenforschungszentrum der Universität Bielefeld (IFF) bearbeitet wurde. Im Rahmen der Studie wurden 750 lesbische Frauen zu der von ihnen erlebten psychischen und physischen Gewaltereignissen und Übergriffen, zu Reaktionen und Gegenwehr, zu Unterstützung, Folgen und Bewältigungsstrategien befragt. Nahezu alle der an der Studie teilnehmenden lesbischen Frauen (98 Prozent) haben schon verbale Herabwürdigungen und Ausgrenzungen erlebt; ein Drittel der Frauen wurde explizit beleidigt und beschimpft, ein weiteres Drittel der

Frauen wurde mit anzüglichen Bemerkungen konfrontiert, etwa zehn Prozent der Frauen wurden aufgrund ihres Lesbischseins sexuell belästigt. Insgesamt berichteten 44 Prozent der Frauen von sexuellen Übergriffen und verbalen und/oder physischen Belästigungen. Orte der Diskriminierung und Gewalt sind sowohl öffentliche Orte als auch familiäre Bereiche. Sowohl Männer als auch Frauen üben Ausgrenzung gegen lesbische Frauen, bei körperlichen Übergriffen überwiegt jedoch der Männeranteil (MFJFG, 1999).

6. Frauen in besonderen gesundheitlichen und sozialen Lagen

Frauen mit **besonderen gesundheitlichen Lebenslagen** haben individuelle gesundheitliche Bedürfnisse und spezielle Wünsche ans Gesundheitssystem. Die Routineversorgung ist hier meistens nicht ausreichend. Gemeint sind zum Beispiel Frauen mit Behinderung, die nach wie vor eine Vielzahl von Barrieren – nicht nur räumliche – erfahren. Gemeint sind aber auch Frauen, die mit der Psychiatrie in Berührung kommen, hier ist ein sensibler Umgang mit den Bedürfnissen von Frauen noch nicht Standard. Ein weiteres Beispiel sind Frauen mit einer HIV-Infektion, die zwar in spezialisierten Zentren sehr gut versorgt sind, darüber hinaus ist der Zugang zu Gesundheitsangeboten oft problematisch; die Medikamentenforschung, die gerade für Menschen mit AIDS eine Überlebensfrage ist, hat Frauen mit AIDS bislang nicht ausreichend berücksichtigt.

Frauen in **besonderen sozialen Lebenslagen**, wie zum Beispiel wohnungslose Frauen, sind oft nicht „sichtbar" und haben auch aus unterschiedlichen sozialen oder auch rechtlichen Gründen Probleme, die Regelversorgung des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen. Dies gilt auch für Frauen, die in der Grauzone des Sexgewerbes arbeiten. Hier sind besondere Bemühungen und aufsuchende Angebote erforderlich.

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

Ein Beitrag von Mag. Barbara Kreilinger, Pädagogin, Wien

„Nicht über uns ohne uns!" lautet die berechtigte Forderung von Menschen mit Behinderung. Daher werden im nachfolgenden Beitrag exemplarisch Aussagen aus einem Interview mit Frau S. vorgestellt, die seit ihrer Geburt mit einer fortschreitenden Muskelerkrankung lebt, um die spezifische Problematik behinderter Frauen sichtbar zu machen und vor allem eine Frau mit Behinderung selbst zu Wort kommen zu lassen. Das Interview mit Frau S. wurde im August 2004 geführt. Frau S. ist 38 Jahre alt, Akademikerin, seit drei Jahren als Geschäftsführerin tätig und sie organisiert ihren Alltag mit Assistentinnen. Frau S. beschreibt die Zeit vor ihrer Berufstätigkeit als finanziell schwierig. Sie konnte vor allem kaum präventive Maßnahmen zur Erhaltung ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit ergreifen. Frau S. versteht für sich unter Prävention in Hinblick auf ihre Gesundheit regelmäßig Schwimmen, biologische Ernährung und chinesische Ernährungslehre, Physiotherapie, beruflich vernünftig mit eigenen Ressourcen umgehen, chinesische Medizin, regelmäßige soziale Kontakte. Sie bezieht das Gehalt einer Akademikerin und ist aus diesem Grund in der Lage, sich die Präventionsmaßnahmen auch leisten zu können. Trotz allem stellt es gegenüber nicht behinderten Frauen und Männern einen deutlichen Mehraufwand dar, einerseits an Organisation und andererseits an finanziellen Mitteln. So muss Frau S. zum Beispiel zum Schwimmen zwei Assistentinnen mitnehmen.

Frau S. zum Thema gesundheitsförderndes Verhalten: „… das kann ich mir nur durch die Arbeit leisten. Also, wie ich nicht gearbeitet habe, war nicht soviel. Da habe ich Abstriche machen müssen. Da habe ich keine chinesische Medizinerin gehabt, sondern war viel mehr bei allgemeinen Praktikern oder gar nicht."

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).

Für den **Bereich der Erwerbsarbeit** ist bekannt, dass Frauen in Österreich rund ein Drittel weniger als Männer verdienen. Für behinderte Frauen kann angenommen werden, dass ihr Einkommen – zusammengesetzt aus unterschiedlichen Unterstützungsbeiträgen oder einem Gehalt – geringer ist als das von nicht behinderten Frauen und von behinderten Männern. Dieser Umstand findet seine Auswirkung im Bezug von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe. Für das Jahr 2000 betrug das Arbeitslosengeld bzw. die Notstandshilfe durchschnittlich 532 Euro für nicht behinderte Frauen, für behinderte Frauen 483 Euro. Im Gegensatz dazu erhielten nicht behinderte Männer durchschnittlich 641 Euro monatlich und behinderte Männer 617 Euro. Dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen ergibt sich auch aus der vermehrten Teilzeitarbeit von Frauen und dem geringeren Gehalt. Weiters wird festgestellt, dass behinderte (und nicht behinderte) Frauen eine längere Bezugsdauer als Männer haben, ausgenommen davon sind Frauen ab 45. Hier wird interpretiert, dass dies mit dem niedrigeren Pensionsantrittsalter zu tun haben dürfte. (BMSG, 2003) Das Arbeitsmarktservice Österreich stellt im Geschäftsbericht 2003 weiters fest, dass die Vermittlung behinderter Personen angesichts der konjunkturellen Abschwächung schwieriger wird.

Behinderte Frauen stehen immer wieder vor der Wahl, zu arbeiten oder in Pension zu gehen. Gerade mit einer fortschreitenden Erkrankung, z.B. beginnende Blindheit, fördert negativer beruflicher Stress den Verlauf der Erkrankung. Das kann bedeuten, dass eine behinderte Frau nicht vollbeschäftigt arbeiten kann, von einem Teilzeitgehalt aber auch ihren Lebensunterhalt nicht ausreichend bestreiten kann. Für den Gesundheitsbereich bedeutet dieser Umstand, dass behinderte Frauen keine Wahlmöglichkeiten zum Beispiel für die Inanspruchnahme alternativer Medizin haben und im Präventionsbereich die Angebote ebenfalls nicht leistbar sein könnten. Diese soziale Ungleichheit bestimmt die Lebensqualität und den Umgang mit der eigenen Gesundheit und Krankheit.

6.1.1 Behinderung als soziales Konstrukt - Definitionsversuche

Laut Ministerium für soziale Sicherheit und Generationen wird nach Schätzungen auf europäischer Ebene von einem Anteil von zehn Prozent behinderter Personen in der Bevölkerung ausgegangen. Für Österreich gibt es keine eindeutige Datenquelle, was in erster Linie damit zu tun hat, dass es keine einheitliche Definition von Behinderung gibt. Aus diesem Grund kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass Personen in mehreren Kategorien gezählt werden. Außerdem sind die Erhebungen nicht geschlechtsspezifisch.

Tabelle 6-1. Unterschiedliche Datenquellen zur Häufigkeit von Behinderungen (1992, 2001)

Gruppen behinderter Menschen	Definitionsgrundlage	1992	2001
Begünstige Behinderte	Behinderteneinstellungsgesetz	51.900	81.826
Vorgemerkte Arbeitslose mit Behinderung	Arbeitsmarktservice	23.000	29.767
Invaliditätspensionen	Pensionsversicherung	398.900	381.228
Versehrtenrente	Unfallversicherung	91.200	88.906
Beschädigte	Kriegsopferversorgungsgesetz	55.700	30.083
Beschädigte	Heeresversorgungsgesetz	1.300	1.633
Erhöhte Familienbeihilfe	FLAG	44.000	62.000
Pflegegeldbezieher	Bundespflegegeldgesetz	-	280.429
Pflegegeldbezieher	Landespflegegeldgesetz	-	-

Quelle: BMSG, 2003

Auch der Deutsche Gesundheitsbericht 1998 geht von einem Anteil von zehn Prozent behinderter Personen in der Bevölkerung aus und kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass in Deutschland Behinderung nicht einheitlich definiert und deshalb auch der Personenkreis der Anspruchsberechtigten in den einzelnen Leistungsgesetzen zur Rehabilitation nicht vollständig übereinstimme.

Laut **Bundessozialamt** werden Personen bei einer Behinderung ab fünfzig Prozent als **begünstigte behinderte Personen** definiert. Dazu gehören Personen mit einer körperli-

chen, seelischen, geistigen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung sowie Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen zwischen dem 13. und 24. Lebensjahr. Bis zum Herbst 1999 wurden behinderte Personen im **Arbeitsmarktservice Österreich** nach der Art der Behinderung (körperliche, psychische, geistige Behinderung sowie Gehörlosigkeit und Blindheit) erfasst. Seit Herbst 1999 wird auf die Art der Behinderung verzichtet und folgende Kriterien bei arbeitslos gemeldeten behinderten Personen herangezogen:

- behinderte Personen, die mit einem ärztlichen Gutachten ihre Einschränkung belegen können und auf Grund dieser Einschränkung Schwierigkeiten bei der Vermittlung und/oder eingeschränkte Berufsmöglichkeiten haben;
- behinderte Personen, für die eines der folgenden Gesetze zur Anwendung kommt: Behinderteneinstellungsgesetz, Opferfürsorgegesetz, Landesbehindertengesetz.

Das **Ministerium für soziale Sicherheit und Generationen** hat sich für folgende Definition entschieden (BMSG, 2003):

„Behinderte Personen sind Personen jeglichen Alters, die in einem lebenswichtigen sozialen Beziehungsfeld körperlich, geistig oder seelisch dauernd wesentlich beeinträchtigt sind. Ihnen stehen jede Personen gleich, denen eine solche Beeinträchtigung in absehbarer Zeit droht. Lebenswichtige soziale Beziehungsfelder sind insbesondere die Bereiche Erziehung, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Beschäftigung, Kommunikation, Wohnen und Freizeitgestaltung."

Weiters wird ausgeführt: „Behindert sind jene Menschen, denen es ohne Hilfe nicht möglich ist geregelte soziale Beziehungen zu pflegen, sinnvolle Beschäftigung zu erlangen und auszuüben und angemessenes und ausreichendes Einkommen zu erzielen."

Der amtliche Behindertenbegriff ist damit defizitorientiert und geht von der Unterstützungsbedürftigkeit behinderter Personen aus. Die soziale Komponente wird kaum miteinbezogen. Behinderung ist damit keine eindeutig fassbare Kategorie, da es unterschiedlichste Auffassungen gibt, was darunter zu verstehen ist. Es bleibt unklar, wann von Behinderung gesprochen werden kann. Auch behinderte Frauen stellen keine einheitliche Gruppe dar. Je nach Unterstützungsmöglichkeiten, soziales Umfeld, eigenen Ressourcen, Bildung, Einkommen etc. finden sie unterschiedliche Möglichkeiten vor. Für alle behinderten Frauen kann aber gesagt werden, dass sie auf strukturelle Bedingungen treffen, die eine eigenständige Lebensführung erschweren oder verunmöglichen. Die Bewältigung dieser Schwierigkeiten erfordert individuelle Lösungen und einen persönlich hohen finanziellen und organisatorischen Aufwand.

6.1.2 Politische Rahmenbedingungen und Maßnahmen im Behinderten-Bereich

In Österreich ist das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG; Sozialministerium) das koordinierende Ressort in Angelegenheiten, die behinderte Personen betreffen. Basis der Behindertenpolitik in Österreich ist das Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung, das im Jahr 1992 vom Sozialministerium – aufbauend auf dem Rehabilitationskonzept von 1977 - vorgelegt wurde (BMAS, 1992).

Tabelle 6-2. Behindertenkonzept (1992)

Bereiche	Schwerpunkte
Allgemeines	Behindertenbegriff, Rechtslage, Grundsätze
Integration	Rehabilitation, Hilfsmittel, Kommunikation, finanzielle Aspekte, Beratung
Kindheit	Frühförderung, Kindergärten
Schule	Sonderschule, schulische Integration
Berufsausbildung	Berufsfindung, Berufsorientierung, Ausbildungsmöglichkeiten, Ausbildungseinrichtungen, Berufsvorbereitung, Zielsetzungen
Arbeit	Behinderteneinstellung, freier Arbeitsmarkt, geschützte Werkstätten, Zielsetzungen
Gesundheit	Prävention, Krankenbehandlung, Psychiatrie, medizinische Rehabilitation, Zielsetzungen
Freizeit	Kultur, Sport, Reisen, Zielsetzungen
Wohnen	gemeinwesenintegriertes Wohnen, Zielsetzungen
Bauen	behindertengerechtes Bauen, der anpassbare Wohnungsbau, Zielsetzungen
Verkehr	öffentlicher- und Individualverkehr, Fahrpreisermäßigungen, Zielsetzungen
Rechtlicher Schutz	Kündigungsschutz, Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft
Pflegevorsorge	Geldleistungen, Sachleistungen, Pflegepersonen
Behindertenpolitik	Gesetzgebung, Verwaltung, internationale Aspekte, Interessensvertretung

Quelle: www.bmsg.gv.at

Für den Gesundheitssektor nennt das Behindertenkonzept folgende Zielsetzungen für die Bereiche Prävention, Rehabilitation und Psychiatrie:

- Im Bereich der *Prävention* einen verstärkten Ausbau von Unfallverhütung und Gesundheitsvorsorge; den Ausbau der ambulanten medizinischen Versorgung und Rehabilitation; die Integration der psychologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen in die Gesundheitsversorgung.
- Im Bereich der *Rehabilitation* die Einrichtung von Rehabilitationsabteilungen in Krankenanstalten; Angebote der Rehabilitation auch in Alten- und Pflegeheimen; Ausbau der Nachbetreuung zur Sicherstellung des Rehabilitationserfolges.
- Im Bereich der *Psychiatrie* den Ausbau einer dezentralen, ambulanten psychiatrischen Versorgung; die Ausgliederung geistig behinderter Menschen aus den psychiatrischen Anstalten bei gleichzeitigem Aufbau adäquater Versorgungsstrukturen.

Tabelle 6-3. Maßnahmen und gesetzliche Regelungen für behinderte Menschen in Österreich (1993-2003)

1993	Aufgrund der Initiative von Eltern behinderter Kinder wird in der 15. Schulorganisationsgesetzes-Novelle (SchOG) gesetzlich festgelegt, dass in der Volksschule behinderte Kinder integriert werden.
	Das Bundespflegegesetz gilt ab dem 3. Lebensjahr, neun Landespflegegeldgesetze werden ausformuliert und Durchführungsbestimmungen beschlossen.
1996	Die 17. Schulorganisationsgesetzes-Novelle (SchOG) verankert die Integration von 10- bis 14-Jährigen mit Behinderung.
1997	Nationalratsbeschluss zur Änderung des Artikel 7, Absatz 1 der österreichischen Bundesverfassung: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Die Republik (Bund, Länder, Gemeinden) verpflichten sich dazu, die Gleichbehandlung behinderter Menschen in allen Lebensbereichen zu gewährleisten."
	Arbeits- und Sozialrecht: Pflegende Personen / Eltern von Kindern mit Pflegegeldstufe 6, 5 oder 7 erhalten die Möglichkeit einer begünstigten Weiterversicherung in der Pensionsversicherung.
1998	Gesetzliche Verankerung der Arbeitsassistenz.
	Erhöhung der Familienbeihilfe für behinderte Kinder.
1999	Erweiterung der Elternbildungsrichtlinien für Eltern behinderter Kinder – finanziert nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1997.
2000	Ausdehnung der begünstigten Weiterversicherung in der Pensionsversicherung für pflegende Angehörige ab der Pflegestufe 4.
2001	„Behindertenmilliarde": Beschäftigungsoffensive zur beruflichen Eingliederung von behinderten Frauen und Männern.
	Novellierung des Bundespflegegeldgesetzes – Anspruch auf Pflegegeld ab der Geburt.
	Zivilrechtliches Verbot der Sterilisation Minderjähriger, insbesondere Frauen und Männer mit geistiger Behinderung.
	Ab Pflegegeldstufe 4 beitragsfreie Mitversicherung pflegender Angehöriger in der Krankenversicherung.
2002	Madrider Deklaration der Teilnehmer/innen des Europäischen Behindertenkongresses: Verpflichtung der Teilnehmerländer zu Aktionen für die Gleichberechtigung aller behinderten Menschen und ihrer Familien.
	Arbeiterkammer und Wirtschaftskammer verabschieden ein Positionspapier zur integrativen Ausbil-

	dung einschließlich der Möglichkeit zur Teilqualifizierungslehre.
	Ausdehnung der begünstigten Weiterversicherung in der Pensionsversicherung für pflegende Angehörige ab der Stufe 3.
2003	Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderung. Gesetzliche Verankerung der integrativen Berufsausbildung einschließlich Teilqualifizierungslehre.
2004	Auf politischer Ebene werden vor allem die Anerkennung der Gebärdensprache und die Formulierung eines Gleichstellungsgesetzes geregelt.

Quelle: Integration:Österreich, 2004; S.8-24

Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderung

Der Europarat hat das Jahr 2003 zum *Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung* erklärt, das die Weiterentwicklung aller Maßnahmen zur besseren Eingliederung behinderter Personen in alle Bereiche des sozialen Lebens zum Ziel hatte. In Österreich wurden dazu folgende Schwerpunkte gesetzt (BMSG, 2003; S.8):

- Sensibilisierung der Bevölkerung für ein verändertes Bild von behinderten Menschen;
- Beschäftigungsoffensive für die Integration von Menschen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt (Behindertenmilliarde);
- Barrierefreiheit im umfassenden Sinn;
- Bilanz nach zehn Jahren der Reform der Pflegevorsorge;
- Erstellen von Berichten der Bundesregierung zur Lage von Menschen mit Behinderung.

Im Ministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz wurde im Jahr der Behinderung ein neuer Schwerpunkt gesetzt, der die Integration behinderter Frauen am Erstarbeitsmarkt zum Thema hat. Eines der Sensibilisierungs- und Vernetzungsprojekte wurde im Jahr 2003 von der Online Schulungs- und Beratungs-GmbH durchgeführt und beschäftigte sich mit der Lebenslage behinderter Frauen. Im Rahmen dieses Projekts wurde auch eine Fragebogenerhebung durchgeführt, die Einblick in die Lebenssituation von behinderten Frauen geben soll (www.online.at).

Diese Projekte sind begrüßenswert, trotz allem liegen zu den spezifischen Bedürfnissen und Problemlagen behinderter Personen wenige Forschungsergebnisse vor, ebenso werden Fragen im Zusammenhang mit *Behinderung und Geschlecht* erst in jüngster Zeit thematisiert. Insbesondere bleiben jene Frauen unberücksichtig, die in Institutionen oder zu Hause leben. Diese Dunkelziffer erschwert es, Lebenslagen junger Mädchen zu erfassen, die nach der Sonderschule zu Hause *verschwinden.* Solche Wissensdefizite können zum Beispiel dazu führen, dass behinderte Mädchen keine Chance im Arbeitsleben erhalten. Durch Clearingstellen, einer Schnittstelle zwischen Schule und Beruf, wird versucht, dem aktiv entgegen zu wirken. Für den Gesundheitsbereich kann ebenfalls gesagt werden, dass Bedürfnisse behinderter Frauen erst in jüngster Zeit wahrgenommen werden.

6.1.3 Historischer Prozess der Diskriminierung behinderter Frauen

Behinderte Frauen wurden historisch als *Frauen* und als *Behinderte* reglementiert. Zwei Gesetze, die im Bereich der reproduktiven Gesundheit von behinderten Personen nach wie vor wesentlich sind, sind für einen unterschiedlichen Umgang mit nicht behinderten und behinderten Frauen verantwortlich. Einerseits das Sterilisationsgesetz (vgl. ABGB §146d, §282 Abs.3, StGB §90, Abs.2) und die eugenische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch (StGB § 97).

Als Folge einer breiten Diskussion in der Öffentlichkeit wurde 2001 im Kindschaftsrecht fremdbestimmte Sterilisation in enge und klar definierte Grenzen gesetzt, z.B. dürfen keine Jugendlichen sterilisiert werden. Die Zustimmung zur Sterilisation wird als persönliches Recht definiert, es darf keine ersatzweise Einwilligung geben. Ein/e Sachwalter/in darf einer Sterilisation nur dann zustimmen, wenn eine ernste Gefahr für das Leben oder eine schwere Schädigung der Gesundheit der behinderten Person besteht. Zusätzlich ist eine gerichtliche Genehmigung nötig.

Die **eugenische Indikation** hingegen erlaubt die Abtreibung (vermeintlich) behinderter Kinder bis zum neunten Schwangerschaftsmonat. Die Praxis zu diesem Paragrafen bleibt unbekannt. Tatsache ist, dass behinderte Frauen nach wie vor argumentieren müssen, wenn sie Kinder wollen und dadurch in ihrem Lebensentwurf eingeschränkt werden. Auch der Mythos, dass eine behinderte Frau ein behindertes Kind zur Welt bringt existiert weiter und findet seinen Niederschlag in der Schwangerenberatung und in den Praxen von Frauenärzt/innen. Die Grundsatzentscheidung des OGH – Obersten Gerichtshof aus dem

Jahr 1999, welches einen Arzt zu Schadenersatz wegen mangelnder Aufklärung einer schwangeren Frau über die zu erwartende Behinderung des Kindes verpflichtete, stellte außerdem die Frage nach der ärztlichen Haftung.

Das Ministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) richtete 2001 einen interdisziplinären **Arbeitskreis zum Thema Embryopathische Indikation** ein. Vertreter/innen aus Medizin, Rechtswissenschaft, Behindertenvertretung und dem psychosozialen Beratungsbereich beschäftigten sich in vier Arbeitskreisen eingehend mit diesem Thema.

Bei den Alpbacher Gesundheitsgesprächen 2004 hat die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, Maria Rauch-Kallat, darauf hingewiesen, dass in Österreich Embryonen, bei denen durch eine Genanalyse eine schwere geistige und körperliche Schädigung nachgewiesen wurde, bis zum Geburtstermin abgetrieben werden können und dass dies eine Rechtslage ist, die angesichts unserer Geschichte verbesserungswürdig sei.

In der Diskussion um die eugenische Indikation ist es weiterhin notwendig, die Ungleichstellung (vermeintlich) behinderter und (vermeintlich) nicht behinderter zukünftiger Kinder zu diskutieren, ohne dabei das Selbstbestimmungsrecht der Frau zu verletzen.

6.1.4 Erfahrungen mit Gynäkologie und Krankenhaus

Behinderte Frauen berichten häufig von demütigenden Erfahrungen mit Frauenärzt/innen: 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 Köper- und Sinnesbehinderung eindrücklich demonstriert (BMFSFJ 2000; S.52ff).

„Wenn's dann konkret wird, wenn man was hat, kennt sich keiner aus wie umzugehen ist mit mir als Frau im Rollstuhl. Also Krankenhausaufenthalt ist der Horror, wenn man nicht eigene Leute mithat, die sich auskennen und wirklich dann behilflich sind (…) bei der Körperpflege, beim Transfer aus dem Bett in den Rollstuhl und so weiter. (…) Das ist eine konkrete Erfahrung und dass auf Grund der Diagnose von vornherein Prognosen gestellt werden, was alles nicht geht. Das ist das Schwierige an der Erfahrung."

Die Erfahrung von Frau S. im Krankenhaus zeigt, dass es schwierig ist, behinderten Frauen entsprechende Unterstützung zukommen zu lassen. Gleichzeitig merkt sie an, dass schwerstverletzte Personen auch transferiert und untersucht werden müssen. Sie führt diese Schwierigkeiten auf den Tatbestand der Behinderung zurück. Auch der Umstand, dass viele medizinische Geräte nicht behindertentauglich sind, z.B. bei einem/r Augenärzt/in macht immer wieder erhebliche Schwierigkeiten. Eine Diagnose oder eine sichtbare Behinderung verführen dazu, von vornherein Prognosen zu stellen und/oder Maßnahmen auszuschließen. Bei gehörlosen Frauen und bei geistig behinderten Frauen kann die Kommunikation erschwert sein, das wiederum führt zu Missverständnissen. So wie Frau S. Assistentinnen mitnimmt, die ihr bei der Körperpflege, beim Transfer behilflich sind, benötigt eine gehörlose Frau eine Gebärdendolmetscherin und eine geistig behinderte Frau eine Begleitung durch die/den Sachwalter/in oder eine Betreuer/in. Der organisatorische und finanzielle Aufwand ist im Gegensatz zu nicht behinderten Frauen ungleich hoch.

Deutlich wird, dass es einerseits notwendig ist, medizinische Geräte zu adaptieren und medizinisches Personal zu schulen. Dies sollte von Expertinnen, also behinderten Frauen ausgeführt werden, da die Sensibilisierung überzeugender passieren kann als von nicht behinderten Frauen und behinderte Frauen als Expertinnen in eigener Sache auftreten.

Frau S. zum Thema Gynäkologie: „Meine Beine waren total angeschwollen, von der Pille. Es war eindeutig so, denn ich habe sie genommen und die Beine waren viel mehr angeschwollen als sonst. Das ist dann so lange gegangen, dass ich mich sterilisieren lassen wollte. Ich habe mir gedacht, das dürfte kein Problem sein. Ich dachte, sie würden mir auf die Schulter klopfen und sagen, sehr vernünftige Frau. Ich dachte mir, es wird schrecklich werden."

Frau S. beschreibt ihre Überlegungen zum Thema Verhütung. Ihr Wunsch nach einer Sterilisation begründet sich auf dem Umstand, dass eine Schwangerschaft für sie lebensgefährlich ist. Offensichtlich wird auch, dass sie annimmt, als vernünftige Frau angesehen zu werden. Sie spricht damit (gesellschaftlich unbewusste) Bilder an, die es über behinderte Frauen gibt.

Abgesehen von den baulichen Barrieren von Ärzt/innenpraxen 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, es seien zwei Studien genannt, die sich mit der Frage des Zuganges von behinderten Frauen zur Gynäkologie auseinandergesetzt haben.

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 Gynäkolog/innen hinsichtlich ihrer Erfahrungen in der Behandlung von Frauen mit Behinderungen mittels Fragebogen befragt. Ausgangspunkt des Projektes waren die Beobachtungen, dass bei Gynäkolog/innen Wissen über den Umgang mit behinderten Frauen häufig fehlt: Umgang mit behinderten Frauen ist in der Ausbildung von Mediziner/innen bislang kein Thema. Häufig wird von den Gynäkolog/innen auch der Zeitmangel beklagt und dass die Betreuung und Behandlung behinderter Frauen mehr Zeit erfordert. Frauen mit Behinderung werden daher von Gynäkolog/innen 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.

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung bei Wiener Gynäkolog/innen zeigten, dass ein Drittel der befragten Ärzt/innen regelmäßigen Kontakt zu behinderten Patientinnen hat; die Mehrheit ihrer Patientinnen mit Behinderung ist körperbehindert (64 Prozent), lernbehindert (54 Prozent), gehörlos (38 Prozent) oder sehbehindert (zehn Prozent).

Als häufigstes Hindernis in der Behandlung von Frauen mit Behinderung wurde, wie zu erwarten war, die Tatsache genannt, dass der Zugang zur Praxis nicht behindertengerecht sei, dass das Fachwissen in Bezug auf Behinderung nicht ausreichend sei und dass der zeitliche Aufwand zu groß sei. Die Frage nach Möglichkeiten einer Verbesserung der Situation beantworteten zwei Drittel der Ärzt/innen mit dem Wunsch nach Abgeltung des zusätzlichen Zeitaufwandes und dadurch mehr Zeit für Aus- und Ankleiden bzw. für die Untersuchung; 44 Prozent wünschen sich Zuschüsse für Umbauten und vierzig Prozent finanzielle Unterstützung für den Ankauf behindertengerechter Untersuchungsgeräte; 42 Prozent der Wiener Ärzt/innen wünschen sich regelmäßige Fortbildung zum Thema Behinderung - beinahe zwei Drittel sind in der fachärztlichen Ausbildung auf den Umgang mit behinderten Frauen nicht vorbereitet worden.

6.1.5 Barrieren der Mobilität

Frau S. zum Thema Barrierefreiheit: „Naja, und dann schon immer wieder die Erfahrung, dass man nicht wirklich die relative Wahlfreiheit von Ärzt/innen hat wegen der baulichen Barrieren. Also, wie man normalerweise per Mundpropaganda gute Ärztinnen und Ärzte weiterempfiehlt, das können mobilitätsbehinderte Leute vergessen. Also wenn jemand erzählt von einem guten Arzt oder Ärztin und ich frage nach, kann ich mir eh sparen, weil zu neunzig Prozent ist er oder sie nicht zugänglich."

Frau S. beschreibt ihren Ärger, Ärzt/innen nicht frei wählen zu können, da sie als mobilitätsbehinderte Frau die baulichen Barrieren nicht überwinden kann. Empfehlungen von Freund/innen kann sie nicht nachgehen. Eine Broschüre, welche Ärzt/innenpraxen barrierefrei sind, könnte hilfreich sein.

Wahlfreiheit in Hinblick auf Ärzt/innen scheitert oft an Barrieren. Auch der Zugang zu Beratungsstellen gestaltet sich äußerst mühsam. Bauliche Hürden, Broschüren, die nicht in Brailleschrift aufliegen, Mangel an Kompetenz für Gebärdensprachen, Schwierigkeiten im Umgang mit psychisch kranken Frauen - um nur einige zu nennen – erschweren für

behinderte Frauen den Zugang zum Gesundheitssystem. Ein wesentlicher Aspekt ist auch der Umstand, dass behinderte Frauen bereits viele Erfahrungen mit Therapieformen wie Logopädie, Streckapparate, Operationen etc. in jungen Jahren gemacht haben und dabei Grenzüberschreitungen erfahren haben, die ihren Umgang mit dem Gesundheitssystem prägen (Zemp, 1998). Es gilt zu erforschen, wie sich behinderte Frauen in ihrer Biografie im Gesundheitswesen erlebten, welche Strategien sie entwickelt haben und welche Veränderungen sie wünschen. Die Maßnahmen richten sich oftmals auf die Funktionsfähigkeit oder Unfähigkeit behinderter Mädchen und nicht auf ihre konkrete Lebenswelt (Ehrig, 1996; Friske, 1995; Kreilinger, 2002).

Mobilität ist eine Grundvoraussetzung für die gesellschaftliche Integration von behinderten Personen. Als mobilitätsbehindert gelten insbesondere bewegungsbehinderte Menschen (Behinderung im Gehen, Stehen, Greifen, Mehrfachbehinderung, Oberköperbehinderte), wahrnehmungsbehinderte Menschen (Blinde, Sehbehinderte, Gehörlose, Hörbehinderte), sprachbehinderte Menschen, Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung, aber auch ältere Menschen, werdende Mütter, Kinder, Personen mit vorübergehenden Unfallfolgen oder Beeinträchtigungen nach Operationen (BMSG 2003; S.48).

In Österreich gibt es zwar seit 1994 Planungsgrundsätze für barrierefreies Bauen, die in der ÖNORM B 1600 *Barrierefreies Bauen – Planungsgrundsätze* zusammen gefasst sind, diese sind jedoch nicht verbindlich (z.B. stufenloses Erreichen zumindest des Haupteingangs, Niveauunterschiede dürfen nicht mehr als drei Zentimeter betragen, Hauptstiegen müssen beidseitig mit einem gut umfassbaren Handlauf versehen sein, öffentliche Baulichkeiten müssen mit einem behindertengerechten WC-Raum ausgestattet sein).

Im Rahmen der 58. ASVG-Novelle vom August 2001 ist ein Gesetz in Kraft getreten, das einen behindertengerechten Zugang zu Gruppenpraxen vorschreibt: demnach haben Gruppenpraxen spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen zu enthalten und die Mindeststandards der ÖNORM B 1600 *Barrierefreies Bauen* sowie der ÖNORM B 1601 *Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen* müssen umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang muss festgestellt werden, dass Mobilitätsbarrieren in ländlichen Gegenden sich wesentlich stärker auf das Leben behinderter Frauen auswirken als im städtischen Umfeld und der Lebensradius um ein vielfaches eingeschränkt ist.

Bundesweite Ist-Stand-Erhebung zur Barrierefreiheit in den Ärzt/innenpraxen

Veranlasst durch das Jahr der Behinderung 2003 hat der Österreichische Hauptverband der Sozialversicherungsträger gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR) und dem Dachverband der Vereinigung zur Vertretung der Interessen behinderter Menschen eine Ist-Stand-Erhebung in allen Bundesländern durchgeführt, inwieweit die Ärzt/innenpraxen der österreichischen Vertragsärzt/innen behindertengerecht ausgestattet sind (Stowasser, 2004; S.192ff).

Tabelle 6-4. Barrierefreiheit von Ärzt/innenpraxen nach Bundesländern (2003)

Zahlen in Prozent	Ö	W	NÖ	BGLD	OÖ	SZBG	STMK	KTN	Tirol	VBG
1 Parkplatz	31	17	27	35	40	33	35	45	43	38
2 Stufenlos	55	46	52	57	64	56	54	62	65	67
3 Breite Türen	92	86	93	95	96	90	92	94	93	93
4 WC-Anlagen	19	12	19	25	20	23	20	25	23	23
5 Türklingelhöhe	76	75	73	63	80	73	71	74	82	80
6 Schilderhöhe	89	86	91	90	92	89	85	88	90	92
7 Taktile Schilder	14	16	14	17	15	11	10	13	15	15
8 Hörverstärker	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
9 Fax, E-mail	88	84	88	90	88	88	90	87	88	88

Quelle: Stowasser 2004; S.192ff.

Betreffend den Zugang behinderter Personen zu den 1.800 Wiener Kassenordinationen hat die Wiener Ärztekammer im November 2003 angekündigt, dass zwölf Prozent der Wiener Kassenordinationen innerhalb der nächsten fünf Jahre behindertengerecht umgebaut werden sollen, um damit die freie Ärzt/innenwahl für behinderte Menschen zu gewährleisten. Eine Arbeitsgruppe mit Behindertenverbänden, Ärztevertretern und Vertretern der Gebietskrankenkasse soll eingerichtet werden, um auszuarbeiten, welche Umbauten in den Ordinationen möglich sind und welche von den Verbänden gefordert werden. (29.11.2003; www.aekwien.at)

Im Burgenland gibt es einen Vertrag zwischen Ärztekammer und Krankenkasse, wonach neu in Vertrag genommene Praxen barrierefrei sein müssen.

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 Ärzt/innen 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 barriererfreier Ärzt/innenpraxen, Krankenhäusern, die Personal bieten, das gebärdenkompetent ist. Rechtliche Vorschriften werden ebenso thematisiert wie das Thema Sachwalterschaft.

6.1.6 Gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung

Frau S. zum Thema Gesundheitsförderung: „Ich verstehe Gesundheit im ganzheitlichen Sinn. Nicht nur die körperliche Seite, sondern auch die seelische Seite meines Wohlbefindens."

Frau S. entwickelte für sich eine ganzheitliche Sicht und versucht in ihren Alltag präventive Maßnahmen für ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden zu integrieren. Zurzeit bemüht sie sich, etwas weniger zu arbeiten, weil sie spürt, dass der berufliche Stress mittlerweile für ihr Wohlbefinden negative Auswirkungen hat.

Behinderte Frauen beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter als nicht behinderte. Eine gute körperliche und seelische Verfassung ist aber von existenzieller Bedeutung, da eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes „zu einem Zusammenbruch des täglichen Hilfssystems bzw. der Strategien der Alltagsbewältigung führen kann, die ein selbständiges Leben mit der jeweiligen Behinderung bis dahin ermöglicht hat." Als häufigste Beschwerdeformen werden Erschöpfungszustände, Schlafstörungen und Schmerzen genannt, gefolgt von allgemein gestörtem Wohlbefinden und Depressionen (BMFSFJ 2000; S.94-96).

Frau S. zum Thema Unterstützung: „… dass man die sozialen Kontakte nicht so pflegen kann, weil man ja nicht kann und das einfach zu Isolation führt … wenn man bei dreißig Grad in der Wohnung sitzen muss …"

Während ihrer Studienjahre hatte Frau S. weder die finanziellen noch die personellen Möglichkeiten, ihr Leben zu organisieren. Diese strukturellen Umstände fanden ihren Ausdruck in der Depression. Sie konnte sich am Leben nicht mehr freuen und hat auch nicht mehr an sich geglaubt. Außerdem hatte Frau S. wesentlich mehr Probleme während der Menstruation. Entweder waren die Blutungen sehr stark oder sie bekam zwei, drei Monate keine Blutungen. Sie hatte Harnwegsinfekte, weil sie stundenlang nicht auf die Toilette gehen konnte – Auswirkungen einer massiven Unterversorgung. Durch die Unterversorgung entstehen manche gesundheitlichen Probleme überhaupt erst.

Soziale Ungleichheit – also Unterschiede in Wissen, Macht, Geld und Prestige – als Erklärungsansätze für **gesundheitliche Ungleichheiten** umfassen vier Ursachen: Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, in den Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten, in der gesundheitlichen Versorgung und im Gesundheits- und Krankheitsverhalten (Mielck, 2000; S.173). Alle vier Ursachen führen im Leben behinderter Frauen zu gesundheitlichen Ungleichheiten.

Zusätzlich kommt ein Belastungsfaktor hinzu: Unterstützung wird in erster Linie privat organisiert (BMFSFJ 2000; S.99ff). Die **private Organisation von Unterstützung** setzt ein hohes Maß an Kreativität und Organisation voraus. Gleichzeitig führt es aber auch zu einer hohen Abhängigkeit vom sozialen Umfeld. Durch diese Abhängigkeit und die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung leben behinderte Frauen in einem ständigen inneren Widerspruch – sie werden von Personen unterstützt, die sie eigentlich versorgen sollten. „Selbst als behinderte Frau auf die Hilfe anderer Menschen oder eines Partners angewiesen zu sein, entspricht dagegen nicht dem gesellschaftlichen Bild der Fürsorge gebenden Frau." (Franz, 2002; S.63ff). Soziale Netzwerke behinderter Frauen bestehen durchschnittlich aus fünf Bekannten und vier Verwandten. Bekannten kommt dabei eher die

Rolle der psychologischen Alltagsunterstützung zu, während Verwandte für die behindertenspezifische Unterstützung zuständig sind (Niehaus, 1993).

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Frage nach dem Geschlecht der unterstützenden Person. Erfahrungsberichte behinderter Frauen stufen die Intimpflege durch Männer als problematisch ein. Für behinderte Frauen ist vor allem die Wahlfreiheit von Bedeutung. Gleichzeitig wird eine gesetzliche Verankerung des *Rechts auf Frauenpflege* ebenso wie *Qualität der Pflege* gefordert (Franz, 2002; BMFSFJ 2000; S.101).

Frau S. zum Thema Alltagsorganisation: „Auf der einen Seite muss man total viel organisieren und voraus denken, d.h. dass ich sehr wenig entspannt bin, dass ich sehr wenig allein sein kann, aus organisatorischen Gründen, das ist auch wieder nicht sehr entspannend für einen selbst, das merkt man erst nach einigen Jahren, das merkt man nicht gleich, also dieses immer funktionieren Müssen. Weil man sein Leben managt, also mit persönlicher Assistenz, d.h. ich habe immer mit den Assistentinnen zu tun, ich muss immer funktionieren. Man muss einfach funktionieren."

Frau S. beschreibt die Organisation ihres Lebens auch als ständiges Funktionieren. Sie ist immer auch mit ihren Assistentinnen zusammen. Auch wenn sie müde ist, schlechte Laune hat, will sie perfekt funktionieren. Sie meint dazu, dass man auch gerne miteinander umgehen sollte. Derzeit versucht sie, mehr Zeit alleine oder zu zweit mit ihrem Partner zu verbringen – also ohne Assistenz; z.B. kann sie ins Kaffeehaus gebracht werden und sich wieder abholen lassen. Aber auch diese Zeiten müssen gut organisiert werden. Insgesamt hat Frau S. einen wesentlich höheren finanziellen und organisatorischen Bedarf als nicht behinderte Personen. Wenn sie es nicht schafft, diesen ständigen Mehraufwand auszugleichen – sie beschreibt das mit den Worten *andere Räume schaffen* – geht es ihr psychisch sehr schlecht und sie neigt zu Depressionen. Gleichzeitig verschlechtert sich ihr körperlicher Allgemeinzustand und sie spürt vor allem im Schulterbereich starke Verspannungen. Diese Verspannungen wirken sich wieder auf das Schlafverhalten von Frau S. aus – die Schmerzen lassen sie in der Nacht nicht schlafen. Für Frau S. hat der Präventionsbereich daher besondere Bedeutung.

6.1.7 Persönliche Assistenz

Frau S. zum Thema selbst bestimmt leben: „Aber klar war mir, dass ich so normal wie möglich leben will wie alle anderen und auch das Recht dazu habe. Also das war bei mir der Motor und damit habe ich dann auch die Behörden konfrontiert und sie sozusagen vor die Tatsache gesetzt und war ständig dahinter. Ich habe darum gekämpft, dass mir die Stadt die Dinge zur Verfügung stellt, die ich brauche, um ein Mindestmass an Bewegungsfreiheit zu haben."

Frau S. hat mittlerweile Assistentinnen, mit denen sie sich ihren Alltag sowohl im Berufsleben als auch privat organisieren kann. Diesen Anspruch musste sie sich allerdings erkämpfen. Es bedeutet eine individuelle Leistung und keinen Rechtsanspruch. Das Recht auf selbst bestimmtes Leben kann daraus nicht abgeleitet werden.

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 Kund/innen die notwendigen Kompetenzen für ein selbst bestimmtes Leben mit Persönlicher Assistenz in ihren Händen haben, bzw. wieder zurückerlangen. Das bedeutet, einfach gesagt, selbst entscheiden WER, WANN, WO und WIE die Persönliche Assistenz leistet und die Kompetenz darüber haben wer wofür wie viel bezahlt bekommt." (www.wag.or.at; 2004)

Notwendige Kompetenzen für ein selbst bestimmtes Leben mit Persönlicher Assistenz:

Anleitungskompetenz: Kund/innen sagen, wie die Assistenz zu verrichten ist. Sie lernen die Assistent/innen selbst für die benötigten Hilfeleistungen an. Sie wissen am besten, welche Assistenzleistungen sie in welchem Umfang benötigen. Sie sind Expertinnen in eigener Sache.

Raumkompetenz: Kund/innen bestimmen, wo Assistenz erfolgt, an welchem Ort die Assistenz erbracht wird (z. B. in der eigenen Wohnung, am Urlaubsort, am Arbeitsplatz, bei Besuchen bei Freund/innen und Familienangehörigen).

Organisationskompetenz: Kund/innen legen Zeiten fest, wann Assistenz erfolgt, der Assistenzplan wird nach dem Tagesablauf und Lebensstil der Kund/innen eingeteilt.

Personalkompetenz: Kund/innen bestimmen, wer Assistenz leistet, sie wählen Assistent/innen aus.

Finanzkompetenz: Kund/innen bestimmen Zahlungsmodalitäten und kontrollieren die Verwendung der ihnen zustehenden Finanzmittel, wie z.B. Leistungen aus dem Bundespflegegeldgesetz (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. Der von Frau S. angesprochenen Unterversorgung kommt große Bedeutung zu, da sie nicht nur zu isolierenden Bedingungen und dadurch psychischen Auswirkungen sondern auch zu gesundheitlicher Schädigung führt.

„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 von persönlicher Assistenz zusammenhängen, möglichst selbst übernehmen" (BMFSFJ 2000; S.48)

Zum Abschluss: Frau S. zum Thema positive Erfahrungen und Veränderungswünsche

„Ja, ab und zu wenn Ärzte oder Ärztinnen nicht das Schema 0-8-15 durchziehen, sondern nachfragen und zuhören, das sind die positiven Erfahrungen."

„Beim Ambulatorium wo ich hingehe, muss man nicht den Hintereingang nehmen, sondern kann den Vordereingang benutzen. Das fällt mir jetzt als strukturelles positives Erlebnis ein."

„Ich glaube sehr wohl, dass es im Gesundheitsbereich sehr viele engagierte Leute gibt, die große Bereitschaft zeigen, doch es wird ihnen nicht gewährt in diese Richtung zu arbeiten."

„Durchgängige Barrierefreiheit für alle und auch für andere Frauen, die eine andere Barrierefreiheit brauchen z.B. die Gebärdensprache. Barrierefreiheit würde schon viel bewirken. Natürlich wünsche ich mir von den Angeboten, dass sie ausdrücklich behinderte Frauen ansprechen."

„Grundsätzlich, dass bei allem was im Gesundheitsbereich getan wird, auch dezidiert behinderte Frauen angesprochen werden. Also ein Sichtbarmachen. Denn wir sind ja total unsichtbar."

„Wie ich das angehen würde wäre, dass z.B. neue Praxen nur vergeben werden, wenn Barrierefreiheit gegeben ist, dass nachträglich in allen Spitälern notwendige Einrichtungen, Ausbildungen, Workshops geboten werden."

6.1.8 Forderungen für Frauen mit Behinderung

- Ein **integrativer Ansatz** ist vorzuziehen, d.h. keine zusätzlichen Projekte für Frauen mit Behinderung, sondern Integration in bereits bestehende Angebote, z.B. Frauenberatungsstellen und Frauengesundheitszentren. Ebenso sind alle integrativen Maßnahmen auszubauen und die Finanzierung abzusichern.
- **Empowerment** von Frauen mit Behinderung durch Ausbildung und Anstellung von behinderten Frauen als Beraterinnen im Gesundheitsbereich
- Schwerpunktsetzung auf **behinderte Mädchen** in Beratung und Forschung
- **Adaptieren von Ätz/innenpraxen** und anderen Gesundheitsangeboten durch bauliche Barrierefreiheit, Folder in leicht lesbarer Sprache und Brailleschrift, Möglichkeit eines/r Gebärdendolmetscher/in, Erhebung in jedem Bundesland, welche Praxen bereits zugänglich sind, weiterer Ausbau und Versenden eines Folders an behinderte Frauen über die Möglichkeit eines/r Ärzt/in in ihrer Nähe.
- Rechtliche Verankerung und Finanzierung **persönlicher Assistenz** als Grundvoraussetzung. Persönliche Assistenz ermöglicht ein selbst bestimmtes Leben und verhindert Krankheiten bzw. ermöglicht die volle Anteilnahme am gesellschaftlichen Leben. Dadurch werden isolierende Bedingungen aufgehoben und psychische Gesundheit gefördert. Das Recht auf Frauenpflege liegt in den Händen der einzelnen Frau, die sich ihre persönlichen Assistent/innen selbst aussuchen kann. Ebenso kontrolliert sie die Qualität der Unterstützung und Pflege.
- **Schulung medizinischen Personals in Krankenhäusern**, bei niedergelassenen Ärzt/innen etc. durch behinderte Frauen
- **Forschung zur gesundheitlichen Lage von Frauen mit Behinderung**; Erhebung geschlechtsspezifischer Gesundheits- und Sozialdaten im Behindertenbereich
- Die Diskussion um die **eugenische Indikation** sollte fortgesetzt werden. Die Empfehlungen des Arbeitskreises sollten überprüft in der Praxis umgesetzt werden.

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 Patient/innenrechten.

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.

Eines der Standardwerke der feministischen Psychiatriekritik ist Phyllis Chesler's *Frauen – das verrückte Geschlecht?*, worin sie feststellt: „Die meisten Frauen, die in psychiatrischen Anstalten leben, sind nicht *wahnsinnig*. Sie sind deprimiert, suizidal, frigid, ängstlich, paranoid, phobisch, unentschlossen, inaktiv, leiden an Schuldgefühlen und haben alle Hoffnung aufgegeben." (Chesler, 1977; S.161). Es wurden vor allem die weiblichen Lebensbedingungen als *verrückt machend* herausgearbeitet. Chesler nennt fünf Vorurteile, mit denen die Psychiatrie behaftet sei: eine hohe Bereitschaft der Ärzteschaft, jemand überhaupt als psychisch krank zu klassifizieren; ein hohe Bereitschaft, Frauen als psychisch krank zu klassifizieren; die Überzeugung, dass Mütterlichkeit eine ausschließliche weibliche Eigenschaft sei und dass Frauen als Mütter schuld am Fehlverhalten ihrer Kin-

der haben; die Auffassung, dass lesbische Liebe und Homosexualität Krankheiten seien; die Auffassung, dass gewisse Schwangerschaften illegitim seien und bestimmte Frauen promiskuitiv seien.

6.2.1 Patient/innenrechte der WHO als Basis einer frauengerechten Psychiatrie

Im Jahr 1994 wurden von der WHO Patient/innenrechte in Form eines Rahmenkonzeptes vorgelegt, das auf der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte basiert (WHO, 1994). Patient/innenrechte umfassen individuelle Rechte, - wie Schutz und Beachtung der Privatsphäre sowie von religiösen und kulturellen Überzeugungen -, beziehen sich aber auch auf die dem Gesundheitssystem zugrunde liegende Werte, vor allem auf die Verbesserung der Beziehung zwischen Patient/innen und Gesundheitspersonal.

Ausgehend von der Beobachtung, dass die Lebensrealitäten psychisch kranker Frauen eigene Erklärungskonzepte und Therapieansätze erfordern und einer bislang ungenügenden Berücksichtung 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 eine spezifisches Angebot betreuter Nachsorge für Alleinerzieherinnen werden gefordert. Als Anleitung für die Entwicklung derartiger Angebote im Bereich der stationären Psychiatrie haben die Autorinnen ihre Ergebnisse und Forderungen in sechs Grundprinzipien zusammengefasst (Enders-Dragässer und Sellach, 1999):

Handlungsleitende Grundprinzipien frauengerechter Angebote stationärer 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 Verlangsamen 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-Dragässer und Sellach, 1999

6.2.2 Perinatale Psychiatrie, 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 noch 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 und mit juristischen Fragen.

Von den Studienautor/innen 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 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. 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. Vor allem haben die Frauen Angst, dass ihnen ihre Kinder weggenommen werden. Generell sei es laut EBDD aber so, dass es bei Maßnahmen für weibliche Drogenkonsument/innen 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).

6.3.1 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 neurologischer und psychosozialer Entwicklung;
- *Sozialarbeit:* Soziale Hilfestellungen;
- *Psychiatrie:* Opioidsubstitution und spezifische Therapieangebote.

Eine Evaluationsstudie des *Wiener Comprehensive Care-Projekts* hat für einen Zeitraum von 4,6 Jahren 135 Geburten erfasst, also rund dreißig Geburten pro Jahr (Berger und Elstner, 2002). In diesem Projekt werden zum einen die direkten, häufig anzutreffenden Auswirkungen des Drogenkonsums auf Mutter und Kind behandelt, wie z.B. Mangelernährung des Fötus, vorzeitige Plazentalösung, vorzeitige Wehen oder Frühgeburt, zum anderen werden die Frauen aber auch umfassend psychosozial betreut, ein Spitalsverbindungsdienst (CONTACT) steht zur Verfügung. Die besondere Problemlage der drogehabhängigen Schwangeren und Mütter von Kleinkindern ist von Ängsten und Schuldgefühlen geprägt, vor allem wegen des häufigen Zusatzkonsums von Drogen, aber es wird auch die Abnahme des Kindes befürchtet. Tritt diese wirklich ein, kommt es in einigen Fällen zum gänzlichen Zusammenbruch der Frauen, für einige bedeutet es jedoch eine Stabilisierung der Situation und eine Rollenfindung als Mutter (Schmidhofer, 2004).

Die genannte Evaluationsstudie, in der letztendlich 95 Frauen über beinahe fünf Jahre betreut wurden, konnte zeigen, dass bei einer konsequenten Substitutionsbehandlung das Risiko für Mutter und Kind als gering zu bezeichnen ist, dieses steigt jedoch bei zusätzlichem Drogenkonsum oder dem oft beträchtlichen Nikotinkonsum der betroffenen Frauen. Mögliche Konsequenzen sind Frühgeburtlichkeit (Schwangerschaftsdauer von 37,9 Wochen), längere Dauer des kindlichen Entzugssyndroms, Missbildungen (pränatale Dystrophie, Mikrozephalie) und Entwicklungsstörungen des Kindes.

Viel deutlicher als die körperlichen sind die psychosozialen Folgen für die Kinder: Deutliche Interaktionsstörungen oder psychopathologische Auffälligkeiten geringer Intensität waren bei rund einem Viertel der Kinder zu beobachten. Langfristig werden etwa die Hälfte der Kinder an Pflegeeltern abgegeben. Hierbei ist anzumerken, dass es z.B. in Wien keine eindeutigen gesetzlichen Richtlinien von Seiten der Jugendwohlfahrt gibt, sondern im individuellen Fall nach Ermessen gehandelt wird (Breza et al., 2002) Bei den Kindern, die bei ihren Müttern bleiben, kommt es im günstigsten Fall zu einer Stabilisierung der Situation, d.h. die Mutter geht arbeiten, hat tragfähige Partnerschaften und soziale Unterstützung (Berger und Elstner, 2002).

6.3.2 Drogen und Medikamente in der Schwangerschaft

Viele Substanzen, die von Frauen ohne Risiken für ihre Gesundheit eingenommen werden, können für das werdende Kind eine Gefahr darstellen, die meisten Substanzen gefährden jedoch sowohl die Mutter als auch die Entwicklung des Fötus bzw. des Kindes. Nachfolgend eine Übersicht über die wichtigsten Substanzen und deren Risiken.

Substanz	Risiko für Mutter und Kind
Opiate	Beim Konsum von Heroin ergeben sich vor allem aufgrund von Fehldosierungen durch gestrecktes und verschnittenes Heroin sowie durch begleitende körperliche Beeinträchtigungen wie Anämie, Geschlechtskrankheiten, Endokartididen (Herzentzündungen) Gefahren für Mutter und Kind. Besonders häufig werden Komplikationen durch den Beikonsum von Kokain, Benzodiazepinen und Alkohol verursacht. Ein abrupter Heroinentzug ist für den Fetus besonders gefährlich. Heroinkonsum der Mutter führt zu geringerem Geburtsgewicht des Kindes. Bei fünfzig Prozent der Kinder kommt es zu Wachstumsverzögerungen, die jedoch unter adäquater Pflege gut aufgeholt werden können. Bei etwa siebzig Prozent der neugeborenen Kinder treten Entzugserscheinungen auf, nach deren Abklingen haben die Kinder, wenn sie in stabilen Verhältnissen aufwachsen, eine gute Entwicklungsprognose. Im ersten Lebensjahr besteht jedoch eine erhöhte Gefahr des plötzlichen Kindstods.
Kokain, Amphetamine	Kokainkonsum der Mutter birgt für den Fötus ein hohes schädigendes Potenzial. Frequenz, Menge und Beikonsum vom Amphetaminen, Opiaten, LSD und Barbituraten sind für das Ausmaß der Folgen entscheidend. Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf, spontane Aborte, Sturzgeburten oder vorzeitige Wehen können auftreten, bei den Neugeborenen können Tremor, Schreckhaftigkeit, Defizite in Bewegungsmustern, schlechte Haltungskontrolle, unregelmäßiger Schlafrhythmus, verminderter Appetit und Störungen der visuellen Verarbeitung auftreten. Entwicklungsdefizite sind bei drei Viertel der Kinder noch während der ersten Lebensjahre zu beobachten. Die Wirkungen von Amphetaminen auf Schwangerschaftsverlauf und Neugeborene sind denen des Kokainkonsums sehr ähnlich.
Schlafmittel	Schlafmittel variieren stark hinsichtlich ihrer Risiken für den Fetus. Bei regelmäßiger Ein-

	nahme können Entzugssymptome und Atemschwierigkeiten des Neugeborenen auftreten. Konsumiert werden sollten nur Schlafmittel, die von dem/der Ärzt/in empfohlen wurden.
Tranquilizers (Beruhigungsmittel)	Bei regelmäßigem Konsum von Beruhigungsmitteln kommt es zu einem erhöhten Risiko für Atemschwierigkeiten, Entzugssymptome.
Schmerzmittel	Bei gelegentlichem Gebrauch von Schmerzmitteln ohne Rezeptpflicht, z.B. Aspirin besteht keine Risiko; bei regelmäßigem Gebrauch ist der/die Ärzt/in zu konsultieren.
Ecstasy	Ecstasykonsum ist vor allem wegen des unkalkulierbaren Risikopotentials extrem ungünstig für Mütter und ihre ungeborenen Kinder. Je nach Zusammensetzung der eingenommenen Präparate können völlig unterschiedliche Komplikationen auftreten.
Tabak	Je größer der Tabakkonsum in der Schwangerschaft, desto wahrscheinlicher ist das Auftreten von Fehl-, Früh und Totgeburten sowie Untergewicht des Kindes. Auch Passivrauchen kann Schäden verursachen. Empfehlenswert ist kein Konsum oder zumindest ein Anstreben von Konsumreduktion.
Cannabis	Spezielle Risiken in Folge des Konsums von Cannabis für den Verlauf der Schwangerschaft, die Geburt oder das Geburtsgewicht wurden nicht fest gestellt; viele der Frauen, die in der Schwangerschaft Cannabis konsumieren, trinken meist auch Alkohol, eine genaue Zuordnung der Folgeschäden ist daher oft schwierig. Sehr starker Cannabiskonsum der Mütter führt zu starkem Tremor und verzögerter Reifung des visuellen Systems der Kinder.
Kaffee, Tee, Energiedrinks	Koffein in großen Mengen schädigt wahrscheinlich den Fetus; koffeinhaltige Getränke sollten in der Schwangerschaft nicht zu oft konsumiert werden.

Quelle: Franke, 2001, S.123; SFA, 2002, S.4

6.3.3 Hintergrundinformationen: Datenlage zum problematischen Drogenkonsum in Österreich

Im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern der EU liegen in Österreich bislang keine aktuellen Daten aus Österreichweiten Bevölkerungserhebungen zum Thema Drogenkonsum und -konsummuster vor, auf Ebene der Bundesländer wurden solche Studien bereits durchgeführt. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) hat eine Konsumerhebung in der Bevölkerung über Alkohol und Drogen in Auftrag gegeben, die 2005 abgeschlossen sein soll.

Die Problematik der Sucht, bzw. des Missbrauchs von Drogen ist als ein gesellschaftliches Phänomen zu sehen ist, welches laufenden Veränderungen unterliegt – nicht nur auf Seiten des Angebotes, der Konsummuster und der Suchtmotive, sondern auch seitens der Therapien (Haller, 2004). *Designer-Drogen* werden in einer unüberschaubaren Vielfalt von Zusammensetzungen angeboten. Auch die Konsummotive scheinen sich verändert zu haben. Laut Europäischer Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon haben rund zwanzig Prozent der Europäer im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (fünfzig Millionen Menschen) zumindest einmal Cannabis probiert (EBDD, 2003).

Die europäischen Trends in der Drogensituation - die starke Zunahme des Cannabiskonsums und der steigende Missbrauch von Stimulanzien wie Kokain, Amphetaminen und synthetischen Suchtmitteln mit ständig wechselnder chemischer Zusammensetzung – sind auch in Österreich zu beobachten. Europaweit haben zwischen 10 und 25 Prozent der erwachsenen Bevölkerung Erfahrungen mit Cannabis gemacht, bei Amphetaminen sind es zwischen 1 und 10 Prozent, bei Kokain zwischen 0,5 und 4 Prozent und bei Ecstasy zwischen 0,5 und 3 Prozent, Erfahrungen mit Heroin weisen unter einem Prozent der Erwachsenen auf. In den EU-Staaten sterben jährlich rund 8.000 Personen in Zusammenhang mit Drogenkonsum. Hauptursachen sind die Überdosierung mit Opiaten und Substanzgemischen aus Alkohol, Medikamenten und harten Drogen, aber auch vermehrt im Zusammenhang mit Substitutionsmitteln (EBDD, 2003).

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) stellt im aktuellen Bericht zur Drogensituation eine Zunahme am Kokain-Konsum in Österreich fest. Wissenschaftliche Schätzungen zur Prävalenz des problematischen Drogenkonsums liegen in Österreich nur für Opiate vor. Die vom ÖBIG in seiner Funktion als REITOX Focal Point der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon, durchgeführte Schätzung ergibt seit 1994/95 eine deutliche Steigerung der problematischen Konsument/innen in Gesamtösterreich: Von 1994 bis 1999 lagen die Zahlen auf dem Niveau von 17.928 und stiegen dann kontinuierlich auf 31.466 im Jahr 2002. Diese Ergebnisse müssen laut ÖBIG aufgrund unterschiedlicher methodologischer Probleme jedoch einge-

schränkt werden: Insgesamt kann eine Prävalenzrate von 20.000 bis maximal 30.000 Personen mit problematischem Opiatkonsums – in den meisten Fällen im Rahmen des polytoxikomanen Konsums angenommen werden. Frauen sind weiterhin unter den problematischen Konsument/innen unterproportional vertreten, ihr Anteil sinkt mit steigendem Alter und Scherwegrad der Drogenproblematik. Der Frauenanteil unter den in Substitutionsbehandlung Befindlichen beträgt 31 Prozent (ÖBIG, 2003). Bei den vom Gesundheitsministerium seit 1989 gesammelten Daten zu drogenbezogenen Todesfällen in Österreich lag die Zahl der direkt und indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle von 1997 bis 1999 zwischen 160 und 180 Fällen, stieg dann im Jahr 2000 auf 227 Fälle und ging im Jahr 2002 wieder auf 179 Todesfälle zurück (ÖBIG, 2003; S.27). Die Zahl der direkt an Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen betrug im Jahr 2001 139 Fälle. Der Anteil der Frauen an den drogenbezogenen Todesfällen beträgt seit zehn Jahren stabil zwischen 15 und 20 Prozent.

Szene- und Konsumformen, Einstiegsalter und Motive des Drogenkonsums

Im Rahmen einer aktuellen Studie der Universitätsklinik Innsbruck wurde eine Evaluierung aktueller Szene- und Konsumformen, des Einstiegsalters des Erstkonsums, der Motive des Drogenkonsums sowie eine Beurteilung des Behandlungsangebotes durch die Opiatklient/innen selbst unternommen (Giaocomuzzi et al., 2004). Die Autorinnen gehen von der Sichtweise aus, dass sich in den letzten Jahren die Erkenntnis durchgesetzt habe, dass das in den siebziger und achtziger Jahren propagierte Abstinenzparadigma nicht erreicht werden kann und ein großer Teil der opiatabhängigen Klient/innen eine jahrelange Suchtgift-Substitution benötigt. Die Ziele einer möglichst raschen Substitution lassen sich nur erreichen, wenn die vorhandenen Programme adäquat auf Szenebedingungen angepasst sind und wenn die Drogenhilfssysteme miteinander kooperieren.

An der Innsbrucker Universitätsklinik wurden 158 ambulant substituierte Opiatklient/innen untersucht, davon waren rund siebzig Prozent Männer und dreißig Prozent Frauen (109 Männer, 49 Frauen). Folgende zentrale Ergebnisse werden berichtet:

- Das Alter bei Aufnahme von Substitutionspatient/innen wird immer jünger, dies trifft vor allem auf Frauen zu: die jüngsten Patient/innen sind 14 Jahre alt.
- Das Einstiegsalter bzw. das Alter des Drogenerstkonsums liegt bei Männern bei 15,1 Jahren und bei Frauen bei 15,2 Jahren.
- Häufigste Einstiegsdroge ist Cannabis (für 55 Prozent der Männer und 67 Prozent der Frauen), gefolgt von Alkohol (36 Prozent der Männer, 29 Prozent der Frauen) und Opiaten (15 Prozent der Männer, 24 Prozent der Frauen).
- Auffallend bei den Klient/innen des Substitutionsprogrammes ist der Beikonsum von Benzodiazepinen (55 Prozent der Männer, 40 Prozent der Frauen), Cannabis (75 Prozent der Männer, 52 Prozent der Frauen) und Morphinen (41 Prozent der Männer, 33 Prozent der Frauen). Der Beikonsum von Kokain wurde vor allem bei Frauen beobachtet (90 Prozent der Frauen, 64 Prozent der Männer).

Veränderte Suchtmotive und neue Konsummuster werden aus den polizeilichen Statistiken über Art der beschlagnahmten Drogen, Anzeigen und Verurteilungen, weiters aus der Analyse von Drogenintoxikations- und Todesfällen und aus Befragungen ersichtlich. Die wesentlichsten Trends sind:

- Ausweitung der Cannabiserfahrung in der Bevölkerung,
- Stagnation und leichter Rückgang des Morphinmissbrauchs,
- rasche Verbreitung von Freizeitdrogen,
- Rückgang des in den 1990er Jahren häufigen Konsums von dämpfende Substanzen, insbesondere Opioide, Sedativa und Hypnotika,
- wachsender Trend zum Missbrauch von Stimulanzien und Halluzinogenen,
- Substanzen vom Amphetamin- und Kokaintyp gewinnen an Bedeutung;
- Designer-Drogen: Das in den letzten Jahren dominierende MDMA (Ecstasy; Substanzname: 3,4-Methylendioxy-methamphetamin) wird zunehmend durch andere Methamphetamine (Weckamin – Weckmittel), die in unterschiedlichster Form und mit immer neuen Namen den Markt überschwemmen, ersetzt.

- Veränderte Angebote: Durch die Ost-Öffnung werden neue Drogenquellen und -handelswege erschlossen: Zu einer über Jahre anhaltenden Heroinwelle kommen synthetische Suchtmittel bzw. Stimulanzien hinzu.

6.4 Frauen mit HIV/AIDS

Nachdem Mitte der 1990er Jahre das Ende des Ausnahmestatus und die Phase der Normalität von AIDS angekündigt worden waren, stellte sich mit Beginn des neuen Jahrtausends die Frage, ob der Umgang mit AIDS nicht wieder in eine neue Phase tritt: Steigende Zahlen in den osteuropäischen Nachbarländern und eine nicht einzudämmende Pandemie auf internationaler Ebene bringen neue Herausforderungen mit sich (Rosenbrock, 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 das Bemühen um effiziente 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, zusätzlich ist mit weiteren 275 Millionen Franken an Folgekosten von Krankheit und Tod zu rechnen (Zurn et al., 2001).

Die soziale Dimension von AIDS ist nach wie vor von einer Diskriminierung der Betroffenen geprägt. Es ist nicht nur die Angst vor dem Tod, die AIDS seinen Schrecken gibt, sondern auch die Furcht vor dem *sozialen Tod*, vor Ausgrenzung und Isolation. Wie fühlt es sich an, mit HIV/AIDS zu leben? Wie ist diese Diagnose zu bewältigen? Eine Frau, die diese Aufgabe gemeistert hat, erzählt:

„Die Diagnose gab mir das Gefühl, alleine zu sein. Ich vermisste jemanden zum Reden, jemanden, der dieselben Ängste durchmachte. Einfach jemanden, der mich verstand – eine HIV-positive Frau, die genau so wie ich Angst vor dem Leben mit HIV hatte.

Leider zeigte es sich als sehr schwierig, Kontakte zu anderen *positiven Frauen* herzustellen. Mir wurde klar, dass viele HIV-positive Frauen zum Schutz ihrer Kinder, Partner und Angehörigen in absoluter Anonymität leben. Von einem offenen Umgang mit ihrer Infektion schrecken viele Frauen aus Angst vor der Ablehnung ihrer Mitmenschen zur zurück. Jahrelang mangelnde und falsche Informationen in den Medien haben bei vielen Menschen massive Berührungsängste und Vorurteile gegenüber Menschen mit HIV/AIDS hervorgerufen." (…) „Über die letzten Jahre hat sich eine Gruppe von Frauen gefunden. In diesen treffen sich Frauen jeder Altersstufe, die in einer ähnlichen Situation sind. Keine muss sich verstecken. Die Treffen finden in einem geschützten Rahmen statt. Oft werden gemeinsame Lösungen gesucht und gefunden. Freundschaften entstehen. Auf Wunsch der Frauen veranstalten wir wöchentlich Abende. Diese Abende stehen unter verschiedenen medizinischen und psychosozialen Themen. Wichtiger sind aber die privaten, persönlichen Treffen außerhalb dieser Treffen."

Wiltrut Stefanek, Gründerin und Obfrau des Selbsthilfevereins H.I.V. (Hoffnung, Information, Vertrauen) zur Unterstützung von HIV-positiven und AIDS-kranken Frauen

Quelle: Die AIDS-Hilfen Österreichs, PlusMinus 4/2004; S.10

6.4.1 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 zwölf 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).

Die Initiative ALL AROUND WOMEN special, eine 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, mit dem Ziel, frauenspezifische HIV/AIDS-Studien zu entwickeln, zu fördern und zu koordinieren. Themenbereiche dieser Studien sind geschlechtsspezifische Unterschiede im natürlichen Verlauf der HIV-Infektion, bei den (antiretroviralen) Therapien, der Lebensqualität, im Coping und in 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 Fragestellungen** wie zum Beispiel (www.daignet.de; Deutsche AIDS-Gesellschaft, Sektion All Around Women):

- Mehrere internationale Studien weisen auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei den **immunologischen Parametern** Viruslast und CD4-Zellen hin, die Grundlagen für Therapieentscheidungen sind; systematische Forschungsansätze fehlen jedoch.
- Einige amerikanische Studien thematisieren Barrieren von Frauen im **Zugang zur HAART** (Highly Active Antiretroviral Therapy = hochwirksame HIV-Therapie). Für den europäischen Raum liegen keine Studien dazu vor.
- Mit zunehmender Dauer der antiretroviralen Behandlung werden **toxische Nebenwirkungen der Therapien** und/oder Folgeerscheinungen der HIV-Erkrankung immer häufiger. Zu Themen wie z.B. Fettstoffwechselstörungen, Osteoporose, kardiovaskuläre Erkrankungen, … sind kaum geschlechtsspezifische Studien vorhanden.
- Einflüsse und Wechselwirkungen sowohl der HAART als auch der HIV-Infektion auf das endokrinologische System von Frauen fehlen weitgehend.
- Hinweise auf erhöhte **Plasmaspiegelkonzentrationen** einiger antiretroviraler Medikamente, die bei Frauen in den toxischen Bereich gehen können, haben bisher kaum Eingang in Studien gefunden, differenzierte Dosierungsempfehlungen fehlen.
- Nebenwirkungen gehen nicht nur mit physischen, sondern häufig auch mit massiven psychologischen und psychosozialen Beeinträchtigungen einher. Auswirkungen auf **Compliance, Adhärenz und Therapieentscheidungen** werden im klinischen und beraterischen Alltag häufig beobachtet. Eine Berücksichtigung dieser Aspekte in prospektiven, längerfristigen Studien ist dringend erforderlich.
- Seit Beginn der HAART-Ära wurde die Erforschung **psychosozialer Aspekte** wie Lebensqualität, Krankheitsbewältigung, sexuelle Gesundheit, Körperempfinden, gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Frauen größtenteils vernachlässigt, ebenso wie Defizite und Benachteiligungen in der sozio-ökonomischen Situation HIV-betroffener Frauen.
- Im Bereich der **Migration** wird im europäischen Raum über steigende Infektionszahlen und defizitäre Versorgungssituationen berichtet, systematische Erhebungen und evidenzbasierte zielgruppenspezifische Konzepte für Versorgung und Prävention fehlen.
- **Wissen über HIV** hinsichtlich Therapie und Unterstützungsangebote ist für Frauen mit HIV/AIDS essenziell. Ist das Wissen über HIV bei den betroffenen Frauen ausreichend? Wie ist das Wissen in spezifischen Zielgruppen in der Allgemeinbevölkerung (Jugendiche, Migrant/innen, …)? Auch Fragen dieser Art bedürfen der Klärung.

6.4.2 HIV, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt

Seit wenigen Jahren ist ein Kinderwunsch für HIV-positive Frauen und Männer - rund drei Viertel befinden sich im reproduktiven Alter zwischen zwanzig und vierzig Jahren – realistischer geworden, nachdem er am Anfang der Epidemie lange Zeit undenkbar war (Minkoff und Satoro, 2000).

In Österreich haben seit 1995 insgesamt mehr als siebzig HIV-infizierte Frauen Kinder geboren, von diesen Frauen kamen rund ein Viertel aus der Hochrisikoregion Afrika, mehr als drei Viertel der Frauen hatten sich auf heterosexuellem Weg infiziert. Von den 74 Schwangerschaften waren sechs Kinder HIV-positiv, bei vier Frauen wurde die HIV-Infektion erst kurz vor der Geburt bekannt, eine Frau steckte sich im Verlauf der Schwangerschaft an und eine Frau war auf die antiretrovirale Therapie resistent (Schmied, 2001). In der Schweiz gibt es rund siebzig Geburten HIV-positiver Frauen pro Jahr, in Deutschland rund zweihundert, bei denen jährlich zwischen zehn und zwanzig HIV-Infektionen bei Kindern und Neugeborenen diagnostiziert werden. Dieser relativ hohe Prozentsatz an Mutter zu Kind-Übertragungen von fünf bis zehn Prozent wäre durch rechtzeitige medizinische Betreuung zu verhindern bzw. noch weiter zu reduzieren. Es werden aber nicht alle HIV-Infektionen bei Schwangeren rechtzeitig erkannt bzw. kommen Mutter und Kind zum Teil aus Hochrisikoländern.

In Österreich ist die **HIV-Testung bei Schwangeren** nicht obligatorisch. Das bekannt Werden einer HIV-Infektion im Zuge einer Schwangerschaft ist kein Einzelfall. Wird die Infektion erst spät in der Schwangerschaft entdeckt, sinkt die Chance, durch gezielte Therapie das Übertragungsrisiko von der Mutter auf das Kind zu reduzieren. Die Schweizer *Fachkommission Klinik und Therapie HIV/AIDS* (FKT) hat eine generelle Empfehlung für die HIV-Testung während der Schwangerschaft abgegeben: Demnach soll jede Frau im Rahmen der Schwangerenbetreuung auf die Möglichkeit der Prävention einer Mutter-zu-Kind-Übertragung aufmerksam gemacht und ein HIV-Test empfohlen werden. Jegliche Infektionsabklärung darf aber nur mit informiertem Einverständnis der Schwangeren durchgeführt werden, die im Idealfall durch schriftliches Informationsmaterial unterstützt wird. Die FKT schlägt weiters öffentliche Informationskampagnen zur Förderung des Bewusstseins über Infektionsabklärung – auch anderer übertragbarer Erkrankungen – in der Schwangerschaft vor. Diese Empfehlungen stimmen mit jenen der amerikanischen *Centers of Disease Control* (CDC) und mit den europäischen Richtlinien aus dem Jahr 2002 überein (CDC, 2001). Die FKT sieht in der Beratung einer Schwangeren über HIV-Testung eine good clinical practice, bei der auch eine Entscheidung der Frau gegen eine Testung respektiert werden müsse (BAG, 2003).

6.4.2.1 Gesundheitliche Risiken bei Schwangerschaften HIV-positiver Frauen

Entsprechend dem derzeitigen Kenntnisstand ist zu sagen, dass Schwangerschaft und Geburt den gesundheitlichen Verlauf einer HIV-Infektion nicht wesentlich ungünstig beeinflussen, aber dennoch ein gesundheitliches Risiko bedeuten. Die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung der HI-Virus von der Mutter auf das Kind beträgt ohne medikamentöse Behandlung rund 15 bis zwanzig Prozent, wobei das Infektionsrisiko bei der Geburt am höchsten ist und durch vorzeitige Wehentätigkeit, Frühgeburtlichkeit, vorzeitigen Blasensprung, Amnioninfektionen und durch eine vaginale Geburt noch gesteigert werden kann. Deshalb wird in den aktuellen Empfehlungen zur medizinischen Betreuung von schwangeren HIV-positiven Frauen neben einer antiretroviralen Therapie der Frau, einer antiretrovirale Prophylaxe für das Neugeborene und Verzicht auf Stillen auch ein Kaiserschnitt als Standard zur Senkung des HIV-Risikos des Kindes empfohlen, wodurch sich das Risiko auf unter zwei Prozent senken lässt (Mandelbrot et al., 1998; The International Perinatal HIV Group, 1999; zitiert nach DAIG und ÖAG, 2002).

Trotz einer weitgehenden Beeinflussbarkeit durch medizinische Intervention bleibt das Risiko einer Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das Kind in hohem Maß von der individuellen gesundheitlichen Lage der Frau und dem nicht vorhersagbaren Verlauf sowohl der Schwangerschaft als auch der HIV-Infektion abhängig. Als günstige Voraussetzungen für ein geringes materno-fetales Transmissionsrisiko (Risiko der Mutter zu Kind-Übertragung) gelten eine geringe Anzahl an HI-Viren im Blut bzw. Vaginalsekret, des Weiteren stabile immunologische Parameter, verbleibende antiretrovirale Therapieoptionen (keine Resistenzen), keine körperlichen Zusatzerkrankungen (Hepatitisinfektionen, Diabetes mellitus, Anfallsleiden), keine vorhandenen gynäkologisch-geburts-hilflichen Risiken. Die fundierte Erfassung und Gewichtung der genannten Faktoren bildet die medizinische Basis, ob dem Paar zur Realisierung des Kinderwunsches geraten werden kann bzw. ob

dieser wegen einer vorübergehenden Risikoerhöhung aufgeschoben werden sollte oder gänzlich abgeraten werden muss (DAIG und ÖAG, 2002).

6.4.2.2 In-vitro-Fertilisation (IVF) und HIV-Infektion

Künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisaton, IVF) wurde lange Zeit - wenn überhaupt – nur als Option bei Paaren, bei denen der Mann HIV-positiv ist, in Erwägung gezogen. In diesem Zusammenhang wurde der Begriff der *HIV-diskordanten Paare* geprägt, was heißt, dass nur einer der beiden Partner/innen HIV-positiv ist. Durch die Entwicklung wirksamer medikamentöser Therapien Ende der 1990er Jahre ist für Menschen mit einer HIV-Infektion der Kinderwunsch realistischer und auch vom ethischen Blickwinkel ein wenig unbedenklicher geworden; obwohl bereits Anfang der 1990er Jahre in Italien und Deutschland künstliche Befruchtungen HIV-negativer Frauen mit dem aufbereiteten Sperma ihrer HIV-infizierten Partner vorgenommen worden sind und daran anschließend in mehreren europäischen Ländern auf HIV-infizierte Klient/innen spezialisierte In Vitro-Fertilisations (IVF)-Zentren gegründet wurden. Im europäischen Raum gibt es keine zentrale statistische Erfassung von reproduktionsmedizinischen Behandlungen HIV-positiver Personen, es liegen Schätzungen vor, dass bislang rund 2.000 Paare sich unterschiedlichen reproduktionsmedizinischen Techniken unterzogen haben und dadurch rund 500 Kinder geboren worden sind, wobei es in keinem Fall zu einer HIV-Infektion der Mutter als Folge des assistierten Reproduktions-Verfahrens kam (Sonnenberg-Schwan, 2004). Es liegen bislang keine Informationen über gesundheitliche oder psychosoziale Implikationen für die aus einer In-vitro-Fertilisation hervorgegangenen Kinder HIV-positiver Eltern vor.

Für den deutschsprachigen Raum wurden gemeinsam von der Deutschen und der Österreichischen AIDS-Gesellschaft die weltweit ersten Konsensusempfehlungen zur Diagnostik und Behandlung HIV-diskordanter Paare mit Kinderwunsch erstellt, in denen die wesentlichsten medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Fragen dieser Thematik erörtert werden (DAIG und ÖAG, 2002). Diesen Empfehlungen voran gingen Richtlinien zur antiretroviralen Behandlung während der Schwangerschaft (DAIG und ÖAG, 1999).

Entscheidet sich ein Paar für eine In-virto-Fertilisation, ist ebenso wie bei nicht-HIV-positiven Paaren im Falle eines Kinderwunsches neben der medizinischen Information eine ausführliche psychologische Abklärung vor Beginn des tatsächlichen Verfahrens und des weiteren ein Unerstützungsangebot während des gesamten Prozesses unbedingt erforderlich. Erfahrungen aus der Betreuung HIV-diskordanter Paare mit Kinderwunsch zeigen, dass sich bis zu einem Drittel nach der Beratung gegen eine künstliche Befruchtung entscheidet. In der psychosozialen Beratung ist vor allem die Tragfähigkeit der aktuellen Situation für die Bewältigung von Schwangerschaft, Geburt und Kindererziehung zu klären, also die ökonomische und berufliche Lage, das vorhandene soziale Netzwerk und die persönlichen Zukunftsperspektiven. Von Seiten der professionell Betreuenden ist dafür eine Vernetzung mit den beratenden AIDS-Hilfeeinrichtungen und/oder Selbsthilfegruppen erstrebenswert. Häufigste psychische Belastung, die für die Betroffenen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung auftreten kann, ist sicher die Angst vor negativen Befunden, die den Kinderwunsch unmöglich machen. Welche Rolle das Aufarbeiten eines nicht erfüllbaren Kinderwunsches spielt, zeigt die Beobachtung, dass es Paare gibt, die nach misslungenen Fertilisationsversuchen als einzige Möglichkeit das Ausweichen auf ungeschützten Geschlechtsverkehr sehen. Wichtig für die Betroffenen ist auch ein Respektieren und Akzeptieren des Kinderwunsches durch das medizinische und psychosoziale Behandlungs- und Betreuungspersonal (Sonnenberg-Schwan, 1997, 2001).

6.5 Gesundheitliche 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 Um-

ständen auch gefährdet sind, die Wohnung zu verlieren. Oft kommt es auch durch Einkommensausfall infolge Arbeitslosigkeit, Krankheit, Tod des Partners und ähnlichen 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 Migrant/innen und Asylwerber/innen.

6.5.1 Datenlage zur Gesundheitssituation 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 geringere Lebenserwartung haben: Der Altersmittelwert der in Wiener Betreuungseinrichtungen verstorbenen Personen lag zwischen 55 und sechzig Jahren und damit deutlich unter dem Sterbealter der österreichischen Durchschnittsbevölkerung mit 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 Klient/innen sozialarbeiterisch betreut, berichtet über 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).

6.5.2 Formen der Obdachlosigkeit und Anzahl Betroffener

Im internationalen Fachjargon wird der Begriff der Wohnungslosigkeit (*homelessness*) verwendet, der ein Phänomen umschreibt, das wesentlich breiter definiert ist, als jenes, das in Österreich mit *obdachlos* (*roofless*, *sleeping rough*) beizeichnet wird. Wohnungslosigkeit umfasst folgende Aspekte (Ohmacht et al., 2004; S.19):

1. **Akute Wohnungslosigkeit** betrifft Menschen, die auf der Straße oder in Abbruchhäusern, in U-Bahnschächten, in Bahnwaggons etc. oder in Notschlafstellen nächtigen. Über die Anzahl der in Österreich auf der Strasse lebenden Menschen liegen nur grobe Schätzungen vor, welche von rund **1.000 bis 2.000 akut Wohnungslosen auf der Straße**, also Obdachlosen im engeren Sinn, ausgehen (Eitel und Schoibl / Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) 1999; S.16).

2. **Wohnungslosigkeit** im Sinne der temporären oder befristeten Unterbringung in Sozialeinrichtungen (Notschlafstellen, Häuser und Wohnheime, Betreutes Wohnen) hat im Jahr 1999 rund **12.000 Menschen** in Österreich betroffen, die in den rund 177 stationären Einrichtungen für Wohnungslose mit insgesamt 7.328 Plätzen (inkl. Notplätze) untergebracht waren. Die Standards hinsichtlich Versorgungsdichte, Qualität der Unterbringung und Ressourcen für psychosoziale Betreuung sind regional äußerst unterschiedlich. Dazu kamen rund **7.000 Asylwerber/innen und Migrant/innen** in Einrichtungen der Flüchtlings- und Ausländerhilfe (Eitel und Schoibl / Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) 1999, S.16). Insgesamt lebten 1999 **rund 19.000 Menschen in Einrichtungen für Wohnungslose**, wobei Personen, die in Billigpensionen, Gästehäusern und ähnlichen Einrichtungen untergebracht waren, nicht enthalten sind.

3. **Bevorstehende Wohnungslosigkeit** ist bei Personen akut, bei denen der Verlust der Wohnung oder eine Delogierung droht, dies gilt auch bei bevorstehender Entlassung aus dem Krankenhaus oder aus der Haft, ohne dass eine Alternative zur Verfügung steht. Die Anzahl der Personen, denen Wohnungslosigkeit bevorsteht, ist anhand der bei Gerichten eingebrachten Delogierungsverfahren grob zu schätzen, aber es sind dabei auch jene Verfahren enthalten, die nicht zu einer Delogierung führen. Im Jahre 2002 wurden insgesamt 45.371 Delogierungsverfahren (Kündigungen, Räumungsverfahren) bei Gericht ein-

gebracht. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) schätzt die Anzahl der von Delogierung bedrohten Personen in Österreich 2002 auf rund **83.000 Personen**.

4. **Potenzielle Wohnungslosigkeit** betrifft Personen, für die z.B. die Höhe der Miete im Verhältnis zum Einkommen nicht leistbar ist oder überschuldete Haushalte.

5. **Versteckte Wohnungslosigkeit** bezeichnet z.B. die vorüber gehende Unterbringung bei Freunden oder Bekannten. Jugendliche und Frauen gehen tendenziell häufiger Abhängigkeitsverhältnisse ein, um keine Wohnungsloseneinrichtung in Anspruch nehmen zu müssen, weil sie die damit verbundene Stigmatisierung fürchten. Eine Befragung wohnungsloser Frauen in München ergab, dass ein Fünftel der befragten Frauen angaben, sich für Unterkunft und Essen zu prostituieren (Greifenhagen und Fichter, 1998). Die betroffenen Frauen befinden sich damit in einem Abhängigkeitsverhältnis, das häufig von sexueller Gewalt, Angst und damit verbundenem hohen psychischen und physischen Stress verbunden ist.

6. **Unzumutbare Wohnsituation:** z.B. feuchte, nicht beheizbare Wohnung, Überbelag (BAWO-Grundsatzprogramm 1998: S12; Eitel und Schoibl, 1999: S13 ff).

Über die Anzahl der von potenzieller Wohnungslosigkeit Betroffenen, versteckter Wohnungslosigkeit und unzumutbarer Wohnsituation liegen keine Zahlen vor.

6.5.3 Wohnungslosenhilfe und Delogierungsprävention

Wohnungslose Menschen werden in Österreich in rund 100 Einrichtungen ambulant betreut, in 177 Einrichtungen wird Unterkunft angeboten. Insgesamt gab es 1999 rund 6.600 Unterbringungsplätze in betreuten Wohnprogrammen, Heimen und Notschlafstellen, etc. mit stark unterschiedlichen Qualitätsstandards, rechtlichen Rahmenbedingungen, personellen und finanziellen Ressourcen. Auch die Verteilung auf die Bundesländer ist ungleich (siehe Tabelle 6-6). Bei drohender Wohnungslosigkeit z.B. wegen Mietzinsrückständen auf Grund von Langzeitarbeitslosigkeit, etc. gibt es derzeit nur in Krems, Linz, Salzburg, Innsbruck, Vöcklabruck und in Wien *Delogierungspräventionsstellen,* die unterstützend tätig sind. Unterschiedliche Hilfeleistungen sind regional nur wenig bzw. nur soweit koordiniert, als sich die Einrichtungen sich selbst miteinander vernetzen. Einheitliche bundesweite Standards hinsichtlich Versorgung, Qualität und Finanzierung als auch regional verbindliche Programme zur Reintegration wohnungsloser Menschen werden gefordert (Eitel und Schoibl, 1999).

Tabelle 6-5. Wohn-, Schlaf- und Notplätze der Wohnungslosenhilfe nach Bundesländern (1999)

	Reguläre Wohn- und Schlafplätze 1999	Notplätze 1999	Gesamt
Burgenland	18	2	20
Kärnten	204	5	209
Niederösterreich	399	46	445
Oberösterreich	655	57	712
Salzburg	299	3	302
Steiermark	818	223	1.041
Tirol	347	2	349
Vorarlberg	578	13	591
Wien	3.250	409	3.659
Österreich	**6.568**	**760**	**7.328**

Quelle: Eitel und Schoibl, 1999: S77 (großteils ohne Plätze in Frauenhäusern und Einrichtungen für Asylwerber/innen und Migrant/innen)

6.5.4 Verdeckte Wohnungslosigkeit von Frauen und frauengerechte Qualitätsstandards in der Wohnungslosenhilfe

Bezug nehmend auf die Strategie des Gender Mainstreaming hat der Frauenarbeitskreis der BAWO – Bundesarbeitsarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe im November 2003 ein Positionspapier zur Förderung der Chancengleichheit wohnungsloser Frauen und Männer vorgelegt. Die Autorinnen schildern die Problematik von wohnungslosen Frauen folgendermaßen (Loibl und Corazza, 2003; S.4):

„Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit sind bei Frauen eng verknüpft mit extremer Armut bzw. mit Erfahrungen von Gewalttätigkeit. Frauen versuchen, ihr Armsein zu verstecken, weil sie aufgrund der gesellschaftlichen Zuschreibung davon ausgehen, dass ihre Armut als persönliches Versagen und Schande gilt. Ebenso versuchen sie, Wohnungslosigkeit zu vermeiden bzw. entstandene Wohnungslosigkeit verdeckt zu leben und ihre Notlage zu verbergen, um die gesellschaftliche Anerkennung nicht ganz zu verlieren. Frauen lassen sich daher auf das Unterkommen bei Zweckpartnern und Zufallsbekanntschaften ein, trotz der damit verbundenen Schwierigkeiten, um so lange wie möglich nicht aufzufallen und ohne institutionelle Hilfe auszukommen.

Dieses vorübergehende Unterkommen bei Männern bietet Frauen die Möglichkeit, eigenen Grundbedürfnissen (essen, schlafen, duschen, Wäsche waschen) nachgehen zu können. Gleichzeitig haben sie ein Dach über dem Kopf ohne sich einer Etikettierung durch die Mitmenschen auszusetzen. Zudem wird der gesellschaftliche Status des „Frauseins" nicht in Frage gestellt, da das Bestehen einer Zweckpartnerschaft den Anschein der Normalität wahrt. In vielen Fällen erwarten die Männer als Gegenleistung sexuelle Gefügigkeit und Unterordnung. Die Folgen derartiger zweckorientierter Partnerschaften bedingen eine Lebenssituation – Gewalt in der Beziehung, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, unter Umständen auch Gelegenheitsprostitution – die schließlich von der verdeckten in die offene Wohnungslosigkeit führen kann. "

Der Grund für die hohe Dunkelziffer bei den von Wohnungslosigkeit bedrohten und betroffenen Frauen wird von Expert/innen aber nur zum Teil in der verdeckten Wohnungslosigkeit gesehen: „Schlechterdings steht zu vermuten, dass Wohnungslosenhilfe-Einrichtungen in Ermangelung geschlechtsspezifischer Ausrichtung und entsprechender Vorsorgen von wohnungslosen Frauen nur sehr eingeschränkt kontaktiert werden." (Novak und Schoibl, 2000; S.26). Tatsächlich beträgt der Frauenanteil in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nur rund 20 Prozent.

6.6 Gesundheitliche Aspekte der Prostitution von Frauen

Aus feministischer Sicht ist Prostitution von Frauen Ausdruck einer patriarchalischen Gesellschaftsstruktur: „Prostitution ist nicht nur die Kehrseite erzwungener Monogamie, sondern auch der Ausdruck des Objektstatus aller Frauen: Männer sind so pervertiert, dass ihnen der Gedanke, sich das Recht auf einen menschlichen Körper kaufen zu können, noch nicht einmal obszön zu sein scheint, sondern selbstverständlich." Dies stand bereits 1975 in Alice Schwarzers legendärem Buch *Der kleine Unterschied und seine großen Folgen* zu lesen. Die feministische Diskussion der Prostitution muss aber immer ambivalent bleiben: Sich auf die Seite der Prostituierten zu stellen, bringt mit sich, Käuflichkeit von Frauen zu vertreten. Es ist also erforderlich, sich mit Prostituierten zu solidarisieren und zugleich die Diskriminierung als Frau nicht zu vergessen. Kurz: Ja zur Unterstützung der Prostituierten, aber nein zur Prostitution. Diese Ambivalenz ist auch in aktuellen öffentlichen Diskussionen über Prostitution wieder zu finden, die zwischen den Polen des Verbots der Prostitution und deren Anerkennung als Beruf verläuft.

Prostitution ist aber zunehmend auch als globales Phänomen zu sehen. Der Sextourismus in fernöstliche Länder, aber auch in die osteuropäischen Nachbarstaaten hat in den letzten Jahren zugenommen. Sexarbeiterinnen sind zunehmend Betroffene des Menschenhandels. Ebenso steigt der Anteil an Migrantinnen bei Sexarbeiterinnen in Europa, die häufig – besonders wenn sie über keine gültigen Papiere verfügen – unter die Gesundheit gefährdenden Bedingungen arbeiten. Hier gilt, dass je stärker Prostitution illegalisiert wird und je restriktiver sie behandelt wird, umso mehr Frauen in Lebens- und Arbeitsbedingungen gedrängt werden, in denen sie Abhängigkeiten und Gewalt ausgesetzt sind und in denen sie zudem für Unterstützungsangebote nicht erreichbar sind.

Es ist zu beachten, dass es „die Prostituierten" als einheitliche Gruppe nicht gibt, die betroffenen Frauen leben und arbeiten in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen, sei es als Luxusprostituierte, als „freiwillige" Prostituierte zum Bestreiten des Lebensunterhalts, bis zur intravenös drogenabhängigen Beschaffungsprostituierten, zu Migrantinnen, zu illegal arbeitenden Prostituierten oder zu den Opfern von Menschenhandel.

6.6.1 Gesetzliche Regelungen in Zusammenhang mit Prostitution

Unterschiedliche Ansätze der rechtlichen Regelung der Prostitution in Europa

Generell sind vier unterschiedliche Zugangsweisen zur rechtlichen Regelung von Prostitution im europäischen Raum zu erkennen (www.sila.or.at):

- Das *Prohibitionsprinzip*: Alle mit Prostitution in Verbindung stehenden Handlungen und Personen werden bestraft.
- Das *Abolitionsprinzip*: Ziel ist die Abschaffung der Prostitution; die Prostituierten selbst werden nicht rechtlich belangt und es wird nicht die Prostitution an sich unter Strafe gestellt, sondern alle damit in Zusammenhang stehenden Handlungen wie Zuhälterei, Unterhaltung von Bordellen, Frauenhandel, etc.
- Das *Regulationsprinzip*: Prostitution wird toleriert und unter staatliche Kontrolle gestellt, das heißt staatliche Genehmigung von Bordellen und Rotlichtvierteln, Registrierung und Einkommenssteuerpflicht für Sexarbeiterinnen, Gesundheitskontrolle, etc.
- Das *Entkriminalisierungsprinzip*: Sexarbeit wird als Form der Erwerbsarbeit anerkannt und rechtlich geregelt, das heißt, Prostitution soll entkriminalisiert werden.

Auf europäischer Ebene werden derzeit vor allem die unterschiedlichen Modelle in den Niederlanden und in Schweden kontrovers diskutiert:

In den **Niederlanden** ist Prostitution seit Oktober 2000 ein Dienstleistungsgewerbe mit denselben gesetzlichen Regelungen wie für andere Wirtschaftszweige. Gewerkschaften haben eigene Abteilungen zur Vertretung der Interessen der Sexarbeiterinnen eingerichtet. Kritisiert wird an diesem Modell, dass einerseits Prostitution zwar aus der Illegalität befreit werde, dass aber für die nach wie vor illegal im Sexgewerbe arbeitenden Migrantinnen dadurch zur polizeilichen Verfolgung auch noch jene durch Finanzämter und Krankenkassen hinzukomme.

In **Schweden** wird seit Jänner 1999 ein zu Holland konträres Modell praktiziert: Nicht die (illegalen) Prostituierten selbst, sondern die Kunden von Prostituierten werden bestraft, das heißt festgenommen und zu Geldstrafen verurteilt. Kritiker/innen dieses Modells weisen darauf hin, dass sich die Prostitution dadurch vom Straßenstrich in den privaten Bereich verlagere.

In **Großbritannien** wurde im August 2004 ein Vorschlag zur Änderung des fünfzig Jahre alten Prostitutionsgesetzes vorgelegt, der eine Neuregelung des Verbots von Zuhälterei und des Betreibens von Bordellen vorsieht. Bislang wurden Prostituierte häufiger bestraft als Freier. Prostituierte sollen künftig in von der Polizei "kontrollierten Zonen" arbeiten, höhere Strafen für Freier und Zuhälter sind vorgesehen. Hintergrund der Gesetzesänderung ist das Bestreben, die Vernetzung von Prostitution und der illegalen Drogenszene zu durchbrechen: Nahezu 95 Prozent der Straßenprostituierten sind drogenabhängig. Das Internationale Prostituierten-Kollektiv kritisierte den britischen Gesetzesvorschlag mit dem Hinweis auf die Erfahrungen in den Niederlanden, wo kontrollierte Zonen bereits eingeführt wurden, aber bei den Prostituierten keine Akzeptanz fänden und forderte im Gegenzug eine generelle Entkriminalisierung (*International Prostitutes Collective;* http://www.allwomencount.net).

Gesundheitskontrolle von Prostituierten

In Österreich ist die Ausübung der Prostitution ist 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 (StGBl.Nr.152/1945; §11Abs.2) und das AIDS-Gesetz (BGBl.728/1993;§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. In einer Kontrollkarte mit Lichtbild, die umgangssprachlich als *Deckel* bezeichnet wird, wird mittels amtärztlicher Unterschrift (oder Kürzel) bestätigt, dass die Prostituierte der Untersuchungspflicht nachgekommen ist. Bei Vorliegen einer

Geschlechtskrankheit wird die Kontrollkarte eingezogen und ist erst nach nachgewiesener Heilung wieder gültig. Im Falle einer HIV-Infektion wird laut AIDS-Gesetz ein sofortiges Arbeitsverbot erlassen. Da eine Meldung als legale Prostituierte bei der Behörde zu erfolgen hat (z.B. laut §6 des Wiener Prostitutionsgeseztes[45]), ist für Migrantinnen, die illegal in Österreich als Prostituierte arbeiten, mit der offiziellen Meldung die Gefahr einer Abschiebung verbunden. Amtsärztliche Untersuchungen werden jedoch unter Einhaltung des Datenschutzes und ohne Krankenschein durchgeführt. Auf Basis dieser Untersuchungen erstellt das Wiener STD-Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen laufend umfassende Klient/innenstatistiken (in aggregierter, anonymisierter Form; siehe Abbildung 6-1).

Alle über das Geschlechtskrankheiten- und AIDS-Gesetz hinaus gehenden rechtlichen Bestimmungen bezüglich Prostitution obliegen den Bundesländern und werden von diesen sehr unterschiedlich geregelt. In Vorarlberg, Kärnten, Tirol, Salzburg und Oberösterreich ist Prostitution außerhalb von Bordellen verboten. In Wien, Niederösterreich, dem Burgenland und der Steiermark ist Prostitution an bestimmten öffentlichen Orten wie z.B. in der Nähe von Schulen, Kindergärten, Kirchen, Amtsgebäuden, etc. und in Mindestabständen von diesen Orten verboten; die einzelnen Gemeinden (in Wien auch die Bezirke) können darüber hinaus bestimmte Gebiete als Sperrgebiete definieren, in denen Straßenprostitution nur zu bestimmten Zeiten erlaubt ist.

Die Höhe der Verwaltungsstrafen bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Bestimmungen ist in den Bundesländern sehr unterschiedlich und liegt zwischen 10.000 Euro (bzw. 20.000 im Wiederholungsfall) in Salzburg und 1.000 Euro (2.000 Euro im Wiederholungsfall) in Wien. Migrant/innen ohne Aufenthaltsgenehmigung können abgeschoben zu werden bzw. Drittstaatenangehörige aus einem Land außerhalb der EU-Grenzen können ein Aufenthaltsverbot bekommen.

In Wiener Landtag wurde im Jänner 2004 eine Novelle zum Wiener Prostitutions- und Landessicherheitsgesetz beschlossen. Dem Beschluss gingen heftige Diskussionen voraus, da der ursprüngliche Entwurf eine Bestrafung der Freier vorsah, nach Protesten von Beratungseinrichtungen wurde diese aber nicht in die Novelle einbezogen. Die Novelle sieht im Fall einer Anzeige einer Frau, die sich durch einen Freier belästigt fühlt, eine Bestrafung des Freiers vor. Die Strafen für Sexarbeiterinnen, die sie sich nicht der verpflichtenden Gesundheitsuntersuchung unterziehen, wurden erhöht; hingegen wurden die Höchststrafen für Prostituierte, die nicht polizeilich registriert sind, also ohne „Kontrollkarte" arbeiten, deutlich reduziert. Kritiker/innen der Gesetzesnovelle führen an, dass durch die neue Gesetzeslage keine Entkriminalisierung erreicht worden wäre.

Zugang zur Kranken- und Sozialversicherung

Seit dem 1. Jänner 1983 ist Prostitution aufgrund eines Bescheides des Verwaltungsgerichtshofs steuerpflichtig, d.h. der Einkommens-, Umsatz- und Gewerbesteuer unterzogen, ist jedoch nicht in das gesetzliche Sozialversicherungssystem eingegliedert. Prostitution ist somit zwar im Grundrecht auf freie Erwerbstätigkeit erfasst und verfassungsrechtlich geschützt, aber nicht als Arbeit anerkannt, was bedeutet, dass arbeitsrechtliche Schutzbestimmungen wie Arbeitszeitregelung, Krankengeld, Kündigungsschutz und Mutterschutz nicht gelten. Prostitution als selbstständige Tätigkeit ermöglicht eine freiwillige Selbstversicherung und somit Anspruch auf Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung. Tatsächlich ist aber ein Großteil vor allem der Geheimprostituierten nicht kranken- und sozialversichert.

6.6.2 Schätzungen der Zahl der Prostituierten

Es gibt keine Datenquelle in Österreich, die detaillierte Angaben über die Anzahl und die Lebenssituation von Prostituierten enthalten. Für Wien wird geschätzt, 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 Zahl von rund

[45] http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/1984/pdf/lg1984004.pdf

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 Zuname der Zahl 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.

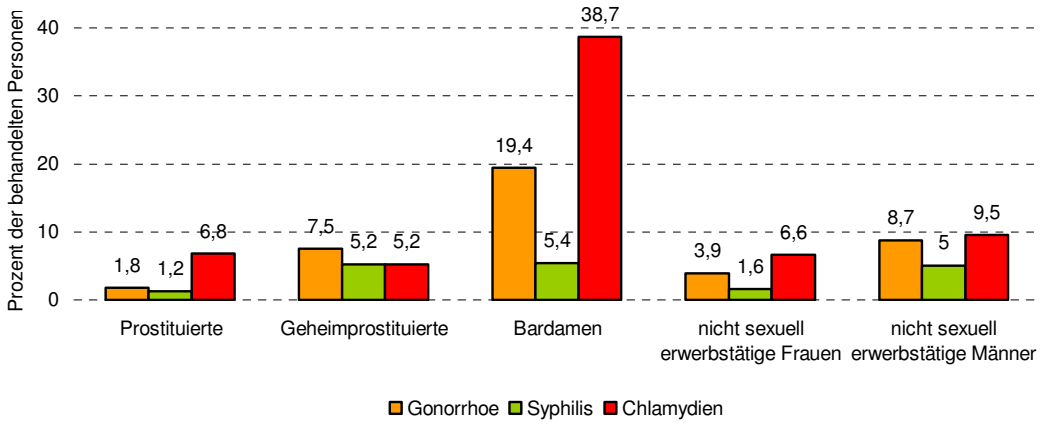
In einer der wenigen Studien zum Thema Prostitution in Österreich, in der 38 Prostituierte – 28 legale und zehn Geheimprostituierte – aus Wien, Graz und Salzburg interviewt wurden, werden folgende Gründe für die Geheimprostitution genannt: Angst der Migrantinnen vor Abschiebung, Minderjährigkeit, Steuerpflicht bei fehlendem Versicherungsschutz, das öffentliche Stigma der Prostitution, die sicherheitspolizeiliche Überwachung; Gesundheitskontrollen wurden nicht als Hinderungsgrund für Registrierung angegeben (Hausleitner et al., 1996).

6.6.3 Gesundheitliche Situation von Prostituierten

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 Klient/innenstatistik, in der rund 1.500 Personen jährlich erfasst werden (zwei Drittel davon sind Frauen).
Was die Häufigkeit der **sexuell übertragbaren Erkrankungen** Gonorrhö, 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 in Verbindung mit dem häufigeren Konsum illegaler Drogen bei nicht registrierten Prostituierten zu sehen ist (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 1995).

Abbildung 6-1. Geschlechtskrankheiten am STD-Ambulatorium der Stadt Wien (2001), Prozent der Behandelten



Quelle: Prim. Dr. Silvia Mayerhofer, Ambulatorium zur Diagnostik und Behandlung von STDs, Stadt Wien

Niederschwellige Beratung für weibliche Prostituierte

Seit August 2003 bietet das Equal-Projekt Sila in Wien als erste Wiener Beratungsstelle niederschwelliger Art rechtliche, psychosoziale und gesundheitliche Beratung für Sexarbeiterinnen an. Sila ist eine niederschwellige Einrichtung, die in Kooperation der Volkshil-

fe und der Migrantinnen-Beratungsstelle Lefö entstanden ist. Das Team besteht aus drei Beraterinnen und fünf kulturellen Mediatorinnen. Zielgruppe sind „freiwillig" arbeitende Prostituierte, nicht aber Betroffene von Frauenhandel oder Zwangsprostituierte. Zielsetzung von Sila ist es, die betroffenen Frauen zu stärken und die Anerkennung von Sexarbeit als Gewerbe zu forcieren. Im ersten Jahr ihres Bestehens führten die Mitarbeiterinnen von Sila über 1.700 Beratungen durch. 68 Sexarbeiterinnen entschieden sich aufgrund der Informationsarbeit von Sila selbstverantwortlich zum formalen Zugang zur Prostitution, während 19 Frauen den Einstieg in ein anderes Arbeitsgebiet schafften. Der größte Anteil an Prostituierten, die zu Sila kamen, sind Asylwerberinnen (57 Prozent) und Migrantinnen (27 Prozent), Österreicherinnen und EU-Bürgerinnen machten 16 Prozent der Beratungen aus. Brisant ist auch die Wohnsituation der Frauen: 38 Prozent der Sexarbeiterinnen waren zum Zeitpunkt der Beratung zeitweise obdachlos. Da das Projekt keine längerfristige Finanzierung hatte, wurde es nach zweieinhalb Jahren Anfang 2005 eingestellt. Die Wiener Volkshilfe hat bei Equal II das Nachfolgeprojekt *Sophie* eingereicht (Quelle: diestandard.at, 22. August 2004 und 6. Februar 2005).

7. Frauen, Arbeit und Gesundheit

Die Arbeitswelt von Frauen unterscheidet sich grundlegend von jener der Männer: Zu den Mehrfachbelastungen von Frauen aufgrund einer Unvereinbarkeit von Beruf und Familie kommen gravierende geschlechtsspezifische Unterschiede in den allgemeinen Arbeitsbedingung hinzu, die sich vor allem in einer geringeren Bezahlung und einem schlechteren beruflichen Status im Vergleich zu Männern zeigen. Frauen und Männer arbeiten in unterschiedlichen Branchen mit spezifischen Risiken, Anforderungen und Belastungen, die sich auch im Bereich des Gesundheitszustandes auf körperlicher und psychosozialer Ebene geschlechtsspezifisch verschieden auswirken. Frauen arbeiten häufiger in einseitig körperlich anstrengenden Berufen oder solchen mit starken psychosozialen Belastungen – oder mit beiden Belastungsquellen, wie etwa in den Pflegeberufen. Viele Frauenberufe bringen monotone Arbeitsgestaltung und fehlende Entscheidungsspielräume mit sich und sind von Zeitdruck und hohem Arbeitspensum geprägt. Schließlich sind es Frauen, die in überwiegendem Ausmaß von Mobbing betroffen sind und sexuelle Belästigung erfahren. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass bei einer Betrachtung der Krankenstände Männer häufiger Arbeitsausfälle aufgrund von Arbeitsunfällen und ischämischen Herzkrankheiten aufweisen – hingegen sind für Frauen die psychischen Erkrankungen deutlich häufiger als für Männer Ursache für einen Krankenstand.
Die Erwerbsquote von Frauen in Österreich ist seit Anfang der 1950er Jahre von 35 Prozent der weiblichen Bevölkerung auf rund 42 Prozent gestiegen, das heißt etwa 1,5 Millionen Frauen in Österreich sind berufstätig. Rund eine Million Frauen haben eine Vollzeit-Stelle, 472.400 sind teilzeitbeschäftigt und 58.900 Frauen geringfügig beschäftigt (BMSG, 2003). Angesichts der steigenden Frauenerwerbsquote ist es daher wie in allen anderen Gesundheitsbereichen auch im Bereich der Gesundheit rund um den Arbeitsplatz wichtig, eine gendersensible Perspektive einzunehmen, um geschlechtsspezifische Risiken zu erkennen und deren negative Auswirkungen auf die Gesundheit verhindern zu können.

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 übersteigt jene der Männer um rund 16 Stunden pro Woche.

Tabelle 7-1. Durchschnittlich geleistete wöchentliche Arbeitszeit nach Geschlecht (2002)

	Frauen		Männer	
	Stunden	Prozent	Stunden	Prozent
Gesamtarbeitszeit	64,0	100,0	48,4	100,0
Erwerbsarbeit	34,5	53,9	41,0	84,6
Hausarbeit	18,3	28,6	4,1	8,5
Kinderbetreuung	11,2	17,5	3,3	6,9

Quelle: BMSG, 2002; S.21 - Mikrozensus September 2002

Das Angebot an **außerfamilialer Kinderbetreuung** ist für die Berufstätigkeit von Frauen essenziell. In Österreich ist eine außerfamiliale Betreuung von Kindern unter drei Jahren selten: Nur elf Prozent dieser Kinder werden extern betreut. Damit liegt Österreich im europäischen Vergleich im unteren Drittel. Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Schweden und Norwegen haben bei Kindern unter drei Jahren Betreuungsquoten von mehr als zwanzig Prozent; noch geringere Quoten als Österreich – zwischen zwei und sechs Prozent - haben die meisten südeuropäischen Länder (BMSG, 2003; S.31).

Tabelle 7-2. Außerfamiliale Kinderbetreuung nach dem Alter der Kinder und nach Bundesländern (2004)

Zahlen in Prozent	**0-2 Jahre**	**3-5 Jahre**	**6-9 Jahre**	**10-13 Jahre**	**Gesamt**
Anzahl der Kinder	25.766	205.933	62.660	30.073	324.432
Burgenland	11,4	97,5	14,2	4,3	26,8
Kärnten	11,3	73,4	10,5	11,0	23,1
Niederösterreich	7,5	92,9	13,9	5,6	25,5
Oberösterreich	5,6	84,4	11,4	5,5	22,7
Salzburg	9,1	82,5	9,6	4,8	22,7
Steiermark	6,1	75,5	9,4	6,6	21,3
Tirol	9,8	82,0	3,6	3,1	20,2
Vorarlberg	8,8	84,4	3,5	5,5	21,3
Wien	23,8	87,7	53,6	17,8	43,5
Österreich	**11,0**	**85,2**	**17,5**	**7,7**	**26,5**

Quelle: BMSG 2004; S.30

Die Leistung, die Frauen erbringen, ist ihnen selber oft nicht bewusst, Anerkennung wird nicht eingefordert und auch nicht das Recht auf Erholung. Diese Situation führt langfristig gesehen zum Burnout. Die traditionelle Hausfrauen- und Mutterrolle wird im Falle einer Scheidung zum Armutsrisiko: Es sind fast immer die Mütter, die nach der Scheidung die Kinder versorgen; Frauen verlieren im ersten Jahr nach der Scheidung mindestens ein Drittel des früheren Pro-Kopf-Einkommens; besonders armutsgefährdet nach einer Scheidung sind Frauen ohne Berufserfahrung und mit geringer Bildung (Hagemann-White, 2000; BMFSFJ, 2003).

Weibliche Rollenvielfalt: Ressource oder Risiko für die Gesundheit?

In der Frage der Vereinbarkeit von Beruf, Kindererziehung und Familie steht der Tatsache der Mehrfachbelastung durch die 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).

Tabelle 7-3. Weibliche Rollenvielfalt: Ressourcen und Risiken

Ressourcen	Risiken
- Wahlfreiheit, Vorhandensein alternativer Rollen - Kompetenz, Lernen und Entwicklung - Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Geld, Einfluss, Status - Wertschätzung, Anerkennung in verschiedenen Lebensbereichen; damit verbundene Sinngebung und Zufriedenheit - vielfältige Sozialkontakte - soziale Unterstützung	- physische und psychische Belastung, Überlastung, Stress, Verunsicherung - intrapersonelle Konflikte (multiple Ziele, Perfektionsnormen, Identitätskonflikte) - interpersonelle Konflikte (mit Partner, am Arbeitsplatz, mit Kindern, mit Anderen) - Normative Konflikte (mit gesellschaftlichen Wertvorstellungen; sowie daraus resultierende Diskriminierung und Isolierung)

Quelle: Abele, 2001; S.569

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 Friseur/innenberuf (92 Prozent), die Reinigungsberufe (91 Prozent), Buchhaltung (81 Prozent), die Gesundheitsberufe (78 Prozent) und die Lehrer/innen und Erzieher/innen (74 Prozent).

Tabelle 7-4. Frauenanteil bei Erwerbstätigen (2003)

in 1.000; sortiert nach insgesamter Größe der Berufsgruppen (Auswahl)	Gesamt	Männer	Frauen	Frauenanteil in Prozent	Ranking Frauenanteil (top ten)
	3.693,3	2.019,7	1.673,6	45	
Büroberufe, administrative Hilfsberufe	457,2	143,3	313,9	69	6
Handel, Ein- und Verkauf	303,1	96,1	207,0	68	7
Gesundheitsberufe	212,2	47,1	165,0	78	4
Landwirtschafts- und Gartenberufe	198,4	99,3	99,1	50	9
Lehrer/innen, Erzieher/innen	191,3	50,5	140,8	74	5
Bauberufe	153,7	149,7	4,0	3	
Verkehrsberufe, Transport	137,4	130,4	6,9	5	
Reinigungsberufe	124,8	11,3	113,5	91	2
Elektriker/innen	116,1	103,8	12,3	11	
Geschäfts-, Betriebsleitung; Direktor/innen	115,4	82,2	33,3	29	10
Schmiede, Schlosserei, Werkzeugmacherei	105,3	104,3	1,0	1	
Hotel- und Gaststättenberufe	100,7	25,3	75,5	75	4
Buchhaltung	94,0	18,1	76,0	81	3
EDV-Techniker	84,7	77,2	7,5	9	
Küchenberufe	74,4	26,1	48,3	65	8
Tischlerei, Holzverarbeitung	72,2	67,2	4,9	7	
Installateure, Spengler	59,5	58,9	0,7	1	
Maschinenbau und Elektrotechnik	41,7	39,8	2,0	5	
Friseurberufe, Schönheitspflege	38,1	3,1	35,0	92	1
Sozialarbeit, Fürsorge	32,6	9,2	23,4	72	6

Quelle: Statistik Austria 2003; Arbeitskräfteerhebung S.62

„Die kulturelle Abwertung des Weiblichen ist vielfach darin verborgen, dass sie nicht direkt Frauen betrifft, sondern deren typische Tätigkeiten (zu denen sie sich scheinbar individuell entscheiden). Frauen leisten insbesondere Arbeit an Personen: Klient/innen, Kund/innen … und diese Arbeit gilt als „leicht". Die Belastungen dieser Arbeit werden weder gemessen noch ernst genommen. Lärm wird bei der Fabrikarbeit gemessen, nicht im Kindergarten; Stressfaktoren werden bei Frauenarbeitsplätzen nicht untersucht. (…) Berufskrankheiten wurden zuerst bei Männerberufen erfasst, kaum bei Frauenberufen (etwa die Chemiebelastung bei Friseurinnen; im Pflegebereich die Rückenerkrankungen durch schweres Heben). Es ist nicht etwa so, dass körperlich leichte Arbeit, weil sie leicht ist, den Frauen zugeteilt wird, sondern eher umgekehrt: Was auch immer Frauen tun – mancherorts Straßenbau oder Wassertragen – gilt als „leichte Arbeit", weil sie Frauen leisten." (Hagemann-White, 2000; S.3).

Gender Mainstreaming im Zusammenhang mit Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist eine der zentralen Zielsetzungen des von der Europäischen Kommission initiierten Programms *Anpassung und Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz* der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in Bilbao, die von 2002 bis 2006 umgesetzt werden soll. Die Agentur hat einen umfassenden Bericht über **frauenspezifische Risiken am Arbeitsplatz und der Prävention** erstellt. Daraus nachfolgend ein Überblick über die wesentlichsten geschlechtsbezogenen Unterschiede in den Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz (EASHW, 2002 und 2003):

Tabelle 7-5. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz

Risiko / Gesundheitsergebnis	Stärkere Exposition/ größere Häufigkeit	
Unfälle	Männer	Männer weisen eine höhere Unfallrate auf, selbst unter Berücksichtigung der geringeren Arbeitsstundenzahl bei Frauen.
Erkrankungen der oberen Gliedmaßen	Frauen	Hohe Häufigkeit bei einigen äußerst repetitiven Tätigkeiten von Frauen, wie „leichte" Montagearbeiten am Fließband und Dateneingabetätigkeiten, bei denen die Frauen wenig Einfluss auf die Arbeitsweise nehmen können.
Heben von schweren Lasten	Männer	Frauen leiden jedoch z. B. in Reinigungs-, Verpflegungs- und Pflegetätigkeiten an Schädigungen durch Heben und Tragen schwerer Lasten.
Stress	Frauen	Hohe Häufigkeit bei Männern und Frauen. Besondere Stressfaktoren bei Frauen sind sexuelle Belästigung, Diskriminierung, Tätigkeiten mit wenig Ansehen und geringen Einflussmöglichkeiten, emotional anstrengende Tätigkeiten sowie Doppelbelastung durch die bezahlte Lohnarbeit und die unbezahlte Arbeit zu Hause.
Angriffe seitens der Öffentlichkeit	Frauen	Weibliche Arbeitnehmer/innen sind häufiger Publikumsverkehr ausgesetzt.
Lärm / Hörverlust	Männer	Frauen können z.B. in der Textil- und Lebensmittelproduktion starker Lärmbelastung ausgesetzt sein.
Arbeitsbedingte Krebserkrankung	Männer	Größere Häufigkeit bei Frauen in bestimmten Herstellungsbranchen.
Asthma und Allergien	Frauen	Z.B. durch Reinigungsmittel, Sterilisationsmittel und Staub in Schutzhandschuhen aus Latex, die im Gesundheitswesen eingesetzt werden, sowie Stäube in der Textil- und Bekleidungsindustrie
Hautkrankheiten	Frauen	Z.B. aufgrund von Arbeiten mit nassen Händen im Cateringbereich; durch Hautkontakt mit Reinigungsmitteln, Haarbehandlungschemikalien
Infektionskrankheiten	Frauen	Z.B. im Gesundheitswesen oder bei Tätigkeiten im Kontakt mit Kindern
Ungünstige Tätigkeiten und Schutzausrüstung	Frauen	Schutzausrüstung wurde für den „Durchschnittsmann" entworfen, was für viele Frauen und „Nicht-Durchschnittsmänner" problematisch ist.
Reproduktive Gesundheit	beide	Zu den vernachlässigten Bereichen gehören Fruchtbarkeit, Menstruationsstörungen, Menopause und männliche reproduktive Gesundheit.
Ungünstige Arbeitszeiten	beide	Bei Männern ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie lange bezahlte Arbeitsstunden ableisten, während Frauen mehr unbezahlte Arbeit zu Hause erledigen.

Quelle: EASWH, 2003

7.2.1 Strukturelle und rechtliche Grundlagen von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Österreich

Aus rechtlicher Sicht fällt das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz in Österreich in den Kompetenzbereich der dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit unterstellten Arbeitsinspektorate. Der Arbeitsschutz umfasst die Bereiche Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz und den Verwendungsschutz.

Der Bereich **Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz** betrifft alle technischen und arbeitshygienischen Schutzvorschriften laut Arbeitnehmer/innenschutzgesetz (ASchG), die auf eine Vermeidung von Unfallgefahr, Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Erkrankungen und Dauerschäden abzielen. Allgemeine Grundsätze der Gefahrenverhütung, die Arbeitgeber/innen bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen berücksichtigen müssen sind die Vermeidung von Risiken, die Abschätzung nicht vermeidbarer Risiken, die Gefahrenbekämpfung an der Quelle, die Berücksichtigung des *Faktors Mensch* bei der Arbeit, die Berücksichtigung des Standes der Technik, die Ausschaltung oder Verringerung von Gefahrenmomenten, die Planung der Gefahrenverhütung, der Vorrang des allgemeinen Gefahrenschutzes vor dem Gefahrenschutz für die Einzelnen, die Erteilung geeigneter Anweisungen an die Arbeitnehmer/innen (§ 7 ASchG)[46].

Unter den Bereich des **Verwendungsschutzes** fallen Schutzbestimmungen für bestimmte besonders schutzwürdige Gruppen von Arbeitnehmer/innen, wie etwa Kinder und Jugendliche oder Frauen, insbesondere Schwangere und stillende Mütter, sowie Regelungen zur Arbeitszeit und Arbeitsruhe (einschließlich der Sonderbestimmungen für bestimmte Berufsgruppen, z.B. Lenker/innen).

Tabelle 7-6. Schutzbestimmungen und Vorschriften für Schwangere und stillende Mütter

Das Mutterschutzgesetz 1979 sieht für schwangere Frauen und Mütter nach der Geburt ihres Kindes spezielle Beschäftigungsverbote und –beschränkungen und Schutzbestimmungen vor:

- Meldepflicht: Die Schwangerschaft muss dem/der Arbeitgeber/n gemeldet werden, der/die in weiterer Folge eine schriftlich Meldung an das zuständige Arbeitsinspektorat machen muss.
- Absolutes Beschäftigungsverbot besteht acht Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin und acht Wochen nach der Entbindung (bei Früh-, Mehrlingsgeburten, Kaiserschnitt zwölf Wochen). Beschäftigungsverbote, -beschränkungen während der Schwangerschaft umfassen das Heben und Tragen von Lasten, Arbeiten mit überwiegendem Stehen oder mit gesundheitsgefährdenden Stoffen, Akkordarbeiten, Beschäftigung auf Beförderungsmitteln. Die Beschäftigungsverbote gelten auch für stillende Mütter bzw. Arbeitnehmerinnen nach der Entbindung.
- Eine Einschränkung bei der Arbeitszeit für Schwangere und stillende Mütter besteht im Verbot der Nachtarbeit sowie der Sonn- und Feiertagsarbeit (jeweils mit Ausnahmen), in der Beschränkung der maximalen Tagesarbeitszeit auf neun Stunden und der maximalen Wochenarbeitszeit auf vierzig Stunden. Eine Ruhemöglichkeit muss an der Arbeitsstelle vorhanden sein.
- Notwendige schwangerschaftsbedingte Vorsorgeuntersuchungen können auch während der Arbeitszeit unter Weiterzahlung des Entgelts in Anspruch genommen werden, wenn sie außerhalb dieser nicht möglich oder nicht zumutbar sind.
- Eine Freistellung aus medizinischen Gründen kann bei Vorliegen bestimmter gesundheitlicher Probleme und eines entsprechenden ärztlichen Befunds während der Schwangerschaft bei Amts- oder Arbeitsinspektionsärzt/innen erwirkt werden.
- Kündigungs- und Entlassungsschutz besteht während der Schwangerschaft bis vier Monate nach der Entbindung bzw. Ende einer Karenz oder Teilzeit. Eine Entlassung ist nur aus besonderen Gründen und nur mit Zustimmung des Arbeits- und Sozialgerichtes möglich.
- Mutterschutzevaluierung: Der/die Arbeitgeber/in ist verpflichtet, die Gefahren für die Sicherheit und Gesundheit von werdenden und stillenden Müttern und ihre Auswirkungen auf die Schwangerschaft oder das Stillen zu ermitteln und zu beurteilen. Je nach Ergebnis dieser Beurteilung kann es erforderlich sein, die Arbeitsbedingungen zu ändern, einen Ersatzarbeitsplatz bereitzustellen oder die Arbeitnehmerin gänzlich von der Arbeit zu befreien. Eine umfassende Beratung erfolgt durch das für Frauenarbeit und Mutterschutz zuständige Arbeitsinspektorat.

Gesetzliche Basis: Mutterschutzgesetz (1979); Arbeitnehmer/innenschutzgesetz (1994)

Quelle: www.bmwa.gv.at (28.9.2004)

[46] http://www.bmwa.gv.at/BMWA/Themen/Arbeitsrecht/Arbeitsschutz/default.htm

7.2.2 Krankheit am Arbeitsplatz: 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 Arbeiter/innen und Angestellten drei Millionen Krankenstandsfälle und 36,2 Millionen Krankenstandstage gezählt.

Tabelle 7-7. Krankenstandsfälle und -tage bei Arbeiter/innen und Angestellten nach Geschlecht (2003)

2003	Arbeiter/innen und Angestellte im Jahresdurchschnitt	Krankenstandsfälle	Krankenstandstage
Männer	1.520.635	1.655.647	20.376.121
Frauen	1.333.852	1.363.267	15.781.883
Gesamt	2.854.487	3.018.914	36.158.004

Quelle: HVB der Sozialversicherungsträger, 2004

Die Anzahl der Krankenstandsfälle ist bei Frauen nahezu identisch mit der bei Männern (1.089 Krankenstandsfälle pro 1.000 Arbeitnehmer/innen bei Frauen, 1.058 bei Männern im Jahr 2003), durchschnittlich gesehen ist jede/r Österreicher/in 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 Arbeitnehmer/innen). 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 ist in diesem Zeitraum insgesamt von 13,3 Tagen auf 11,6 Tage gesunken. Diese Entwicklung wird mit der angespannten Arbeitsmarksituation und der damit verbundenen Angst um den Arbeitsplatz in Zusammenhang gebracht. Hinsichtlich der Durchschnittsdauer eines Krankenstandes gibt es große Altersunterschiede: bei Dreißigjährigen beträgt diese rund neun Tage, bei Sechzigjährigen 22 Tage.

Tabelle 7-8. Krankenstände bei Arbeiter/innen und Angestellte nach Geschlecht und Altersgruppen (1994-2003)

	Geschlecht	Krankenstandsfälle pro 1.000	Krankenstandstage pro 1.000	Durchschnittsdauer eines Krankenstands in Tagen
1994	Männer	1.068	14.582	13,7
	Frauen	1.153	16.024	13,9
	Gesamt	1.003	13.374	13,3
2003	Männer	1.058	12.667	12,0
	Frauen	1.089	13.400	12,3
	Gesamt	1.022	11.832	11,6
Ausgewählte Altersgruppen				
25 – 29 Jahre	Männer	1.116	10.652	9,5
	Frauen	943	8.072	8,6
	Gesamt	1.029	9.361	9,1
55 – 59 Jahre	Männer	1.070	24.319	22,7
	Frauen	1.141	24.143	21,2
	Gesamt	1.059	24.257	22,1

Quelle: HVB der Sozialversicherungsträger, 2004

Die häufigsten Erkrankungen, die einen Krankenstand erforderlich machen, sind Krankheiten der oberen Luftwege und Atmungsorgane, Krankheiten des Bewegungsapparats, Darminfektionen und Arbeitsunfälle. Frauen sind insgesamt deutlich seltener von Arbeitsunfällen betroffen als Männer, hingegen kommen bei Frauen psychische Erkrankungen und Krebs als Krankenstandsursache überproportional häufig vor.

Tabelle 7-9. Frauenanteil bei Krankenstandsfällen und –tagen nach Diagnosen (2003)

Krankenstand 2003 Ausgewählte Krankheiten	Fälle	Frauen-Anteil	Tage	Frauen-anteil	Tage/Fall	
	Gesamt	Prozent	Gesamt	Prozent	Männer	Frauen
Gesamt	3.018.914	45	36.185.004	44	12,3	11,6
Die fünf häufigsten Erkrankungen						
Krankheiten der oberen Luftwege	987.182	47	6.607.650	47	6,7	6,7
Krankheiten des Skeletts, Muskeln	434.495	40	7.852.161	43	17,1	19,6
Darminfektionen	261.130	46	1.340.075	46	5,1	5,2
Sonst. Krankheiten der Atmungsorgane	206.064	45	1.734.276	45	8,4	8,4
Arbeitsunfälle	149.171	21	2.780.511	20	18,9	17,7
Frauenrelevante Erkrankungen						
Psychische Krankheiten	50.040	60	1.536.502	59	31,6	30,1
Komplikation in der Schwangerschaft*	25.786	100	314.506	100	-	12,2
Ischämische Herzkrankheiten	9.503	26	394.794	19	45,4	30,6
Fehlgeburt, Interruptio	6.295	100	75.387	100	-	12,0
Krebs der Brust, Geschlechtsorgane	6.207	72	295.507	72	48,5	47,3

*die normale Geburt ist nicht in der Krankenstands-Statistik enthalten; Quelle: HVB der Sozialversicherungsträger, 2004

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.

Tabelle 7-10. Frauenanteil bei anerkannten Berufskrankheiten (1999-2003)

	1999		2000		2001		2002		2003	
	Gesamt	Frauen-anteil	Gesamt	Frauen-anteil	Gesamt	Frauen-anteil	Gesamt	Frauen-anteil	Gesamt	Frauen-anteil
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
BGLD	15	33	20	45	20	70	13	23	15	40
KTN	113	21	128	18	157	18	162	20	100	12
NÖ	114	24	128	21	144	25	161	20	196	16
OÖ	447	26	451	27	491	27	453	22	362	16
SZBG	125	25	82	20	106	23	162	22	121	22
STMK	144	27	139	32	141	35	143	34	130	26
Tirol	103	29	107	36	116	30	115	35	88	27
VBG	54	35	53	32	52	35	42	36	42	33
Wien	144	34	160	29	168	30	151	30	124	27
Ö	1.259	27	1.268	27	1.395	28	1.402	25	1.178	20

Quelle: AUVA, 2004

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

Abbildung 7-1. Anerkannte Arbeitsunfälle nach Geschlecht (1999-2003)

	1999	2000	2001	2002	2003
Männer	100.636	98.239	91.300	87.410	92.679
Frauen	28.007	28.229	27.170	26.412	27.446
Gesamt	128.643	126.468	118.470	113.822	120.125
Frauenanteil %	22	22	23	23	23

Quelle: AUVA, 2004

7.3 Frauen, Arbeit und Gesundheit: die Gender-Perspektive

Eine **Serie von internationalen Kongressen zum Thema Frauen, Arbeit und Gesundheit** unter dem Titel *Women, Work, Health* wurde 1996 in Barcelona mit dem Ziel begonnen, einen internationalen Austausch von Informationen und Ressourcen zur Gesundheitsförderung und Steigerung der Lebensqualität von Frauen in der Arbeitswelt anzuregen. Der zweite Kongress fand 1999 in Rio statt und war in erste Linie Impulsgeber für die lateinamerikanischen Staaten, Arbeit und Gesundheit aus der Perspektive der Frauen zu sehen. Am dritten Kongress im Jahre 2002 in Stockholm standen die ganzheitliche Betrachtungsweise der Thematik im Vordergrund und die Botschaft, dass die Ar-

beitsbedingungen in Beziehung zu gesellschaftlichen Fragen und zu organisationsbezogenen Sichtweisen zu setzen seien. Der nächste Kongress wird 2005 in Indien stattfinden. Der Kongress in Stockholm im Jahr 2002 wurde mit einer Deklaration beendet, in der dazu aufgerufen wurde, Netzwerke für einen kontinuierlichen Austausch von Erfahrungen und Wissen auszubauen. Weitere Empfehlungen betreffen die Verbesserung der Gesundheitsdienste und die Entwicklung multidisziplinärer und mehrschichtiger Ansätze in der Forschung (multilevel approaches).

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, in Österreich, Griechenland und Luxemburg ist dies sehr selten.
- 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.

7.3.1 Gleichbehandlungsrichtlinie: Präventionsmaßnahmen bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Ein Beitrag von Mag. Ingrid Löscher-Weninger, BMGF, Abteilung II/3

Die *Europäische Richtlinie 2002/73/EG zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen hinsichtlich des Zugangs zur Beschäftigung, zur Berufsbildung und zum beruflichen Aufstieg sowie in Bezug auf die Arbeitsbedingungen* (Council Directive 2002/73/EC amending Council Directive 76/207/EEC) betrachtet Belästigung und sexuelle Belästigung als Diskriminierung und daher als verboten. Die Richtlinie, die bis spätestens 5. Oktober 2005 in den EU-Mitgliedsstaaten umzusetzen ist, sieht vor, Arbeitgeber/innen zu ersuchen, Maßnahmen zur ergreifen, um allen Formen der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und insbesondere Belästigung und sexueller Belästigung am Arbeitsplatz vorzubeugen.

Definitionen:

Belästigung bezeichnet unerwünschte geschlechtsbezogene Verhaltensweisen gegenüber einer Person, die bezwecken oder bewirken, dass die Würde der betreffenden Person verletzt und ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen und Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird.

Sexuelle Belästigung ist jede Form von unerwünschtem Verhalten sexueller Natur, das sich in unerwünschter verbaler, nicht verbaler oder physischer Form äußert und das bezweckt oder bewirkt, dass die Würde der betreffenden Person verletzt wird, insbesondere wenn ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen und Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird.

Die Richtlinie enthält auch Bestimmungen über die Durchsetzung von Rechtsansprüchen auf dem Gerichts- und/oder Verwaltungsweg sowie eventueller Schlichtungsverfahren und die weitgehende Aufhebung von Schadensobergrenzen.

In Österreich wurde die Richtlinie im Zuge der Novellen zum Gleichbehandlungsgesetz (BGBl. I Nr. 66/2004) und zum Bundes-Gleichbehandlungsgesetz (BGBl. I Nr. 65/2004) umgesetzt.

Eine Empfehlung der EU-Kommission zum Schutz der Würde von Frauen und Männern am Arbeitsplatz (92/131/EWG) enthält im Anhang praktische Verhaltensregeln und Maßnahmen zur Bekämpfung sexueller Belästigung.

Schlüsselelemente von **Strategien der Bekämpfung von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz** sind:

- eine klare, umfassende Definition von sexueller Belästigung
- eine detailliertes Angebot an präventiven Maßnahmen
- ein Leitfaden für den Beschwerde-Prozess und eine Anlaufstelle für Beschwerden
- Schutz und Unterstützung für Angestellte, die Opfer von sexueller Belästigung geworden sind
- Sanktionen für die als schuldig erkannten Täter der sexuellen Belästigung
- Unterstützende Maßnahmen wie spezielle Trainingsprogramme, um das Thema bewusst zu machen und die Verantwortlichen auf die Umsetzung von Maßnahmen zu schulen

Quelle: Bleijenbergh et al. (1999)

7.3.2 Gender Mainstreaming, Arbeit und betriebliche Gesundheitsförderung

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU definiert die Ansatzpunkte der betrieblichen Gesundheitsförderung als Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, als Förderung einer aktiven Mitarbeiter/innenbeteiligung und als Stärkung persönlicher Kompetenzen (EUNBG, 1997). Dieser Ansatz deckt sich mit den Aufgabenstellungen einer gendersensiblen Gesundheitsförderung. Im Sinne des Gender Mainstreaming werden sich in Zukunft der betriebliche Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung sicherlich in eine geschlechtersensible Richtung verändern, derzeit fehlen allerdings noch die Konzepte. Der Aspekt des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz ist aus der Gender-Perspektive in einem neuen Licht zu sehen: Zu den klassischen Aufgaben des Unfallschutzes und des Mutterschutzes kommt der Schutz der psychischen Gesundheit und die Vermeidung von Mobbing oder sexueller Belästigung hinzu. Ein zentrales Thema ist aber nach wie vor die Ermöglichung einer frauengerechten flexiblen Arbeitszeitgestaltung, die eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf zulässt.

Geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung - Handlungsfelder

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 Arbeits-

platz. Wie ließe sich das Feld einer geschlechtersensiblen betrieblichen Gesundheitsförderung abstecken? Folgende Punkte müssten dabei vorrangig Berücksichtigung finden:

- 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 gesundheitlichen Belastungen (der 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 (Schutz von Nichtraucher/innen, Alkohol, gesundheitsförderliche Betriebsverpflegung, …);
- Erschließung und Förderung gesundheitsbezogener Potenziale durch Reduzierung von Über- und Unterforderung; Verbesserung der sozialen Beziehungen; Erweiterung der sozialen Handlungsspielräume; Verbesserung der Qualifikation von Frauen und Männern;
- Führungskräftetrainings, die auf psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz abzielen; weitere Themenbereiche sind Kommunikation und Motivation im Zusammenhang mit Gesundheit und das Arbeiten in Gruppen;
- Schaffung geschlechtersensibler Analyseinstrumente, die differenzierte Gefährdungsanalysen ermöglichen (Arbeitsunfähigkeits- und Fehlzeiten-Analysen; Mitarbeiter/innenbefragungen, Gesundheitszirkel, …);
- Etablierung einer betrieblichen Gender-Gesundheitsberichterstattung und von geschlechtersensiblen Berufsgruppen- und Branchengesundheitsberichten.

7.4 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Ein Beitrag von Dr. Elfriede Urbas, Gesundheitssoziologin, Wien[47]

Arbeitslosigkeit hat nicht nur materiellen Folgen, sondern führt auch zum Verlust verschiedener mit der beruflichen Tätigkeit verbundenen latenten Funktionen (wie etwa dem Selbstwertgefühl, der sozialen Anerkennung, den sozialen Kontakten, etc.). Die Ausgrenzung aus dem Arbeitsprozess wird von den meisten Arbeitslosen als belastend erlebt und kann auch negative Folgen für die Gesundheit haben (BMFSFJ, 2001, S.447). Zur Frage der gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit bei Frauen liegen divergierende Forschungsergebnisse vor. Da Frauen bei Arbeitslosigkeit weiterhin vielfältige Verpflichtungen - Haushalt, Kinder, pflegebedürftige Angehörige - haben, wurde zum Teil argumentiert, dass für sie die negativen Folgen der Arbeitslosigkeit weniger gravierend als für Männer seien. Detaillierte Studien weisen jedoch darauf hin, dass sich die Reaktionsformen auf die Arbeitslosigkeit bei Frauen und Männern angleichen, je mehr die Erwerbstätigkeit zum Bestandteil der weiblichen Normalbiografie wird (Schultz-Gambard et al., 1987; Brinkmann, Wiedemann, 1994; Mohr 1997).

7.4.1 Entwicklung der Frauenarbeitslosigkeit in Österreich

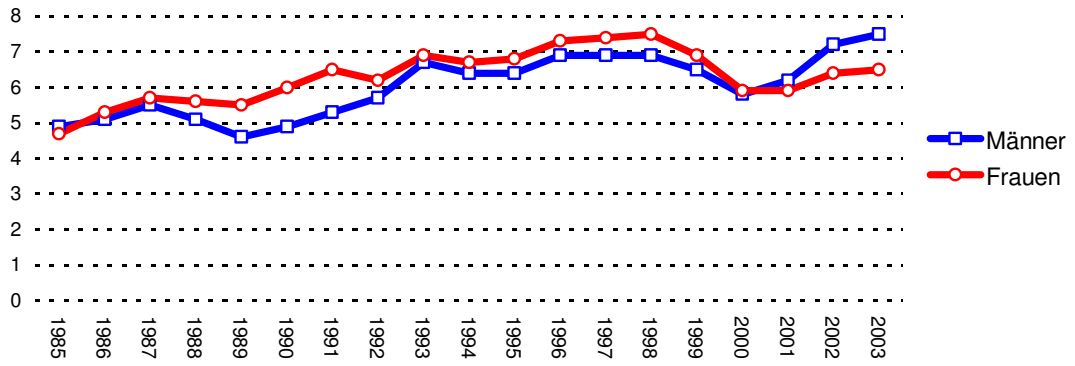
Es gibt verschiedene Definitionen und Methoden zur Erfassung der Arbeitslosigkeit. Grundlage für Registerarbeitslosenquote (nationale Berechnung) sind die beim Arbeitsmarktservice als arbeitslos vorgemerkten Personen. Die internationale Arbeitslosenquote basiert auf Umfragedaten aus dem Mikrozensus.[48] Die nationale Arbeitslosenquote (Jahresdurchschnitt) ist in Österreich seit Ende der 1980er Jahre kontinuierlich gestiegen, lediglich zwischen 1998 und 2000 war ein rückläufiger Trend zu beobachten. Von 1986 bis zum Jahr 2000 lag die nationale Arbeitslosenquote der Frauen über jener der Männer. Der Anstieg der Arbeitslosigkeit von 1996 bis 1998 war vor allem auf die vermehrte Frauenarbeitslosigkeit zurückzuführen, während bei den Männern die Arbeitslosigkeit in diesem Zeitraum relativ konstant blieb. Seit 2001 ist die Arbeitslosigkeit bei beiden Geschlechtern wieder gestiegen, wobei die Arbeitslosenquote der Frauen nunmehr etwas

[47] Der Inhalt dieses Abschnitts gibt die persönliche Meinung der Autorin wieder.
[48] Zur genaueren Definition und Berechnungsmethode vgl. u.a. http://www.ams.or.at/neu/noe/1412.htm

unter jener der Männer liegt.[49] Im Jahr 2003 betrug die Arbeitslosenquote der Frauen im Jahresdurchschnitt 6,5 Prozent, jene der Männer 7,5 Prozent. Die internationale Arbeitslosenrate der Frauen lag jedoch weiterhin über jener der Männer (Frauen 4,4 Prozent, Männer 3,9 Prozent). Nach nationaler Berechnung waren im Jahr 2003 in Österreich insgesamt 319.643 Frauen und 454.599 Männer von Arbeitslosigkeit betroffen. Im Jahresdurchschnitt waren 100.362 Frauen und 139.717 Männer als arbeitslos vorgemerkt (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2004[50]; Statistik Austria, 2004). Zusätzlich waren 20.023 Frauen und 21.459 Männer in Schulungen.

Die neueren Arbeitsmarktdaten signalisieren einen weiteren Anstieg der Frauenarbeitslosigkeit. So war z.B. im Oktober 2004 der Anstieg der Arbeitslosigkeit ausschließlich weiblich. Zu beobachten sind vor allem vermehrte Probleme beim Wiedereinstieg von Frauen in den Beruf.

Abbildung 7-2. Arbeitslosenquote* nach Geschlecht (1985-2003), Jahresdurchschnitt



* Nationale Berechnungsmethode: Anteil der Arbeitslosen am Arbeitskräftepotential. Die Quoten werden vom Arbeitmarktservice errechnet; Quelle: AMS, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; zitiert nach Statistik Austria 2004, S.170

Langzeitarbeitslosigkeit

Soziale und gesundheitliche Einschränkungen sind eng mit der Dauer der Arbeitslosigkeit assoziiert (Stadler, Hacker, 2004). Als Langzeitarbeitslose gelten in den amtlichen Arbeitsmarkstatistiken Personen, die zum Erhebungszeitpunkt mindestens ein Jahr durchgängig arbeitslos gemeldet waren. Nach diesem Kriterium waren im Jahr 2003 18.308 Frauen und 27.495 Männer von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen. 64.753 Frauen und 81.977 Männer waren mehr als ein halbes Jahr als arbeitslos vorgemerkt. Allerdings wird die Langzeitarbeitslosigkeit aufgrund der Tatsache, dass selbst kurzfristige Unterbrechungen zu einem Neubeginn der Zählung führen, unterschätzt.

7.4.2 Unterschiede zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen

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 oftmaliges Krank-Sein verbunden mit Bettlägerigkeit mit Unterbrechung der gewohnten Tätigkeit kommt bei arbeitslosen Frauen (Männern) häufiger als bei erwerbstätigen vor.

[49] Seit 2000 wird bei der Planung und Durchführung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen der Ansatz des Gender Mainstreaming sukzessive umgesetzt und diese Strategie jeweils durch einen frauenspezifischen Schwerpunkt ergänzt. Laut den Zielvorgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft müssen außerdem mindestens 50 Prozent des Förderbudgets Frauen zugute kommen. Die in Schulungen befindlichen Personen sind nicht in der Arbeitslosenstatistik enthalten.

[50] http://www.bmwa.gv.at/NR/rdonlyres/ 9F05D77F-76DF-4EB4-AAA4-014A2B71B947/0/Frauen.pdf

Untersuchungen zeigen, dass es sich bei den gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit meist nicht so sehr um spezifische Krankheiten handelt, sondern um Befindlichkeitsstörungen und psychosomatische Symptome, wie Depressivität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität, Konzentrationsstörungen, die jedoch bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit zu körperlichen Beeinträchtigungen führen bzw. sich negativ auf den Verlauf bestehender Krankheiten auswirken können (Kurella, 1992; MAGS, 1998). Die Ergebnisse des Mikrozensus verweisen ebenfalls auf vermehrte Befindlichkeitsstörungen bei Arbeitslosigkeit. Und zwar berichten arbeitslose Frauen (und Männer) u. a. häufiger über Kopfschmerzen und Migräne, Kreislaufstörungen, Wetterempfindlichkeit Schlafstörungen und Niedergedrücktheit (Depressionen) als erwerbstätige, wobei allerdings bei den Männern deutlichere Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen zu beobachten sind.

Tabelle 7-11. Gesundheitliche Beschwerden nach Geschlecht und Erwerbstatus (1999)

Beschwerden (Mehrfachnennungen möglich; Zahlen in Prozent)	Frauen			Männer	
	erwerbstätig (einschl. Karenz)	ausschließe. haushalts-führend	arbeitslos	erwerbstätig (einschl. Karenz)	arbeitslos
Personen in 1.000	1.532,9	627,4	70,8	2.102,6	90,6
folgende Beschwerden wurden genannt (Mehrfachnennungen möglich, Prozent)					
Kopfschmerzen, Migräne	17,1	15,3	19,1	9,6	14,8
Kreislaufstörungen	11,9	14,5	15,4	5,2	14,1
Wetterempfindlichkeit	10,1	13,8	14,5	6,6	11,4
Schlafstörungen	8,3	14,1	13,9	7,4	15,6
Niedergedrücktheit (Depressionen)	3,0	4,7	5,7	2,0	6,7

Quelle: Statistik Austria, 2002; Mikrozensus 1999.

Arbeitslosigkeit beeinflusst auch das **Gesundheitsverhalten**: Arbeitslose Frauen (und Männer) geben seltener als Erwerbstätige an, gezielte Anstrengungen zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit zu unternehmen (gesundheitsbewusste Ernährung, körperliche Betätigung in der Freizeit). Bei der Teilnahme an der Gesundenuntersuchung findet sich kein Unterschied zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen (Tabelle 7-12).

Bei arbeitslosen Frauen (und Männern) ist auch tägliches bzw. starkes Rauchen und Übergewichtigkeit vermehrt zu beobachten. Arbeitslose beiderlei Geschlechts sind außerdem seltener Ex- und Nichtraucher/innen als Erwerbstätige. Studien verweisen darauf, dass vor allem arbeitslose Jugendliche vermehrt gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Alkoholkonsum, sozialer Rückzug, Aggressivität, etc.) an den Tag legen (MASGF, 1995). In vielen Fällen verstärkt Arbeitslosigkeit ein bereits bestehendes Suchtverhaltens.

Im Zusammenhang mit dem im Vergleich zu erwerbstätigen schlechteren gesundheitlichen Befinden arbeitsloser Frauen (und Männer) steht ihre vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Sowohl Besuche bei Allgemeinmediziner/innen, bei Internist/innen, sonstigen Fachärzt/innen, aber auch Krankenhausaufenthalte finden sich bei arbeitslosen Frauen (und Männern) häufiger als bei erwerbstätigen.

Bei der Bewertung dieser Ergebnisse sind verschiedene methodische Fragen und Probleme zu berücksichtigen, die unter Umständen zu Fehlinterpretationen führen können: Unterschiede in der Gesundheitssituation zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen können auch durch Alters- und Bildungsunterschiede, durch Unterschiede in der beruflichen Qualifikation etc., die sich ebenfalls auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken, beeinflusst sein. Allerdings zeigen sich z.B. nach altersstandardisierten Auswertungen, d.h. unter Zugrundelegung einer vergleichbaren Altersstruktur in beiden Gruppen, weiterhin deutliche Unterschiede bei verschiedenen Gesundheitsindikatoren (Grobe und Schwartz, 2003, S.11).

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 Arbeitskräf-

ten sind Selektionseffekte durchaus wahrscheinlich, allerdings gilt dies nicht für Massenentlassungen (Grobe und Schwartz, 2003, S.19).

Längsschnittuntersuchungen lassen vermuten, dass sowohl die Kausalitäts- als auch die Selektionshypothese zutreffen: Und zwar zeigte sich, dass das Risiko, den Arbeitplatz zu verlieren, für gesundheitlich Beeinträchtigte deutlich höher als für gesunde Menschen ist, auch ist es für erstere schwieriger, wieder einen Arbeitplatz zu finden (Elkeles und Seifert, 1993). Des Weiteren konnte mittels Längsschnittstudien nachgewiesen werden, dass sich das gesundheitliche Befinden bei Personen, die ihren Arbeitplatz verloren haben, verschlechtert, wohingegen es nach dem Wiedereintritt ins Berufsleben zu einer Verbesserung kommt (Starrin et al., 1989).

Tabelle 7-12. Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten nach Geschlecht und Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit (1999)

	Frauen			Männer	
	erwerbstätig (einschl. Karenz)	ausschließl. haushalts-führend	arbeitslos	erwerbstätig (einschl. Karenz)	arbeitslos
erfasste Personen in 1.000	1.532,90	627,4	70,8	2.103,70	90,7
Indikatoren zum Gesundheitsverhalten					
gezielte Aktivitäten z. Erhaltung d. Gesundheit (%)	71,5	72,5	67,1	69,8	66,9
darunter (Mehrfachnennungen):					
gesundheitsbewusste Ernährung (%)	51,6	54,6	45,8	43,3	41,2
körperliche Aktivitäten (%)	48,9	45,0	42,2	51,9	46,2
psychische Aktivitäten (%)	5,0	2,9	7,3	3,4	2,4
Teilnahme an der Gesundenuntersuchung (%)[1]	17,8	19,2	17,6	16,9	12,6
gesundheitsriskantes Verhalten					
darunter:					
tägliches Rauchen (%)	38,4	29,2	46,0	44,9	56,3
starkes Rauchen (mehr als 20 Zigaretten/Tag) (%)	9,6	9,5	12,5	9,1	12,7
starkes übergewicht (BMI 30 u. mehr)[2] (%)	6,0	10,3	9,8	8,2	11,8
keine körperliche Betätigung in der Freizeit (%)	59,4	63,9	67,3	51,8	60,9
Indikatoren zum Gesundheitszustand					
schlechter subjektiver Gesundheitszustand[3] (%)	17,7	27,5	28,8	17,1	41,3
von gesundheitlichen Beschwerden betroffen (%)	57,1	62,9	65,7	52,2	60,4
Ø Zahl der gesundheitlichen Beschwerden[4]	1,48	1,85	1,84	1,20	1,99
häufiges Krank-Sein[5] (%)	4,6	5,6	8,1	3,8	6,4
von chronische(r) Krankheit(en) betroffen (%)	23,9	31,2	29,7	22,3	34,9
Ø Zahl der chronischen Krankheiten[6]	0,35	0,51	0,52	0,31	0,52
Indikatoren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten					
Ø Zahl der Besuche bei Allgemeinmediziner/innen	2,98	4,03	4,21	2,62	5,28
Ø Zahl der Besuche bei Internist/innen	0,53	0,68	0,70	0,51	0,54
Ø Zahl der Besuche bei sonstigen Fachärzt/innen	1,21	1,33	1,85	1,11	1,28
Krankenhausaufenthalt(e) (%)	11,1	12,8	16,6	10,8	17,3

(1) Personen ab 19 Jahre (2) Personen ab 20 Jahre (3) mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht (4) bei insgesamt 25 vorgegebenen Beschwerden (5) dreimal oder öfter im Jahr vor der Befragung (6) bei maximal vier möglichen Nennungen; Quelle: Mikrozensus 1999, Statistik Austria, 2002.

7.4.3 Unterschiede zwischen arbeitslosen Frauen und Männern

Hinsichtlich der unterschiedlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf Frauen und Männer sind die Ergebnisse des Mikrozensus nur begrenzt interpretierbar, da grundsätzliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Gesundheitssituation und in der Selbstdarstellung des Gesundheitszustandes berücksichtigt werden müssen.[51] Bei vorsichtiger Interpretation der Ergebnisse des Mikrozensus lässt sich eine Tendenz dahingehend ablesen, dass arbeitslose Frauen insgesamt einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als arbeitslose Männer. Auch die Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen sind bei den Männern in der Regel ausgeprägter als bei den Frauen.

Um fundierte Aussagen treffen zu können, wären Längsschnittstudien erforderlich, die den Belastungsstatus vor der Arbeitslosigkeit erfassen und sich nicht nur auf Selbstangaben der Befragten stützen. Ein wichtiges methodisches Problem stellen dabei die langen

[51] Frauen beurteilen im Vergleich zu Männern ihren Gesundheitszustand negativer und sind auch eher bereit, über Beschwerden und Krankheit zu berichten.

Zeiträume dar, die in der Regel bis zum Auftreten gesundheitlicher Folgen vergehen. Um die Auswirkungen der Frauenarbeitslosigkeit zu ermitteln, sind vor allem auch die Besonderheiten der weiblichen Lebenslage zu berücksichtigen. Insgesamt kann man nicht davon ausgehen, dass es sich bei den gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit um Ergebnisse linearer Prozesse handelt. Zu beachten ist, dass nicht nur die Arbeitslosigkeit, sondern auch die Erwerbstätigkeit gesundheitsrelevante Belastungen (z.B. bei übermäßigem Stress, Konflikten am Arbeitplatz) bereithalten kann. Ähnliches gilt auch für Haushalt und Familie, wobei die hier auftretenden gesundheitsrelevanten Belastungen bei einem Verlust der Erwerbsarbeit meist weiterwirken (Mohr, 1997). Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Tatsache, dass sich arbeitslose und ausschließlich haushaltsführende Frauen hinsichtlich der untersuchten Gesundheitsindikatoren zum Teil nur geringfügig unterscheiden. Das Belastungs- und Bewältigungspotenzial ist außerdem je nach Art der Arbeitslosigkeit (Kurzzeit-, Übergangs-, Langzeitarbeitslosigkeit) verschieden und hängt wesentlich auch von der Erwerbsorientierung, der sozialen Unterstützung durch die Familie und vom Kontext ab, in dem die Arbeitslosigkeit auftritt, wobei stigmatisierende Bewertungen (wie z. B. Arbeitslosigkeit bzw. deren Andauern sei selbst verschuldet) für Arbeitslose besonders belastend sind.

7.4.4 Belastungen von Frauen aufgrund der Arbeitslosigkeit naher Angehöriger

Frauen sind nicht nur durch eigene Arbeitslosigkeit betroffen, sondern tragen auch häufig zur Bewältigung der Probleme bei, die sich aufgrund der Arbeitslosigkeit naher Angehöriger (wie z.B. des Partners, der Kinder) ergeben (Grobe und Schwartz, 2003; S.19). Die mit der Arbeitslosigkeit verbundenen finanziellen Probleme, Veränderungen in den Alltagsroutinen, in den Rollen- und Machtverteilungen, im psychischen Wohlbefinden führen häufig zu Konflikten (vgl. dazu Kieselbach, 1988). So sind Langzeitarbeitslose deutlich häufiger als Kurzzeitarbeitslose und Erwerbstätige geschieden oder getrennt lebend (MAGS, 1998). Allerdings spielt dabei auch die Qualität der Beziehung vor der Arbeitslosigkeit eine Rolle (vgl. dazu Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, 453 f.).

7.4.5 Fazit und Schlussfolgerungen

In dem Maße, in dem die Erwerbstätigkeit fester Bestandteil der weiblichen Normalbiografie ist, steigen bei Frauen die wahrgenommenen Nachteile, die sich aus dem Verlust des Arbeitplatzes ergeben. Die aufgrund von Arbeitslosigkeit bzw. im Vorfeld von Arbeitslosigkeit auftretenden gesundheitlichen Probleme und deren individuelle und gesamtgesellschaftliche Auswirkungen werden zur Zeit viel zu wenig bedacht und sind bislang kaum ins Blickfeld arbeitsmarkt-, sozial- und gesundheitspolitischer Überlegungen gerückt. Die Häufung von gesundheitlichen Problemen bei Arbeitslosen sollte (unabhängig von jedweder Kausalität und vom Geschlecht) dazu veranlassen, gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Arbeitslosen zu setzen. Bisher sind auch die im Gesundheitsbereich Tätigen kaum auf die Wahrnehmung gesundheitlicher Probleme Arbeitsloser, insbesondere arbeitsloser Frauen, sensibilisiert, ein qualitatives Versorgungsdefizit, dem vor allem durch Informationsvermittlung zu begegnen ist.

Außerhalb des Bereichs der Gesundheitsversorgung durchgeführte Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Interventionen zur Stützung und Wiederherstellung des psychosozialen Befindens, haben bei Arbeitslosen durchaus stabilisierende Effekte (vgl. dazu Kieselbach und Wacker 1991; Kieselbach und Klink, 1997). Damit die ansonsten gefährdete Vermittlungs- und Arbeitsfähigkeit erhalten bleiben, müssen die Angebote so angelegt sein, dass sie die Einstellungen von Arbeitslosen gegenüber Hilfe gewährenden Institutionen berücksichtigen. Um ihr Selbstwertgefühl nicht zusätzlich zu gefährden, neigen Arbeitslose stärker als Andere dazu, Probleme zu verbergen und das Hilfesuchen aufzuschieben. Besonders arbeitslose Frauen leiden häufig unter vermindertem Selbstwertgefühl, das den Wiedereinstieg in das Berufsleben erschwert (Heinemann et al., 1983).

Besondere Beachtung muss arbeitsmarktpolitischen Randgruppen (Langzeitarbeitslose, Wiedereinsteigerinnen, Sozialhilfebezieherinnen), die überdurchschnittlich häufig gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, zuteil werden. Maßnahmen und Angebote

für diese Personengruppe sollten niederschwellige Elemente enthalten und ganzheitlich orientiert sein. Sie sollten beim Erwerb von Grundbildung und Grundfertigkeiten ansetzen, verschiedene Angebote integrieren (Qualifikation, Motivation, Gesundheitsförderung) und auf die jeweilige Person abgestimmt sein (Stadler und Hacker, 2004).

Vorrang müssen jedoch gesamtgesellschaftliche Lösungen zur Verringerung der Arbeitslosigkeit haben. Hilfs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote, wie Wiedereingliederungsmaßnahmen, Arbeitsbeschaffungs-, Qualifizierungsmaßnahmen oder auch Maßnahmen der ausdrücklichen Frauenförderung bei Neueinstellungen sind nach wie vor dringend erforderlich, bieten jedoch keinen Ersatz für Maßnahmen zur Schaffung neuer Arbeitsplätze.

7.5 Frauen in den Pflegeberufen

Ein Beitrag von Dr. Elfriede Urbas, Gesundheitssoziologin, Wien

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 Pflegehelfer/innen tätig. 87,7 Prozent (also nach wie vor der überwiegende Teil) des diplomierten Pflegepersonals und 77,8 Prozent der Pflegehelfer/innen 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.

Tabelle 7-13. Frauenanteil bei Pflegepersonal in Krankenanstalten (2002)

	Frauen	Männer	Gesamt	Frauenanteil %
Gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege	41.042	5.754	46.796	87,7
darunter:				
Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege	35.659	4.454	40.113	88,9
Kinder- und Jugendlichenpflege	3.599	25	3.624	99,3
Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege	1.784	1.275	3.059	58,3
Pflegehelfer/innen	7.994	2.282	10.276	77,8

Stichtag: 31. Dezember 2002; Quelle: Statistik Austria, 2004, S.385.

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.[52] Davon waren rund ein Drittel diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, etwa die Hälfte Altenfachbetreuer/innen bzw. Alten- und Pflegehelfer/innen (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. Pflegehelfer/innen, rund dreißig Prozent angelernte Personen (Schaffenberger und Juraszovich 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-, Pflegehelfer/innen, Altenfachbetreuer/innen sowie etwa 4.400 Heimhilfen.[53] Allerdings ist die Versorgung mit Heimplätzen und mit ambulanten Diensten, ebenso wie die Qualifikationsstruktur des hier tätigen Personals noch immer regional recht unterschiedlich (ÖBIG, 2004; S.37).

[52] Eine Aufschlüsselung nach dem Geschlecht der im Bereich der Altenhilfe Beschäftigten liegt nicht vor.

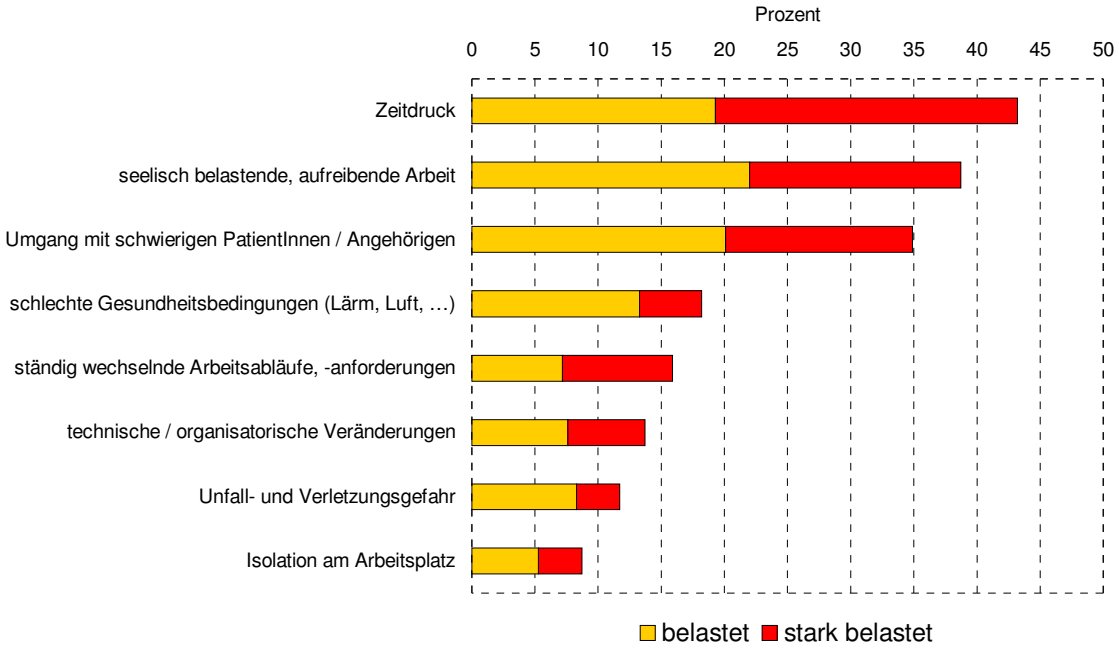
[53] In der zweiten Hälte der 90er Jahre waren noch rund 70 Prozent der im Bereich der mobilen Dienste Beschäftigten Heimhelfer/innen (Schaffenberger und Juraszovich et al., 1999).

7.5.1 Arbeitzufriedenheit und Belastungen der Pflegeberufe

Verschiedene Untersuchungen belegen die besonderen physischen und psychischen Belastungen im Berufsalltag des Pflegepersonals. Eine Studie in einem österreichischen Landeskrankenhaus stellte bei 32 Prozent der Mitarbeiter/innen emotionale Erschöpfung, bei 37 Prozent reduzierte Leistungsfähigkeit und bei 27 Prozent eine Neigung zur *Dehumanisierung* fest. Rund 58 Prozent der Mitarbeiter/innen war mehr oder weniger stark von Burnout betroffen, 22 Prozent waren stark und sieben Prozent sehr stark ausgebrannt (Maunz und Steyrer, 2001). Diese Untersuchung verdeutlicht auch, dass Management- und Führungsqualitäten wesentlich dazu beitragen können, die mit der Pflege verbundenen Belastungen zu reduzieren. Je positiver Führungskräfte wahrgenommen werden, desto geringer sind die emotionale Erschöpfung, die reduzierte Leistungsfähigkeit und die Dehumanisierung. Tendenzen der emotionalen Erschöpfung sind umso stärker, je mehr Eigen- und Fremdbild der Führungskraft voneinander abweichen. Divergenzen dieser Art führen anscheinend zu fehlender wechselseitiger Berechenbarkeit und damit zu vermehrten Kommunikationskonflikten. Daneben hat auch die durchschnittliche Wochenarbeitszeit wesentlichen Einfluss auf die Stärke des Burnouts. Die Studie kommt unter anderem zu dem Ergebnis, dass soziale Unterstützung sowie die Möglichkeit zu externer Fortbildung wesentlich zur Verringerung emotionaler Erschöpfung beitragen. Möglichen Dehumanisierungstendenzen in der Pflege kann durch (Team-) Supervision entgegengewirkt werden.

Simsa et al. (2003) stellten aufgrund ihrer Erhebung in Alten- und Pflegeheimen und bei den mobilen Diensten fest, dass Beschäftige in diesen Bereichen deutlich weniger zufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen als die Beschäftigten in Gesamtösterreich und jene im gesamten Gesundheits- und Sozialbereich sind. Vor allem psychischer Stress, das Einkommen und die Zeiteinteilung tragen dazu bei, dass Berufe in der Altenpflege wenig attraktiv sind. 43,2 Prozent der Befragten in den Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe fühlen sich durch Zeitdruck, 38,7 Prozent durch die seelisch belastende und aufreibende Arbeit und 34,9 Prozent durch den Umgang mit schwierigen Patient/innen, Angehörigen und sonstigen Partner/innen stark belastet oder belastet. Dagegen werden Belastungen aufgrund von Einsamkeit oder Isolation am Arbeitplatz nur selten genannt.

Abbildung 7-3. Belastungen in der beruflichen Tätigkeit bei Mitarbeiter/innen in Alten-, Pflegeheimen, bei mobilen Diensten (2003)



Quelle: Simsa et al., 2003, S.69

Von den untersuchten Gruppen (in allen Dimensionen) am meisten belastet fühlen sich die Mitarbeiter/innen der mobilen Dienste. Besonders hoch ist bei ihnen die Belastung durch Zeitdruck und den ständigen Wechsel der Arbeitsabläufe und -anforderungen, am geringsten die Belastung durch technische und organisatorische Veränderungen. Trotz der prekären Arbeitsbedingungen ist die Arbeitzufriedenheit sowie die Motivation und Freude an der Arbeit in den untersuchten Einrichtungen überraschend hoch (Simsa et. al, 2003, S.93).

Bund und Länder haben sich bereits 1994 im Artikel 15a B-VG (Bundesverfassungsgesetz) auf die Sicherung eines flächendeckenden, qualitäts- und bedarfsgerechten Angebots für pflegebedürftige Personen festgelegt, dabei wurde dem Ausbau der ambulanten Dienste klare Priorität eingeräumt („ambulant vor stationär"). Angesichts dieser Tatsache und der hohen Belastung der Mitarbeiter/innen der mobilen Dienste zeichnet sich gerade hier ein besonderer Handlungsbedarf ab. Durch finanzielle Kürzungen, die einige Organisationen insbesondere im Bereich der mobilen Diensten betreffen, werden die ohnehin bereits in hohem Maße vorhandenen Belastungen zusätzlich verschärft, was sowohl zur Überforderung der Organisation als auch der Mitarbeiter/innen führen kann (vgl. dazu Simsa et al., 2004).

7.5.2 Pflegepersonalmangel – Ursachen und Strategien zur Beseitigung

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 Pflegehelfer/innen bzw. Altenfachbetreuer/innen und 420 Hilfsdiensten aus (Krajic et al., 2003).

Zur Charakterisierung der Situation der Pflege wird oft plakative der Begriff *Pflegenotstand* 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: 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 der Rekrutierung von Pflegepersonal aus dem Ausland (Krajic et al., 2003). Dem Pflegepersonalmangel steht aufgrund der Veränderungen im Krankheitsspektrum - zu dem auch der demografische Wandel beiträgt – und aufgrund der vermehrten medizinischen Möglichkeiten und der 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.

7.5.3 Strategien gegen den „Pflegenotstand" - Empfehlungen

(nach Krajic et al., 2003)

- **Verbesserung des Umgangs mit Berufsrisiken**: Dazu zählen u. a. die Unterstützung bei belastenden Tätigkeiten durch technische Hilfsmittel und organisatorische Maßnahmen; präventive Maßnahmen zur Verringerung psychischer Belastungen bzw. Unterstützung und Krisenintervention bei emotionaler Überforderung (aufgrund des ständigen Umgangs mit Alter, Krankheit, Hilflosigkeit, Tod sowie bei „Misserfolgen", Aggression, Gewalt, sexueller Belästigung).

- **Entwicklung einer neuen Organisationskultur**: Der internationalen Diskussion folgend lässt sich die Arbeitszufriedenheit durch eine Organisationskultur, welche den Mitarbeiter/innen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung einräumt, sie unterstützt, ihnen Wertschätzung entgegenbringt, Risiken so weit wie möglich reduziert und Fehler in positivem Sinne nutzt („aus den Fehlern lernen") wesentlich verbessern.
- **Entwicklung einer neuen Führungskultur** (vor allem auf mittlerer und unterer Ebene): Dazu gehört eine an den Aufgaben der Institutionen und der Qualifikation der Bewerber/innen orientierte Auswahl der Führungskräfte, eine angemessene Bezahlung und Bereitstellung sonstiger Anreize. Laufende Schulungen (Führungskräftetrainings zur Verbesserung der Kommunikationskultur und des Konfliktmanagements, Vermittlung von Wissen, das eine rasche Orientierung an wissenschaftlich abgesicherten Standards und Erfolg versprechenden Implementierungsmodellen bietet) langfristig auch eine Akademisierung, können ebenfalls zur Verbesserung von Führungsqualitäten beitragen. Bei der Bezahlung ist auch darauf Rücksicht zu nehmen, dass es durch das Mehr an Verantwortung als Führungskraft (durch den Wegfall von Zulagen) nicht zu Gehaltseinbussen kommt.
- **Stärkung der Mitarbeiter/innenorientierung** bedeutet verstärktes Eingehen auf die Fähigkeiten, Qualifikationen und Bedürfnisse der Mitarbeiter/innen, die Einräumung von Mitbestimmung und Übertragung von Verantwortlichkeiten. Dazu zählt eine verstärkte Berücksichtigung der vorhandenen Kompetenzen (z.B. Expert/innenwissen) der Mitarbeiter/innen beim Personaleinsatz, die Vermeidung unnötiger Problemkonzentrationen (z.B. gerechte Verteilung von Belastungen und Gratifikationen, Förderung interner Mobilität etc.), die Förderung der Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit durch stärkere Einbeziehung der Mitarbeiter/innen in die Gestaltung der Rahmenbedingungen der Arbeit (Dienstplan, Maßnahmen zur Risikoverminderung, des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung) und bei der Verbesserung der Qualität der Pflege (z.B. durch Einführung von Gesundheits- und Qualitätszirkeln, durch Entwicklung von Pflegeorganisationsmodellen mit selbständigen Arbeitsbereichen für erfahrene Mitarbeiter/innen), das Bereitstellen von Gratifikationen sowie die Unterstützung der Mitarbeiter/innen bei besonderen Bedürfnissen (Wohnen, Arbeitsweg, Arbeitsutensilien, Familie, Beruf, Kinderbetreuung). Besonders bedeutsam für die Förderung der Arbeitszufriedenheit und -motivation sind integrierte Strategien, welche viele Verbesserungsmaßnahmen zusammenfassen und erfolgreich umsetzen, wie z.B. die Modelle des *Primary Nursing*[54] und des *Magnetspitals*[55] und die betriebliche Gesundheitsförderung zur Verbesserung der psychosozialen und körperlichen Gesundheit (Krajic et al., 2003).
- **Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Pflege**: Dazu zählen Maßnahmen zur Förderung der öffentlichen Anerkennung von Pflegeberufen (Imagekampagne), eine angemessene Entlohnung (unter Berücksichtigung von Leistung, Erfahrung, Qualifikationen und Belastungen), Hebung der Ausbildungsqualität einschließlich einer generellen Akademisierung der Ausbildung (nicht nur für Führungskräfte); Förderung der Pflegeforschung.
- Zu den **Maßnahmen zur Erhöhung des Berufszugangs** zählen die Schaffung zusätzlicher Ausbildungsplätze, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die rechtliche Erleichterung der Arbeitsmigration, die Verbesserung des Images durch Imagekampagnen und eine positivere Darstellung des Berufs durch die Öffentlichkeit und die Pflegekräfte selbst. Eine Erhöhung des Wiedereinstiegs lässt sich am ehesten durch familiengerechter Arbeitszeitregelunge, die Aufrecherhaltung des Kontakts während der Berufspause, die Bereitstellung von Möglichkeiten zu geringfügiger Beschäftigung, eine der Erfahrung angemessene Gehaltseinstufung beim Wiedereinstieg, eine gezielte Anwebung sowie durch Bereitstellung entlastender Kinderbetreuungsangebote erreichen (vgl. dazu Krajic et al., 2003).

[54] Darunter versteht man eine Form der Pflegeorganisation, bei der jede/r PatientIn eine Pflegeperson zugeordnet wird, die von der Aufnahme bis zur Entlassung die Verantwortung trägt.

[55] Es handelt sich hier um Einrichtungen, die aufgrund eines Bündels von Qualitätsmerkmalen verstärkt Personal anziehen.

7.6 Frauen als pflegende Angehörige

7.6.1 Angaben zur Pflegebedürftigkeit in Österreich

Rund 16 Prozent der ca. acht Millionen Einwohner/innen Österreichs sind 65 Jahre und älter, ca. 60 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 Österreicher/innen gibt die Statistik über den Pflegegeldbezug. Mit 31. Dezember 2002 erhielten 237.728 Frauen und 112.981 Männer (also etwa doppelt so viele Frauen wie Männer) Pflegegeld,[56] oder anders ausgedrückt 5,7 Prozent der Frauen und 2,9 Prozent der Männer. Der überwiegende Teil der Pflegeldbezieher/innen (82,3 Prozent) war über sechzig Jahre, nahezu die Hälfte (45,6 Prozent) über achtzig Jahre.

Tabelle 7-14. Pflegegeldbezieher/innen (Bund und Länder) nach Geschlecht und Alter (2002)

Pflegestufe	Gesamt	Frauen	Männer	%-Anteil an der jeweiligen Bevölkerung			Alter (Jahre); Absolutzahlen				
	Absolutzahlen			Gesamt	Frauen	Männer	bis 20	21-40	41-60	61-80	81+
Stufe 1	67.859	49.419	18.440	0,8	1,2	0,5	2.060	3.194	6.979	30.451	25.175
Stufe 2	124.191	82.928	41.263	1,5	2,0	1,1	2.977	5.312	11.762	47.349	56.791
Stufe 3	61.753	41.277	20.476	0,8	1,0	0,5	2.215	3.100	5.632	21.457	29.349
Stufe 4	51.918	34.484	17.434	0,6	0,8	0,4	1.406	2.273	4.122	16.779	27.338
Stufe 5	28.942	19.558	9.384	0,4	0,5	0,2	937	1.797	2.574	8.578	15.056
Stufe 6	9.807	5.934	3.873	0,1	0,1	0,1	869	1.458	1.211	2.503	3.766
Stufe 7	6.239	4.128	2.111	0,1	0,1	0,1	603	745	735	1.767	2.389
Gesamt	350.709	237.728	112.981	4,4	5,7	2,9	11.067	17.879	33.015	128.884	159.864

Stand: 31. Dezember 2002; ohne Opferfürsorge und Landeslehrer/innen); Quelle: BMSG, 2002; eigene Berechnungen.

Die Hälfte (54,8 Prozent) der Pflegegeldbezieher/innen 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 von den bis 40-Jährigen 0,7 Prozent Pflegegeld bezogen, waren es von den 41- bis Sechzigjährigen 1,5 Prozent, von den 61- bis Achtzigjährigen bereits 9,1 Prozent. Von den über Achtzigjährigen beziehen 56,2 Prozent der Frauen und 38,5 Prozent der Männer Pflegegeld (ÖBIG, 2004, S.16).

Allein zwischen 2000 und 2002 ist die Zahl der Pflegegeldbezieher/innen Österreichweit bei den Frauen um rund 12.000 und bei den Männern um rund 8.000 gestiegen. Die höchsten Zuwächse waren in absoluten Zahlen in den unteren Pflegegeldstufen zu verzeichnen, der prozentuelle Anstieg war allerdings (mit ca. 14 Prozent) bei den Pflegegeldbezieher/innen 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 Pflegegeldbezieher/innen 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 achtzig Prozent des Pflegebedarfes wird in der Familie durch Angehörige oder private Helfer (insbesondere Frauen) abgedeckt, etwa zehn Prozent durch soziale Dienste (Rubisch und Philipp et al., 2001).

[56] Bundes- und Landespflegegeld; ohne Opferfürsorge und LandeslehrerInnen.

Schneider und Österle (2003) gehen davon aus, dass die Zahl an hilfe- und pflegebedürftigen Österreicher/innen größer als die Zahl der Pflegegeldbezieher/innen ist, da der Bezug des Pflegegelds erhebliche Einschränkungen bei den so genannten *Aktivitäten des täglichen Lebens* voraussetzt. Auch Demenzkranke brauchen aufgrund ihres Drangs zum Weglaufen bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit meist rund um die Uhr Betreuung.

7.6.2 Pflege im familiären Umfeld

Der überwiegende Teil der Pflege findet im familiären Umfeld statt. Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit von Frauen (im Jahr 2003 lag die Erwerbsquote[57] 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.

7.6.2.1 Ausmaß und strukturelle Bedingungen der familiären Hilfe und Pflege

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 wohnen 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).

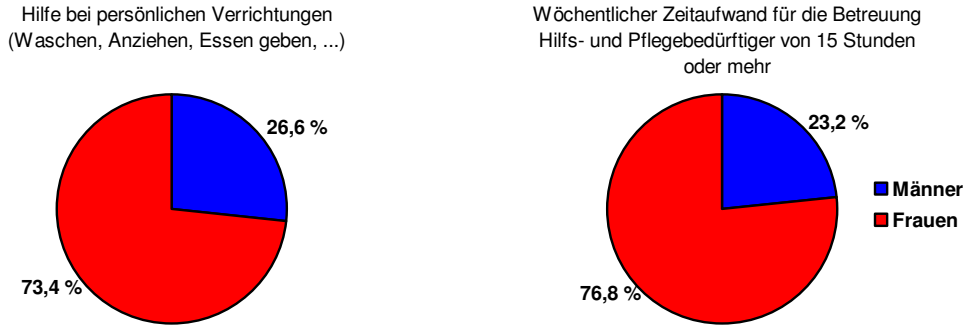
Während von den 18- bis 24-Jährigen lediglich ein Prozent nahe Angehörige bzw. Bekannte betreuen, sind es von den 50- bis 64-Jährigen rund zehn Prozent. Am häufigsten werden Hilfs- und Pflegeleistungen für die Elterngeneration erbracht. In 30 Prozent der Fälle wird die eigene Mutter betreut, in elf Prozent der Fälle die Schwiegermutter und in drei Prozent der Fälle der Schwiegervater. In 18,3 Prozent der Fälle werden Ehegatt/innen (Lebensgefährt/innen) betreut.

Wer wen betreut, 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. Ärzt/innen-, 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.

[57] Anteil der Erwerbspersonen an der gesamten Wohnbevölkerung

Abbildung 7-4. Hilfe bei persönlichen Verrichtungen; Zeitaufwand für die Betreuung Hilfs- und Pflegebedürftiger nach Geschlecht (2002)



Quelle: Mikrozensus September 2002; Statistik Austria, 2003; eigene Berechnungen.

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

- Ältere und alte pflegende Ehepartner/innen und Lebensgefährt/innen
- 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 jüngeren oder mittleren Lebensalters pflegen
- Angehörige (vor allem Mütter), die Menschen mit angeborenen oder früh erworbenen Behinderungen betreuen.

7.6.2.2 Motive für die Übernahme der Pflege naher Angehöriger

Es gibt unterschiedliche Beweggründe für die Übernahme der Pflege naher Angehöriger.[58] Neben altruistischen und dem Selbstwert dienlichen Motiven, haben normative Vorstellungen großen Einfluss (Halsig, 1998). Buijssen (1996) unterscheidet zwischen positiven Beweggründen, wie Liebe oder Zuneigung, Wiedergutmachungs- und Dankbarkeitsimpulse, religiöse oder karitative Motive, etc., und negativen Gründen, wie z.B. Angst vor Stigmatisierung durch die soziale Umwelt oder familiärer Druck. Meist sind mehrere positive und/oder negative Motive zutreffend. Auch können sich Beweggründe im Verlauf der Pflege in ihrer Intensität ändern (Reichert et. al, 2002, S.16ff.)

Für das Gelingen der Pflege und deren Aufrechterhaltung sollte zumindest ein positives Motiv vorhanden sein (Buijssen, 1996). Überwiegend positive Motive führen aber nicht zwangsläufig dazu, dass die Pflege mit weniger Belastungen einhergeht. Der unbedingte Wunsch, die Angehörigen zu betreuen, kann leicht zur Überforderung führen. Bei Vorhandensein ausschließlich negativer Motive, besteht die Gefahr *liebloser* Pflege mit Verwahrlosung, Aggression, körperlicher Gewaltanwendung etc. (Schulz-Nieswandt, 1998).

Obwohl in der Regel positive Beweggründe vorherrschen, spielt insbesondere bei Ehefrauen der familiäre Druck eine nicht unerhebliche Rolle (Görres, 1998; Hejda 2000). Es ist für sie (und ihre Umwelt) eine Selbstverständlichkeit, dass sie die Pflege ihres Ehemannes übernehmen. Mögliche Alternativen werden daher zumeist gar nicht wahrgenommen. Insgesamt spielen Motive wie Pflichtgefühl, Treue, Verzicht, Nächstenliebe etc. bei den älteren Frauen eine wichtigere Rolle als bei den jüngeren (Fischer et al., 1995). Auch die Pflege behinderter Kinder durch ihre Mütter wird meist als Selbstverständlichkeit gesehen (Willems, 2002). Oft ist die Übernahme der Pflege eines/r Angehörigen keine bewusste Entscheidung (Halsig 1995, 1998; Käsler-Heide, 1998). Vor allem bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit bleibt kaum Zeit, sich auf die Situation vorzubereiten, Informationen einzuholen und notwendige Vorkehrungen zu treffen.

Die Bereitschaft zur Pflege insbesondere älterer Angehöriger wird vor allem durch folgende Faktoren beeinflusst: (frühere) gegenseitige Hilfeleistungen, die (frühere) emotionale

[58] Mangels einschlägiger aktueller Untersuchungen in Österreich stützen wir uns hier vorwiegend auf Ergebnisse aus dem benachbarten Ausland.

Beziehung, internalisierte Normen, Familienstand, die Familienorientierung, Alter, Wohnsituation, Bildung, Berufstätigkeit und nicht zuletzt die finanzielle Situation (Braker, Dallinger et. al, 1988).

Wichtige Voraussetzungen für die häusliche Pflege sind nach Meinung der Pflegenden ausreichend Zeit (98 Prozent), Sympathie und Zuneigung für die pflegebedürftige Person (96 Prozent), die eigene Gesundheit (92 Prozent), die räumlichen Gegebenheiten (82 Prozent) und die familiäre Unterstützung (80 Prozent). Dagegen sind fachliche Unterstützung (54 Prozent), Beratung durch professionelle Pflegekräfte (44 Prozent), regelmäßige Bezahlung (43 Prozent) und sonstige finanzielle Anreize (22 Prozent) zwar nicht unbedeutend, aber insgesamt weniger wichtig (Fuchs, 1999). Entscheidend für die tatsächliche Aufnahme der Pflege waren unter 19 vorgegebenen Motiven sechs Faktoren, nämlich Pflicht, Selbstwert, soziale Motive, mangelndes Vertrauen in andere, finanzielle Motive und pragmatische Überlegungen. Allerdings gibt es geschlechts- und alterspezifische Unterschiede: Während jüngere Frauen vorwiegend die Verpflichtung sehen, sind bei jüngern Männern pragmatische Gründe ausschlaggebend. Im mittleren Alter (45 bis 64 Jahre) ist bei Frauen mangelndes Vertrauen in andere ein wichtiger Grund, dagegen stehen bei den Männern dieses Alters soziale und/oder pragmatische Motive im Vordergrund. Finanzielle Aspekte sind insbesondere bei älteren Pflegenden von großer Bedeutung (Fuchs, 1999). Ehepaare übernehmen die Pflege des anderen aufgrund der Zuneigung und lebenslangen Gemeinsamkeiten selbstverständlicher als Kinder dies bei ihren Eltern tun (Adler et al., 1996; Bruder 1998).

7.6.2.3 Belastungen und Ressourcen pflegender Angehöriger

Die vorliegenden Untersuchungen verweisen durchgängig auf ein hohes Maß an Belastungen bei pflegenden Angehörigen. Die ständige Überlastung kann zu körperlichen und psychischen Erkrankungen, wie Burnout, führen. Eine Studie in den USA stellte fest, dass sich die Pflege auch auf die Lebenserwartung auswirkt. Einbezogen wurden pflegende Angehörige zwischen 66 und 93 Jahren. Und zwar ist das Sterblichkeitsrisiko bei pflegenden Ehegatten um 63 Prozent höher als im Normalfall, wenn die Pflege stressreich und belastend erlebt wird. Bei Entlastung durch Beratung und mobile oder ambulante Dienste, sinkt die Sterblichkeitsrate auf acht Prozent.

Zu den **Belastungen pflegender Angehöriger** zählen vor allem:

- die Notwendigkeit ständiger Anwesenheit und der Anpassung des Tagesablaufs an die Pflegetätigkeit
- die hohe körperliche und psychische Beanspruchung, die sich auf den Gesundheitszustand auswirkt
- die ständige Konfrontation mit physischem und psychischen Abbau des/der Pflegebedürftigen sowie die Angst vor einer weiteren Verschlechterung
- Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen wie Klagen, Unzufriedenheit, Aggressivität, Passivität oder Niedergeschlagenheit
- mangelnde Kommunikationsfähigkeit insbesondere bei geistig behinderten, psychisch veränderten und verwirrten Pflegebedürftigen
- Harn- und/oder Stuhlinkontinenz des/der Pflegebedürftigen
- eine als konflikthaft erlebte Beziehung mit bzw. fehlende Zuneigung zu dem/r Pflegebedürftige/n
- das Gefühl der Überforderung aufgrund der zahlreichen familiären Ansprüche
- mangelnde Freizeit und soziale Kontakte aufgrund der zeitlichen Beanspruchung
- mangelnde Anerkennung und Unterstützung durch die soziale Umwelt bzw. Konflikte mit Angehörigen wegen zu geringer Unterstützung
- mangelnde Unterstützung durch mobile Dienste oder mangelnde Kooperation

(vgl. dazu Reichert et al., 2002, S.21 ff).

Besonders belastend ist die **Pflege von Demenzkranken**: Über 84 Prozent der Personen, die Demenzkranke pflegen, geben an, zu wenig Zeit für die eigene Interessen zu haben, ebenso viele sind der Ansicht, die Pflege koste sie sehr viel Kraft. Nahezu zwei Drittel (65 Prozent) fühlen sich körperlich erschöpft, 63 Prozent fühlen sich am Morgen unausgeschlafen. Über die Hälfte (57 Prozent) äußern den Wunsch, aus der Pflegesituation auszubrechen, ebenso viele (54 Prozent) berichten von Einbußen von Lebenszufriedenheit aufgrund der Pflege (Gräßel, 1996). Vor allem die Persönlichkeitsveränderungen

des/r zu Betreuenden, das nicht wieder Erkennen der Pflegeperson führen meist zu großen seelischen Belastungen bei den betreuenden Angehörigen. Die Weglauftendenzen erfordern eine ständige Anwesenheit. Der überwiegende Teil der Befragten (79 Prozent) verspürt große Traurigkeit über das Schicksal der/s Demenzkranken (Gräßel, 1998).

Das Ausmaß der Belastungen hängt auch vom **Grad der Pflegebedürftigkeit** bzw. Behinderung ab. So fühlen sich Personen, die Pflegebedürftige mit hoher Pflegestufe, mit hohem wöchentlichen Betreuungsaufwand oder psychisch veränderte Pflegebedürftige betreuen (ihr Anteil an den Pflegebedürftigen beträgt 62 Prozent) und ihre Erwerbstätigkeit wegen der Übernahme der Pflege aufgegeben haben, besonders belastet (Schneekloth und Müller, 2000).

Eine Rolle für das Ausmaß der Belastung spielt auch das **Alter der Pflegeperson** und das verwandtschaftliche Verhältnis zum/r Pflegebedürftigen (Bruder, 1998). So fällt es pflegenden Ehefrauen (vor allem wenn sie selbst bereits in einem fortgeschrittenen Alter sind und gesundheitliche Probleme haben) schwerer, die Pflegetätigkeiten auszuführen, als pflegenden Töchtern oder Schwiegertöchtern (Fischer et al., 1995). Pflegende Ehefrauen sind außerdem (auch bei einem hohen Ausmaß an Pflegebedürftigkeit) nur selten bereit, Hilfe durch andere Familienmitglieder oder soziale Dienste in Anspruch zu nehmen. Das Risiko, die Belastungsgrenzen zu überschreiten und selbst pflegebedürftig zu werden, ist daher bei ihnen besonders hoch.

Aber auch jüngere Frauen, die neben der Pflege der Eltern oder Schwiegereltern, eine **eigene Familie und Kinder** haben und darüber hinaus oft auch **erwerbstätig** sind, fühlen sich oft an der Grenze ihrer Belastbarkeit (Brink 2002; Boeger und Pickartz 1998). Abgesehen von den aufgrund der Pflege auftretenden persönlichen und familiären Problemen (soziale Isolation, gesundheitliche Einschränkungen, Konflikte innerhalb der Familie) leidet häufig auch die berufliche Tätigkeit (z.B. aufgrund nachlassender Leistungsfähigkeit) unter der Pflege.

Das Ausmaß der Belastung hängt auch von der **Inanspruchnahme zusätzlicher Hilfe(n)** ab, wobei allerdings Angehörige der mittleren und oberen sozialen Schichten bzw. Einkommensklassen sehr viel häufiger auf ergänzende oder unterstützende professionelle Dienste zurückgreifen (können) als Angehörige der unteren Sozial- und Einkommensschichten (Mayer und Wagner, 1996). Männer sind aufgrund ihres Pflegeverständnisses eher bereit als Frauen, Aufgaben zu delegieren und private sowie professionelle Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen (Lamprecht und Braker 1992; zitiert nach Reichert et al., 2002, S.30).

7.6.2.4 Zu erwartende zukünftige Trends

Aufgrund der demografischen und sozialen Entwicklungen – die Zunahme der Zahl älterer und Abnahme der Zahl jüngerer Menschen; die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen; die Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen, im Besonderen der verstärkte Trend zu Singlehaushalten, die geringere Heiratsneigung etc. – ist für die Zukunft mit einem drastischen Rückgang der informellen, unbezahlten Pflegeleistungen zu rechnen.

Um Anhaltspunkte über die zukünftige Entwicklung der Bereitschaft zur informellen Pflege zu erhalten, haben Blinkert und Klie (2000) vierhundert Personen im Alter von vierzig bis sechzig Jahren in drei Vergleichsorten in West- und Ostdeutschland und Österreich nach ihren *Pflegeorientierungen* befragt. Gerade diese Altersgruppe wird in absehbarer Zeit mit der Pflege eines/r Angehörigen konfrontiert sein. Im Vordergrund stand die Frage, inwieweit sich soziale Milieus, in denen Menschen leben, auf ihre *pflegekulturellen Orientierungen* auswirken. Zur Charakterisierung der sozialen Milieus wurde zwischen strukturellem Kapital (Einkommen, Titel, Schulabschlüsse) und symbolischem Kapital (Besitz von Überzeugungen, die von zentraler und weitgehend anerkannter Bedeutung für die Vorstellung von einem den modernen Bedingungen optimal angepassten Lebensentwurf sind) unterschieden, wobei sich ein *moderner Lebensentwurf* vor allem bei Personen mit hohem strukturellem Kapital findet.

Die Ergebnisse zeigen, dass je mehr strukturelles Kapital vorhanden ist, umso geringer ist der Anteil jener, die bereit wären, eine/n Angehörige/n selbst zu pflegen und umso mehr steigt das Interesse an einer stationären Versorgung. Das Ausmaß an symboli-

schem Kapital erzeugt einen zusätzlichen Effekt: Menschen, die ein *modernes* Leben führen, sind ebenfalls weniger zur Pflege Angehöriger bereit und mehr an einer Heimunterbringung interessiert. Die größte Bereitschaft zur Übernahme einer Pflege findet sich bei den *Verlierern von Modernisierungsprozessen* (niedriges strukturelles Kapital und geringe Anpassung des Weltbildes an den Modernisierungsprozess). Ein Pflege-Mix wird eher von Unentschlossenen befürwortet. Diese Ergebnisse gewinnen vor allem auch deswegen an Relevanz, da sich die Anteile jener Milieus, die die größte Bereitschaft zur Übernahme einer Pflege naher Angehöriger zeigen (siehe oben), zusehends verringern.

In Zukunft vermehrt zum Tragen kommt auch die **Pflege älterer Migrant/innen**. Untersuchungen in Deutschland (Tüsün, 2002) verweisen auf eine überaus hohe Bereitschaft von Kindern älterer Migrant/innen, ihre Eltern zu pflegen (81 Prozent). Ähnliches gilt auch für die Übernahme der Pflege eines behinderten Kindes.

Wie Reinprecht (2000) aufgrund seiner Untersuchung von Migrant/innen in Wien feststellt, verfügen ältere Migrant/innen (insbesondere Türk/innen) im Vergleich zu österreichischen Senior/innen über ein weitaus engmaschigeres und emotional belastbareres Netz an sozialen Beziehungen. Nur sechs Prozent der Migrant/innen (im Vergleich zu 12 Prozent der österreichischen Senior/innen) sind isoliert und haben keine Kontakte (hauptsächlich allein lebende Frauen). Allerdings verliert auch bei Migrant/innen mit zunehmendem Alter das soziale Netzwerk an Größe, Festigkeit und emotionaler Dichte und beschränkt sich auf die engsten Familienmitglieder. Dadurch werden die innerfamiliären Abhängigkeiten verstärkt und der Konformitätsdruck erhöht. Dies kann dazu führen, dass Integrationsbarrieren auf die nächste Generation übertragen werden und spezifische Lebensformen (wie etwa Doppelleben, Leben in zwei Kulturen) entstehen. „Es kann deshalb auch nicht selbstverständlich davon ausgegangen werden, dass die Kinder (oder auch Enkelkinder) dieser ersten Generation die Eltern (oder Großeltern) im Alter versorgen oder pflegen" (Reinprecht, 2000, S.76).

7.6.2.5 Maßnahmen

Um die Situation pflegender Angehöriger zu erleichtern ist ein Bündel von Maßnahmen erforderlich:

- **Ausbau regionaler Informations- und Beratungsstellen**: Pflegende Angehörige übernehmen die Pflege häufig völlig unvorbereitet und haben oft wenig Ahnung, wie stark diese auf das tägliche Leben einwirkt (vgl. dazu Kuno; zitiert nach Zentas, 2000, S. 223). Der Mangel an Erfahrung und Wissen bezieht sich u. a. auf die rechtlichen Rahmenbedingungen, Ansprüche, Antragsprozeduren, Wohnraumadaptierungen, geeignete Pflegehilfsmittel und –materialen, Pflegetechniken, den Umgang mit persönlicher Überforderung, die Ansprechpartner für Belastungs- und Beziehungsfragen.
- **Schnittstellenmanagement**: Häufig kommt es nach Krankenhausaufenthalten zu (vermehrter) Pflegebedürftigkeit. Eine angemessene Entlassungsvorbereitung, welche die Zusammenarbeit des Krankhauses mit den Hausärzt/innen, sozialen Diensten und Angehörigen umfasst, kann wesentlich dazu beitragen, den Einstieg in die Pflege zu erleichtern. Bei Pflegepersonen mit erhöhtem Betreuungs- und Behandlungsbedarf oder fehlender familiärer Unstützung scheint (unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation) anschließendes Case Management sinnvoll.
- **Qualitätssicherung**: Voraussetzung für eine Erhöhung der Qualität der häuslichen Pflege ist die ausführliche Beratung. In diesem Zusammenhang ist hier der aufgrund der Studie *Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung* (ÖBIG, 2004) eingebrachte Vorschlag, die Auszahlung des Pflegegelds an eine ausführliche Beratung zu knüpfen, zu prüfen. Dabei kann es sich um eine zugehende, nach Art der Behinderung bzw. Krankheit und Pflegegeldstufe differenzierte Beratung handeln. Aber auch im weiteren Verlauf der Pflege ist Qualitätssicherung bedeutsam.
- **Bereitstellung von Angeboten zur Entlastung**: Dazu zählen u. a. breitenwirksame Angebote an Pflegehilfskursen, Pflegeberatung, Gesprächskreise pflegender Angehöriger, Bildung eines familiären *Pflegeteams* zur Aussprache zwischen den Beteiligten (Mediation), Begleitung in Krisensituationen, Kurzzeitpflege und Tagesbetreuung. Um die noch immer bestehende Hemmschwelle, professionelle Hilfe anzunehmen, zu überwinden, müssen Pflegende informiert werden, dass sie sich Hilfe holen können und

wo sie diese Beratungsangebote erhalten. Die Angebote sollen nicht nur zur Entlastung in körperlicher sondern auch in psychischer Hinsicht beitragen. Wichtig ist, dass auch die sozialen Dienste und Heime etwa in den Bereich der Kurzzeitpflege, Betreuung am Wochenende, Betreuung am Abend zu mehr Flexibilität befähigt werden. So sind z.B. in den Sommermonaten Kurzzeitpflegeplätze, die es zwar in fast allen Pflegeeinrichtungen gibt, ohne langfristige Anmeldung kaum zu bekommen und für viele schwer leistbar. Nicht einmal in der Großstadt Wien gibt es eine Betreuung während der Nacht.

- **Finanzielle Absicherung:** Die Abgeltung der Leistungen der pflegenden Angehörigen bzw. deren ökonomische Absicherung durch sozialversicherungsrechtliche Maßnahmen ist ein weiterer wesentlicher Faktor für die Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft (vgl. dazu ZENTAS, 2000; S. 226). Es gibt zwar die Möglichkeit einer begünstigten Weiterversicherung für bestimmte Anspruchsberechtigte in der Pensionsversicherung, allerdings sollte die sozialversicherungsrechtliche Absicherung für alle pflegenden Angehörigen gelten. Wichtig sind auch vermehrte Möglichkeiten zu flexibler Arbeitszeitgestaltung für pflegende Angehörige. Hingewiesen sei auch auf die regelmäßige Anpassung des Pflegegeldes an die Preissteigerungsraten, sowie die stärkere Berücksichtigung von Menschen mit besonderem Pflegebedarf beim Pflegegeld (Demenz, behinderte Kinder).
- **Bereitstellung spezieller gesundheitsfördernder Maßnahmen:** Dazu zählen Urlaubsangebote mit oder ohne pflegebedürftige Angehörige, Kuren, spezielle Maßnahmen vor Ort (z.B. Rückenschul- und Entspannungskurse, Erlernen von Bewältigungsstrategien (z.B. Yoga, autogenes Training), die präventiv schützen und sie stabilisieren. Hier ist auf Seiten der Gesundheitspolitik noch besonderer Nachholbedarf festzustellen.
- **Stärkere gesellschaftliche Anerkennung der familialen Pflegetätigkeit**: Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit soll auf die Belastungen aber auch auf die positiven Seiten der Pflege von Angehörigen aufmerksam gemacht werden. Dies könnte auch die Inanspruchnahme entlastender Angebote seitens der Pflegenden fördern. Das Gefühl, Anerkennung zu bekommen, wirkt sich positiv auf das Belastungsempfinden und die Lebenszufriedenheit aus.
- **Förderung der innerfamilialen Unterstützung bzw. Förderung der Pflegebereitschaft von Männern**: Die Verantwortung für Pflege und deren Durchführung darf nicht länger als „reine Frauensache" angesehen werden. Die Männer sind aufgefordert einen gleichberechtigten Beitrag zu leisten. Das bedeutet aber auch, dass Frauen sich ihre Grenzen eingestehen und bereit sein müssen, Aufgaben abzugeben. Wichtig ist, dass die lernen, Unterstützung aktiv einzufordern. Gefordert sind aber auch die Männer selbst, elterliche und schulische Erziehung können einen wichtigen Beitrag zu wirklicher Gleichberechtigung (wie in skandinavischen Ländern) leisten.
- **Verbesserungen im Bereich der Familienhospizkarenz**: Seit 1. Juli 2002 besteht für Arbeitnehmer/innen im Rahmen der Familienhospizkarenz die Möglichkeit, ihre sterbenden Angehörigen oder ihre schwer erkrankten Kinder für eine gewisse Dauer (maximal sechs Monate) zu begleiten. Sie können dazu ihre Arbeitszeit reduzieren oder sich karenzieren lassen. Während dieser Zeit sind die Arbeitnehmer/innen in der Kranken- und Pensionsversicherung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung abgesichert. In besonderen Härtefällen können diese Personen eine Zuwendung aus dem Familienhospizkarenz-Härteausgleich[59] erhalten. Bisher nehmen allerdings nur Wenige dieses Angebot in Anspruch. So waren es im Jahr 2003 Österreichweit 470 Personen, der Großteil davon Frauen. Der Grund für die geringe Inanspruchnahme dürfte zum einem an der geringen Höhe der finanziellen Zuwendung liegen, zum anderen an der Angst trotz Kündigungsschutz den Job zu verlieren. Zudem ist die Dauer des Pflegezeitraums nicht abzuschätzen. Abhilfe könnte eine Art Karenzgeld bzw. eine Abgeltung für die Einschränkung der beruflichen Tätigkeit bieten.

[59] http://www.bmsg.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0142

8. Umweltbezogene Gesundheitsrisiken und Frauengesundheit

Ein Beitrag von Mag. Michaela Sit, Klinische und Gesundheitspsychologin, Wien[60]

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 umweltbedingten 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

8.1.1 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 jene 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 Migrant/innen, 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 Europreval (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. Die niedrigsten Raten verzeichneten Polen, Estland, die Slowakei und Slowenien. Gesamt gesehen betrafen 61 Prozent der Fälle Frauen, 57 Prozent davon Frauen im Alter von 65 und mehr Jahren. 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 Ge-

[60] Der Inhalt dieses Abschnitts gibt die persönliche Meinung der Autorin wieder.

schlechtsunterschiede 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 Herzinfarktrisiko 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 Sachlache allerdings noch nicht eindeutig geklärt werden (www.apug.nrw.de).

Allergien: Rund 80 Millionen Menschen in Europa leiden an Allergien. In Österreich sind es etwa 20 bis 25 Prozent der Bevölkerung. Die Ursachen sind äußerst vielfältig; Pollen zählen sicher zu den wichtigsten Auslösern. Wenig beachtet wurde bisher der Zusammenhang zwischen Biodiversitätsverlust (Verlust an biologischer Vielfalt) und erhöhter Pollenexposition besonders in den Städten. In den letzten fünfzig Jahren wurden zunehmend pflegeleichte Bäume und Sträucher nachgefragt und in privaten wie in öffentlichen Grünanlagen gepflanzt. Dies sind vor allem geklonte männliche Bäume und Sträucher, ohne Früchte und Samen, aber mit vielen Pollen (Elston, 2001).

8.1.2 Häufigkeit von Umweltsyndromen bei Frauen

Umweltsyndrome sind umweltassoziierte Gesundheitsstörungen, die zum Teil bei Frauen häufiger auftreten. Die vorhandenen Forschungsergebnisse sind jedoch noch nicht ausreichend, um eindeutige Aussagen treffen zu können. Zu folgenden Syndromen liegen bislang Beobachtungen vor:

Sick Building-Syndrom (SBS): Darunter sind gesundheitliche Beschwerden – wie Kopfschmerzen, akute Atembeschwerden, allergische Hautreaktionen, allgemeines Unwohlsein und verminderte Leistungsfähigkeit – zu verstehen, die durch das Klima in Innenräumen hervorgerufen werden. Als Ursachen werden in der Regel Schadstoffe, die in Innenräumen vorkommen, angenommen, z.B. Kleber aus Bodenbelägen, Gifte aus Möbeln oder Mineralstoffe aus Dämmmaterialien. Zudem können Bürogeräte wie Drucker Ozon freisetzen. Klimaanlagen können insbesondere bei schlechten Filtersystemen oder seltenem Filterwechsel Pollen, Pilzsporen und Keime aus der Außenluft nach innen tragen. Umweltmediziner/innen sprechen von SBS erst, wenn eine Personengruppe betroffen ist (z.B. etwa ein Viertel der in einem Gebäude exponierten Personen). Es liegen Befunde vor, dass Frauen häufiger erkranken als Männer, in abhängigen Positionen Beschäftigte häufiger als Führungskräfte (www.medizininfo.de).

Multiple Chemical Sensitivity (MCS): Diese Multiorganerkrankung ist durch eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Chemikalien charakterisiert und tritt zu siebzig bis achtzig Prozent bei Frauen auf. Beschwerden sind zentralnervöse Symptome, Reizungen von Haut und Schleimhaut sowie Verdauungsstörungen. Als mögliche Ursache wird die chronische Belastung mit Chemikalien in geringer Menge vermutet (www.genanet.de).

Chronic Fatigue Syndrome (CFS): Vorrangige Symptome des CFS sind ein chronischer Erschöpfungszustand, Muskel-, Kopf- und Halsschmerzen sowie Konzentrations- und Denkschwierigkeiten. Der diagnostische Aufwand bei Verdacht auf CFS ist wegen des uncharakteristischen Beschwerdebildes hoch, da stets eine Vielzahl anderer möglicher Krankheiten ausgeschlossen werden muss. Frauen und Männer sind etwa gleich häufig betroffen (www.fatigatio.de).

Fibromyalgie-Syndrom (FMS): Bei FMS kommt es häufig zu unspezifischen Schmerzen an Muskeln und Skelett. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer (www.bayern.de/lfu/umwberat/umwsyndr.htm).

Elektromagnetische Hypersensibilität: Menschen, die nach eigenem Bekunden unter Elektrosensibilität leiden, geben an, auf schwache elektromagnetische Felder mit Befindlichkeitsstörungen wie Nervosität, Schlafstörungen, Kopfschmerzen oder Atembeschwer-

den zu reagieren. Für die Symptome der Elektrosensibilität lässt sich aus wissenschaftlicher Sicht bislang kein naturwissenschaftlich beweisbarer Zusammenhang mit den Wirkungen elektromagnetischer Felder aufzeigen
(www.bayern.de/lfu/umwberat/umwsyndr.htm).

8.2 Frauen, Gender Mainstreaming und Umwelt

Frauen und Männer nutzen ihre Umwelt wegen der in den meisten Gesellschaften üblichen Arbeits- und Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern in unterschiedlicher Weise. Frauen haben aufgrund ihrer sozialen Stellung geringere Kontrolle über natürliche Ressourcen. Von wichtigen Entscheidungsprozessen im Management von Ressourcen sind sie häufig ausgeschlossen. Die Weltfrauenkonferenz in Peking 1995 betonte den Gender-Ansatz als Querschnittsaufgabe für alle Politikbereiche. Das extreme Ungleichgewicht zwischen Verantwortlichkeiten und Rechten der Frauen wurde kritisiert, gezielte Forderungen wurden gestellt. Frauen sollen in alle umweltrelevanten Planungs- und Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden. Schwerwiegende Diskriminierungen von Frauen liegen insbesondere im Zugang zu Bildung, Land, Trinkwasser und anderen Ressourcen vor. Weltweit verfügen Frauen nur über ein Prozent des Landbesitzes. Trotzdem wird in vielen Ländern der größere Teil der Produktion von Frauen geleistet. Das Eigentumsrecht und die Entscheidung über die Nutzung des Landes liegen aber oft bei den männlichen Verwandten (http://www.bmz.de).

8.2.1 Einbringen der Gender-Perspektive in die Forschung zu Umwelt und Gesundheit

Das Frankfurter Institut für sozial-ökologische Forschung (ISOE) bildet mit sechs weiteren Instituten in Deutschland, Österreich (Österreichisches Ökologie-Institut für angewandte Umweltforschung) und Italien das Forschungsnetzwerk *Ökoforum*. Die Studie *Frauen und Müll* (1991) war die einzige finanzierte Forschung im Schwerpunkt *Gender and Environment* des ISOE bis zum Jahr 2000. Sie kritisierte die Verengung des Abfallproblems zu einem Hausmüllproblem in der öffentlichen Darstellung, insofern als der so genannte Hausmüll damals nur rund zehn Prozent der deutschen Abfallmengen ausmachte. Darüber hinaus problematisierte die Studie, dass mit der Einführung der Abfalltrennung im Haushalt eine Ausweitung der Hausarbeiten verbunden ist, die aufgrund der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung mehrheitlich die Frauen trifft. Eine Finanzierung der Gender-Forschung im Umweltbereich wurde erst mit der Umsetzung der von der Europäischen Union beschlossenen Strategie des Gender Mainstreaming erreicht. Das ISOE hat im Rahmen einer Evaluation des Fünften Rahmenprogramms zur Forschung und technologischen Entwicklung der EU das Unterprogramm *Environment and Sustainable Development* einem Gender Impact Assessment (ein Instrument zur Überprüfung der Auswirkungen von politischen Maßnahmen auf Frauen und auf Männer sowie auf die Geschlechterverhältnisse) unterzogen. Von den über 2.000 Projekten, die bei diesem Unterprogramm eingereicht wurden, erwähnt nur ein einziges im Abstract Frauen. Im ISOE werden mittlerweile Gender-Perspektiven auch in der Wasserforschung, der Mobilitätsforschung, der Ernährungsforschung und der Forschung über demografische Entwicklungen und Versorgungssysteme entwickelt. Ein Ziel für die Zukunft besteht darin, auch die Klimaforschung, die in der Umweltforschung eine Art Leitdisziplin darstellt, konzeptionell für Gender-Perspektiven zu erschließen (ISOE, 2004).

Tradierte Muster in der Aufteilung von Erwerbs- und Reproduktionsarbeit führen zu unterschiedlichem Mobilitäts- und Konsumverhalten von Frauen und Männern. Männer nehmen Umwelt- und Gesundheitsrisiken häufig immer noch anders wahr als Frauen, sind technikorientierter und risikobereiter, legen weniger Wert auf Prävention. Es ist wichtig, Frauen und Männer zielgruppengerecht für Umweltproblematiken zu sensibilisieren. Frauen und Männer haben unterschiedlich guten Zugang zu Forschung und Erwerbsarbeit und damit auch ungleiche Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung von neuen Produkten und Technologien (Gender Kompetenz Zentrum, 2004).

Es gibt beispielsweise einige Gender-Aspekte, die für die Verkehrspolitik von Bedeutung sind. Frauen und Männer sind unterschiedlich mobil: Öffentliche Verkehrsmittel werden in erster Linie von Frauen genutzt, Frauen gehen häufiger zu Fuß als Männer und sind eher

mit kleinen Kindern unterwegs. Frauen verfügen für den alltäglichen Gebrauch wesentlich seltener über ein Auto als Männer. Gleichzeitig haben sie aufgrund der immer noch vorherrschenden geschlechtsspezifischen Rollenverteilung die Hauptverantwortung für die Koordinierung aller familiären Aktivitäten. Daraus ergeben sich geschlechtsspezifisch unterschiedliche Bedürfnisse und Anforderungen, z.B. an das Angebot des öffentlichen Nahverkehrs (Gender Kompetenz Zentrum, 2004).

Bei der Betrachtung bestimmter soziodemografischer Gruppen zeigt sich die Bedeutung von *Gender* auch für das Konsumverhalten deutlich: Alleinerziehende (zu 87 Prozent Frauen) streben aus Verantwortung für ihre Kinder häufig umweltbewusstes Verhalten an. Aufgrund ihrer geringen finanziellen Mittel ist ihre umweltbewusste Entscheidung für nachhaltig hergestellte Produkte allerdings nur schwer zu realisieren (Empacher et al., 2002).

8.2.2 Frauen und Geschlechtergerechtigkeit in der Agenda 21

Auf der **UN-Konferenz für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro 1992** wurden angesichts der zunehmenden ökologischen und sozialen Probleme Zielvorstellungen für eine zukünftige Entwicklung erarbeitet. Das bekannteste Resultat dieser Verhandlungen ist die **Agenda 21,** der Aktionsplan für den Weg ins 21. Jahrhundert. In der Agenda 21 verpflichtete sich die internationale Staatengemeinschaft zu einem nachhaltigen Umgang mit den natürlichen Ressourcen unserer Umwelt. Kapitel 24 der Agenda betont die **Mitwirkung von Frauen**: „Die internationale Staatengemeinschaft hat mehrere Aktionspläne und Übereinkommen für die volle, gleichberechtigte und nutzbringende Integration der Frau in alle Entwicklungsmaßnahmen gebilligt, insbesondere die Zukunftsstrategien von Nairobi zur Förderung der Frau, welche die Mitwirkung der Frauen an der Bewirtschaftung von Ökosystemen und dem Schutz der Umwelt auf nationaler und internationaler Ebene herausstellen." (Agenda 21, 1992) Der Auftrag für eine nachhaltige und gerechte Entwicklung der natürlichen Lebensgrundlagen wird mit der Herstellung von Geschlechtergerechtigkeit in globalen, nationalen und regionalen Aktionsplänen verbunden.

Der **Weltgipfel in Johannesburg 2002** bot zehn Jahre nach der Rio-Konferenz die große Chance, die globalen Herausforderungen Armut und Umweltzerstörung wieder ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Für zahlreiche Staaten - so auch für Österreich - war der Weltgipfel Anlass, **Nachhaltigkeitsstrategien** zu entwickeln und vorzustellen. Da weltweit aber etwa die Hälfte der Länder der Agenda 21-Aufforderung, Nachhaltigkeitsstrategien zu erstellen, noch nicht nachgekommen waren, wurde das Jahr 2005 für deren Implementierung genannt.

Internationale und europäische Politik zu Umwelt und Gesundheit

1973	Die Europäische Gemeinschaft verabschiedet ihr **Erstes Umweltaktionsprogramm** Weitere Umweltaktionsprogramme folgen in den Jahren 1977, 1982, 1987, 1993, 2002
1987	**Der Brundtland-Report** Die Vereinten Nationen gründen als unabhängige Sachverständigenkommission die Internationale Kommission für Umwelt und Entwicklung (WCED = World Commission on Environment and Development). Diese Kommission veröffentlicht vier Jahre später ihren Zukunftsbericht („Our Common Future"). Auf der Grundlage dieses und weiterer Berichte beginnen die Vereinten Nationen im Jahr 1989 mit den Vorbereitungen zu einer neuen Umweltkonferenz, die 1992 in Rio de Janeiro stattfinden sollte. In diesem Bericht wird erstmals das **Leitbild einer nachhaltigen Entwicklung** vorgestellt.
1989	**Erste Europäische Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit in Frankfurt/Main** Die Umwelt- und Gesundheitsminister/innen der Europäischen Region verabschieden die Europäische *Charta Umwelt und Gesundheit*
1992	**Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro** Auf dieser Konferenz wird die *Agenda 21* verabschiedet.
1993	**WHO-Programm Globale Strategie für Gesundheit und Umwelt** Das Programm dient als Arbeitsrahmen für die Erfüllung der in der Agenda 21 vereinbarten Ziele.
1994	**Zweite Europäische Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit in Helsinki** Die Umwelt- und Gesundheitsminister/innen der Europäischen Region beschließen einen *Europäischen Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa* (Environmental Health Action Plan for Europe – EHAPE). Die Mitgliedsstaaten sollen *Nationale Aktionspläne Umwelt und Gesundheit* (National Environmental Health Action Plan – NEHAP; bzw. NAPUG) entwickeln, um die Ziele des Europäischen Aktionsplanes umzusetzen.

1994	**Charta von Aalborg** Europäische Städte und Gemeinden verpflichten sich, eine lokale Agenda 21 aufzustellen und Handlungsprogramme für eine nachhaltige Stadt- und Gemeindeentwicklung zu erstellen. In Europa laufen derzeit ca. 5.300 lokale Agenda 21-Prozesse.
1997	**Vierte Internationale WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta**
1999	**Dritte Europäische Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit in London** Die Länder tauschen ihre Erfahrungen, die sie bei der Aufstellung und Umsetzung ihrer nationalen Aktionspläne zu Umwelt und Gesundheit gewonnen haben, aus: Die Umsetzung der nationalen Aktionspläne muss im Wesentlichen auf der lokalen Ebene erfolgen. Hierzu können eigenständige *Lokale Aktionspläne Umwelt und Gesundheit* (Local Environmental Health Action Plans - LEHAPs) entwickelt oder bereits bestehende Pläne wie z.B. die der lokalen Agenda-21 oder der Gesunden Städte-Projekte genutzt werden.
1999	**Gründung der APUG – Deutschland** Das Aktionsprogramm vernetzt die Politikbereiche Umwelt-, Gesundheit- und Verbraucherschutz.
2002	**Weltgipfel Rio +10 in Johannesburg** Auf dieser Konferenz wurden die bisherigen Ergebnisse und Erfahrungen überprüft und über konkrete Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Agenda 21 beraten.
2004	**Vierte Europäische Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit in Budapest** Diese Konferenz befasste sich schwerpunktmäßig mit Umweltauswirkungen auf die Gesundheit von Kindern. Das Leitmotiv lautete *Die Zukunft unseren Kindern*.

8.2.3 Österreichische Politik zu Umwelt und Gesundheit

Auf der Zweiten Europäischen Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit in Helsinki 1994 wurde von den Umwelt- und Gesundheitsminister/innen der europäischen Mitgliedstaaten der WHO eine Erklärung verabschiedet, die eine Verbesserung der Lebensbedingungen und gesundheitlichen Voraussetzungen für die heutige und zukünftige Generation zum Ziel hat. Der Erreichung dieser Ziele dient der **Österreichische Nationale Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan (NEHAP)**, der auf den Gebieten Luft, Wasser, Altlasten, Lebensmittelqualität und -sicherheit, Strahlenschutz, Chemikaliensicherheit, Lärm, Verkehr, Unfälle, Sicherheit am Arbeitsplatz und Siedlungswesen die in Österreich herrschenden Probleme aufzeigt und Möglichkeiten zu ihrer Lösung darstellt.

Die **Österreichische Strategie zur Nachhaltigen Entwicklung** wurde 2002 vom Ministerrat beschlossen (Österreichs Zukunft Nachhaltig Gestalten – Die Österreichische Strategie zur Nachhaltigen Entwicklung, 2002). Sie formuliert insgesamt zwanzig Ziele. Für den Bereich **Umwelt** wurden folgende **fünf Ziele** genannt:

1. Schutz der Umweltmedien und Klimaschutz. Das heißt: Qualitätsziele für Boden, Wasser und Luft setzen und eine verantwortungsvolle Stoffpolitik betreiben.
2. Vielfalt von Arten und Landschaften bewahren. Das heißt: Tier- und Pflanzenarten, Lebensräume, Natur- und Kulturlandschaften erhalten.
3. Verantwortungsvolle Raumnutzung und Regionalentwicklung. Das heißt: Raumpolitik auf steigende Lebensqualität der Bevölkerung, auf Stärkung regionaler Wirtschaftskreisläufe und auf kurze Wege zwischen Wohnen, Beruf und Freizeit ausrichten.
4. Mobilität nachhaltig gestalten. Das heißt: Mobilitätszwänge reduzieren und die Erfüllung von Mobilitätsbedürfnissen nachhaltig gestalten.
5. Verkehrssysteme optimieren. Das heißt: durch Innovation, Technologie und Infrastruktur umweltverträgliche, Ressourcen schonende, energieeffiziente und sichere Verkehrsarten fördern.

Ausgangspunkt der Diskussion um nachhaltige Entwicklung ist der 1987 vorgelegte Abschlussbericht der UN-Kommission über Umwelt und Entwicklung, der so genannte *Brundtland-Report*. Nachhaltige Entwicklung (*sustainable development*) ist dort definiert als „Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können" (Lexikon der Nachhaltigkeit, 2004).

Die Umsetzung der Österreichischen Strategie zur Nachhaltigen Entwicklung hat unmittelbar nach ihrem Beschluss im Jahr 2002 begonnen. Jährliche Arbeitsprogramme sind die

zentralen Instrumente der Umsetzung und dienen der Koordination der Aktivitäten. Aufbauend auf dem Arbeitsprogramm 2003, das mehr als 200 Projekte, Initiativen und Maßnahmen enthielt, werden im Arbeitsprogramm 2004 der Regierung achtzig neue Maßnahmen für ein Nachhaltiges Österreich genannt.

8.3 Umweltbezogene Gesundheitsrisiken

Zu den wesentlichen umweltbezogenen Gesundheitsrisiken zählen **Luftverschmutzung** (Bereich Klimaschutz); **Wasserverunreinigung**; Beeinträchtigungen der **Lebensmittelsicherheit** (Gentechnik und unerwünschte Stoffe in Lebensmitteln); **Strahlenbelastungen** aus der natürlichen und zivilisatorischen Umwelt; **Lärm** als Stressfaktor.

Nachfolgend sei exemplarisch die Bedeutung von **Lärm als gesundheitliche Belastung** dargestellt.

Lärm wirkt sich im umfassenden Sinne der WHO-Definition, das heißt körperlich, psychisch und sozial, auf die menschliche Gesundheit aus. Die WHO erstellte 1999 Leitlinien für Lärmbelästigung durch Industrie, Straßen-, Flug- und Schienenverkehr sowie andere Lärmquellen. Als mögliche gesundheitliche Folgen des Lärms werden Hörschäden und Hörverminderung, Störungen der Sprachflüssigkeit, Schlafstörungen, Störungen physiologischer Funktionen, psychische Störungen und verminderte Leistungsfähigkeit genannt. Der Grenzwert für den vorbeugenden Gesundheitsschutz liegt bei 55 dB für den Tag und 45 dB für die Nacht (WHO, 1999).

Einer der wichtigsten Wirkmechanismen von Lärm auf die Menschen läuft indirekt über die Erzeugung von Stress. Lärm wirkt als Stressor, der eine unspezifische Reaktion hervorruft. Chronische Lärmbelastung kann die Ausschüttung von Stresshormonen steigern und Blutdruck und Blutfette nachteilig beeinflussen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie Einfluss auf das soziale Verhalten, wie zum Beispiel Aggressionen, bis hin zu psychischen Krankheiten zählen zu den Wirkungen permanenter Lärmbelastung (Marks, 1999).

Dass Lärm für Frauen und Männer unterschiedliche Folgen haben kann, zeigt eine Untersuchung an über 4.000 Patient/innen, die zwischen 1998 und 2001 mit einem akuten Herzinfarkt in Berliner Krankenhäuser eingewiesen wurden. Diese Studie ergab, dass bei Frauen, die in ihrem Lebensumfeld einer großen Lärmkulisse ausgesetzt waren, das Herzinfarktrisiko um das 1,4-Fache stieg. Bei Männern war hier kein Unterschied zu beobachten, sehr wohl aber bei Lärm am Arbeitsplatz: Hier hatten die Männer bei Lärm ein 1,4-fach erhöhtes Risiko, Frauen hingegen nicht. Expert/innen vermuteten psychosoziale Faktoren als Grund dafür: Frauen hätten andere Lebensschwerpunkte. Entscheidend für die Prävention sei die Geschlechterdifferenz (Willich et al., 2003).

Subjektive und objektive Lärmbelastung der Österreicher/innen

Die **subjektive Belastung durch Lärm** in Österreich wird seit 1970 durch die Statistik Austria im Rahmen von Mikrozensus-Erhebungen ermittelt. Demnach fühlten sich 2004 rund 28 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen in Österreich in ihren Wohnungen am Tag und/oder in der Nacht durch Lärm belästigt, rund 10 Prozent davon stark oder sehr stark. Der Kraftfahrzeugverkehr wurde von 43 Prozent der Befragten als stärkste Lärmquellen genannt, LKWs und Busse von 17 Prozent. Diese Lärmquellen lagen damit weit vor dem Schienenverkehr (7 Prozent) und dem Luftverkehr (4 Prozent). Seit den 1970er Jahren ist eine deutliche Abnahme der Lärmbelastung der Bevölkerung festzustellen, da verschiedene Lärmminderungs- und Schutzmaßnahmen durchgeführt wurden: Emissionsgrenzwerte von Fahrzeugen und Flugzeugen wurden gesenkt, Lärmschutzwände und -wälle errichtet und der Einbau von Schallschutzfenstern gefördert (Siebenter Umweltkontrollbericht, 2004).

Eine Ermittlung der **objektiven Lärmbelastung** wurde in Österreich noch nicht flächendeckend durchgeführt. Nach einer Schätzung der OECD im Jahr 2002 ist als Obergrenze für den Anteil der Bevölkerung, der in Zonen mit einer Straßenverkehrslärmbelastung über dem geltenden Grenzwert für Lärmschutz (60 dB am Tag oder 50 dB in der Nacht) an Bundesstraßen lebt, ein Wert von 32 Prozent anzunehmen; weiters wird geschätzt, dass ein Anteil von rund vier Prozent der österreichischen Bevölkerung in Zonen mit einer Lärmbelastung über dem Grenzwert der Lärmbelästigung durch Schienenverkehr lebt.

Zur Ermittlung der **Lärmbelastung durch den Flugverkehr** wurden für alle Flughäfen in Österreich Lärmkarten erstellt. In den vergangenen Jahren wurden die Fluglärmzonen in Wien-Schwechat trotz stark steigender Flugbewegungen kleiner. Diese Entwicklung ist vor allem auf die Einschränkung des Einsatzes lauter Flugzeuge zurückzuführen (Siebenter Umweltkontrollbericht, 2004).

Mit der Umsetzung der **EU-Umgebungslärmrichtlinie 2002** wird ab 2007 für Hauptverkehrswege sowie Ballungszentren eine Erfassung der von Lärm betroffenen Bevölkerung zur Verfügung stehen. Den Anstoß für die EU-Umgebungslärmrichtlinie hat die Europäische Kommission 1996 mit ihrem Grünbuch *Künftige Lärmschutzpolitik* gegeben. In diesem Grünbuch wurde ein neues Konzept zur Bekämpfung des Lärms in der Umwelt vorgeschlagen, das neben der herkömmlichen Lärmbekämpfungsstrategie, der Festlegung von Emissionsgrenzwerten für Produkte, auch europaweit harmonisierte Regelungen zur Geräuschimmission umfassten. Die EU-Umgebungslärmrichtlinie wurde 2002 vom Europäischen Parlament und dem Rat erlassen. Sie musste bis zum 18. Juli 2004 in nationales Recht umgesetzt werden. Mit dieser Richtlinie wurde ein gemeinsames Konzept festgelegt, um schädliche Auswirkungen durch Umgebungslärm vorzubeugen und zu mindern. Hierzu werden die Umgebungslärmbelastung anhand von Lärmkarten dargestellt und Aktionspläne zur Vermeidung und Verminderung von Lärm erstellt.

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.

Es folgt ein Einblick in zwei weitere, vor allem von Frauen in Anspruch genommene Angebote der Gesundheitsversorgung:

- **Selbsthilfegruppen** und
- **Komplementär- und Alternativmedizin (CAM)** und **Medical Wellness.**

Ein eigener Abschnitt dieses Kapitels behandelt Aspekte der geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme und der frauenspezifischen Qualitätssicherung:

- Ein Beitrag analysiert **Aspekte der Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen**.
- Beispiele der **frauenspezifischen Qualitätssicherung** werden beschrieben und
- ein exemplarischer Hinweis auf die Problematik der **mangelnden klinischen Prüfung von Medikamenten** bei Frauen gegeben.

Zentrale Handlungsfelder der frauenspezifischen Gesundheitsversorgung

Wesentliche frauenspezifische **Gesundheitsbereiche und -sektoren** sind:

- Kardiologie, Onkologie (Brustkrebs bzw. gynäkologische Onkologie)
- Gynäkologie und Geburtshilfe (perinatale Versorgung, Schwangerschaftsabbruch)
- Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, psychosoziale Beratung und Betreuung (frauengerechte Psychiatrie, Traumastationen, postpartale Depressionen, ...)
- Pflege, Geriatrie
- Selbsthilfe
- Alternativ-, Komplementärmedizin; Medical Wellness

Frauenspezifische Versorgung bei körperlichen und psychosozialen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, **von denen ausschließlich, überwiegend bzw. zunehmend Frauen betroffen** sind, zum Beispiel:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Brustkrebs, gynäkologisch-onkologische Probleme
- Lungenkrebs
- Psychische Erkrankungen (Depression; Angst; problematischer Alkohol-, Medikamenten-, Drogenkonsum; Essstörungen, …)
- Psychische und körperliche Folgeerkrankungen von Gewalt und sexuellem Missbrauch
- Chronische Erkrankungen, unheilbare Erkrankungen (Krebs, HIV/AIDS)

Versorgung zur Erhaltung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit:

- Schwangerschaft und Geburt (Geburtshilfe, PPD, Schwangerschaftsabbruch, unerfüllter Kinderwunsch, …)
- Verhütung unerwünschter Schwangerschaften, sexuell übertragbarer Erkrankungen
- Gynäkologische Komplikationen (Krebs, Menstruations-, Menopause-Beschwerden)

Zielgruppen sind Frauen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen oder Lebensphasen:

- Frauen, die von Armut bedroht sind, z.B. Alleinerzieherinnen, alte und allein stehende Frauen, arbeitslose Frauen
- Frauen mit sprachlichen oder kulturellen Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem, z.B. Frauen mit Migrationshintergrund und Asylantinnen
- Frauen, die von Gewalt betroffen sind
- Lesbische Frauen, die im Gesundheitssystem diskriminiert werden
- Frauen mit besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen, z.B. Frauen mit Behinderung, Frauen als psychiatrische Patientinnen
- Frauen in besonderen sozialen Lagen, z.B. Frauen, die als (Geheim-)Prostituierte arbeiten, Frauen ohne festen Wohnsitz
- Mädchen und junge Frauen, z.B. in der Pubertät (Menarche, erste Sexualität, Verhütung), Mädchen mit ungewollter Schwangerschaft (Teenager-Schwangerschaft), Mädchen mit Essproblemen und Essstörungen, Mädchen mit risikoreichem Gesundheitsverhalten (Alkohol, Nikotin, ungünstiges Bewegungs- und Ernährungsverhalten)
- Frauen in der mittleren Lebensphase und Frauen im Alter, die Unterstützung beim Wechsel in eine neue Lebensphase und zum gesunden Altern brauchen

9.1.1 Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung

Besonders im vergangenen Jahrzehnt wurden in Europa und international die ersten 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 – GWH[61]) -, die zu dieser Entwicklung beigetragen haben. Dennoch muss dabei die Empfehlung der WHO in der *Madrider Erklärung - Gender Mainstreaming in health* aus dem Jahr 2001 wiederholt werden, dass lokale Strategien einer frauengerech-

[61] http://www.who.int/gender/en/

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

9.2 Netzwerk österreichischer Frauengesundheitszentren

Selbstdarstellung des Netzwerks der österreichischen 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.

Die österreichischen Frauengesundheitszentren sind im Vergleich zu ihren Schwester-Organisationen in anderen Ländern Europas und in den Vereinigten Staaten, erst spät entstanden. Ihre Geschichte und ihr Fortbestand sind von Faktoren beeinflusst, die spezifisch für die Frauengesundheitspolitik in Österreich sind.

In Österreich werden soziale Probleme häufiger *von oben nach unten* (top down) gelöst als *von unten nach oben* (bottom up) angegangen. Dies zeigte sich z.B. im Prozess der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches im Jahre 1975. Damals widersetzten sich Frauen der Sozialdemokratischen Partei gegen das bestehende Gesetz. Diese Frauen veranlassten ihre Partei, dieses Gesetz zu ändern. Es gab also eine aktive Bewegung, die

sich für die Wahlmöglichkeit und Entscheidungsfreiheit der Frau in Bezug auf eine Schwangerschaft einsetzte, in einzelnen Städten entstanden auch Frauenselbsthilfegruppen. Aber diese Gruppen forderten oder initiierten nicht explizit Frauengesundheitszentren. In den darauf folgenden Jahren wurden Frauenhäuser, Frauenberatungsstellen und Frauenberatungszentren gegründet. Diese verstanden ihre Arbeit weder explizit noch implizit als eine Arbeit an der Frauengesundheit. Bis zum Entstehen von Frauengesundheitszentren gab es also keine organisierte Frauengesundheitsbewegung, die der traditionellen schulmedizinischen Praxis eine systematische Kritik und frauengerechte Angebote entgegengestellt hätte.

Regionale Entwicklungen

Als erstes österreichisches Frauengesundheitszentrum nahm F.E.M. 1992 in Wien seine Tätigkeit auf. Noch im selben Jahr entstand das Frauengesundheitszentrum in Graz. Das Frauengesundheitszentrum ISIS in Salzburg wurde im Jahr 1994 gegründet. Im Jahr 1996 entstand das Linzer Frauengesundheitszentrum und im Jahr 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 aus Geldmangel wieder schließen. Bis heute gibt es keine Frauengesundheitszentren im Burgenland und in Niederösterreich, somit haben vier Bundesländer kein Frauengesundheitszentrum.

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 für frauenorientierte Dienstleistungen ein und versuchen, die Qualität der frauenspezifischen Gesundheitsversorgung zu 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.

Das Netzwerk: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Trotz dieser Gemeinsamkeiten unterscheiden sich die einzelnen Frauengesundheitszentren in ihren Strategien. Die Ansätze lassen sich als breites Spektrum beschreiben, das von der Zusammenarbeit mit Ärzt/innen über Implementierung von Frauengesundheitsförderung in Krankenhäusern bis zur entschlossenen Kritik an der medizinischen Praxis reicht. Einzelne fokussieren eher auf die Bedürfnisse der individuellen Frau, andere Frauengesundheitszentren betonen die Relevanz gesundheitspolitischer Strukturen und deren Veränderung. Die einzelnen Zentren verfügen über verschiedene Stadien der Unabhängigkeit, je nachdem, welche Interessen in den Vorständen und Leitungsgremien vertreten sind. Auch die zur Verfügung stehenden öffentlichen Mittel und Personalressourcen unterscheiden sich und hängen von den lokalen strukturellen und politischen Umständen ab.

Die Erfolge und Leistungen der einzelnen Frauengesundheitszentren beruhen auf der professionellen Zusammenarbeit von Fachfrauen aus unterschiedlichen Berufsfeldern. 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.

Die multiprofessionelle, transparente und lösungsorientierte Arbeitsweise des Netzwerkes und der einzelnen Frauengesundheitszentren selbst, stellt hohe Anforderungen an die Kompetenz und Flexibilität der Mitarbeiterinnen. Insbesondere da die Ressourcenausstattung der österreichischen Frauengesundheitszentren in keiner Weise den steigenden Leistungsanforderungen und steigenden Nutzungszahlen entspricht. Ganz im Gegenteil kommen gleich bleibende Budgets bei jährlich steigenden Nutzungszahlen einer realen Budgetkürzung gleich. Hier und in der Tatsache, dass die Frauengesundheitszentren meist nur jährliche Subventionszusagen erhalten, spiegelt sich der noch geringe Stellenwert von Frauengesundheit in der österreichischen Gesundheitspolitik wieder. Die langfristige finanzielle Absicherung der Frauengesundheitszentren würde nicht nur eine nachhaltige frauengerechte Gesundheitsförderung ermöglichen, Österreich würde damit auch eine Vorreiterrolle in der Umsetzung von WHO-Richtlinien zur Weiterentwicklung der weiblichen Gesundheit in der Europäischen Region einnehmen. Die öffentliche Hand ist gefordert mehr Verantwortung für geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung zu übernehmen und für die Kompetenzzentren langfristig abgesicherte Finanzierungsmodelle zu schaffen. Frauengesundheitszentren sind als fixer Bestandteil der Gesundheitspolitik bzw. der Gesundheitsförderung zu verankern. Dabei ist es zielführend, die inhaltliche Autonomie der Frauengesundheitszentren zu wahren, damit ihre innovativen und kritischen Impulse auch zukünftig die Qualitätsverbesserung des Gesundheitswesens vorantreiben können.

9.2.1 Frauengesundheitszentren F.E.M / F.E.M. Süd, Wien

Die Frauengesundheitszentren F.E.M. und F.E.M. Süd (F.E.M. steht für Frauen – Eltern-Mädchen) stehen in Wien seit Anfang der 1990er Jahre für niederschwellige, ganzheitliche, alters- und kulturunabhängige Frauengesundheitsförderung. Ein Charakteristikum der Wiener Frauengesundheitszentren ist es, Frauengesundheitsförderung im Setting Krankenhaus zu etablieren. Ziel ist die Nutzung vorhandener Ressourcen, Infrastruktur und von Knowhow einerseits, und andererseits die Vermittlung dieser an die Frauen entsprechend ihrer individuellen gesundheitlichen Bedürfnisse. Gleichzeitig fungieren F.E.M. und F.E.M. Süd als Schnittstellen des jeweiligen Krankenhauses mit dem kommunalen Umfeld. Vorrangiges Anliegen ist es, Frauen in ihren gesundheitlichen Bedürfnissen zu unterstützen und sie zu bestärken, deren Berücksichtigung einzufordern. Neben der individuellen Beratung liegt ein zweiter Schwerpunkt im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit. Neben der Pressearbeit und der Erstellung von Informationsbroschüren werden Informationsveranstaltungen sowie Gesundheitsaktionen zu aktuellen Themen der Frauengesundheit durchgeführt, die einen niederschwelligen Zugang zur Information gewährleisten. Schließlich sind auch Fachpersonen des Gesundheits- und Sozialwesens eine wichtige Zielgruppe. Für diese werden Fortbildungen zu frauen- und migrationsspezifischen Themen angeboten. Die Frauengesundheitszentren F.E.M. und F.E.M. Süd bilden, zusammen mit dem 2002 gegründeten Männergesundheitszentrum M.E.N., den gemeinnützigen Verein Institut für Frauen- und Männergesundheit. Die Finanzierung erfolgt über Fördermittel der Stadt Wien (Krankenanstaltenverbund), Förderungen des Bundes, Kursbeiträge und Projektfinanzierungen (z.B. Fonds Gesundes Österreich, Fonds Soziales Wien, EU).

9.2.1.1 Frauengesundheitszentrum F.E.M.

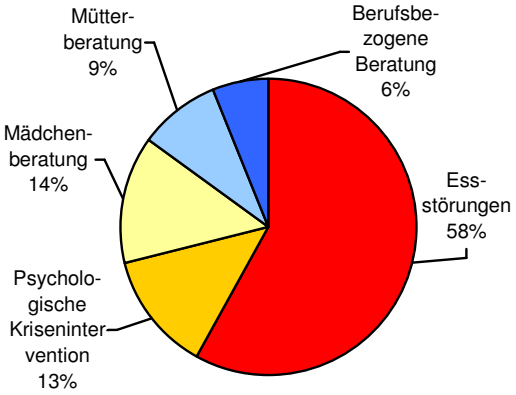
Das Frauengesundheitszentrum F.E.M., gegründet 1992 als WHO Modellprojekt ist Österreichs erstes Frauengesundheitszentrum. Es wurde implementiert in einer Wiener Frauenklinik, nunmehr eine reine Geburtenklinik, dem Department Ignaz Semmelweis Frauenklinik. Für das spezielle Konzept der Frauengesundheitsförderung im Setting Krankenhaus erhielt das F.E.M. 1998 den *Award for Excellence in a Women's/Children's Health Project* der WHO.

Reproduktive Gesundheit, Essstörungen, Vernetzung und Selbsthilfe

Arbeitsschwerpunkte des F.E.M. sind Aspekte der reproduktiven Gesundheit (Familienplanung, Schwangerschaft, Wochenbett, Kinderwunsch, Pränataldiagnostik, etc.) und Wechseljahre, aber insbesondere der Bereich der Essstörungen. Ein Drittel aller Kontaktaufnahmen mit dem F.E.M. betrifft Essstörungen. Es wurde daher ein umfassendes, multiprofessionelles und ganzheitliches Präventions- und Therapiekonzept für Frauen und Mädchen mit Essstörungen entwickelt, das von Schulworkshops und niederschwelliger Information und Beratung über längerfristige Gruppen- und Einzeltherapie sowie Fort- und Weiterbildung für Professionist/innen bis hin zu Selbsthilfe für Betroffene und deren Angehörige reicht.

Weitere wesentliche Aktivitäten werden im Selbsthilfebereich und in regionalen und überregionalen Vernetzungsprojekten gesetzt. Das F.E.M. beherbergt derzeit sechs Selbsthilfegruppen aus unterschiedlichen Gesundheitsbereichen. Im Jahr 2000 initiierte das F.E.M. das Gesundheitsnetz Währing, eine Bezirksplattform zum Thema Gesundheit, in der sich derzeit 27 Einrichtungen bezirksweit regelmäßig treffen, Projekte entwickeln und Veranstaltungen organisieren.

Abbildung 9-1. Themen der psychosozialen Beratung des F.E.M. in Wien (2003)



9.2.1.2 Frauengesundheitszentrum F.E.M. Süd

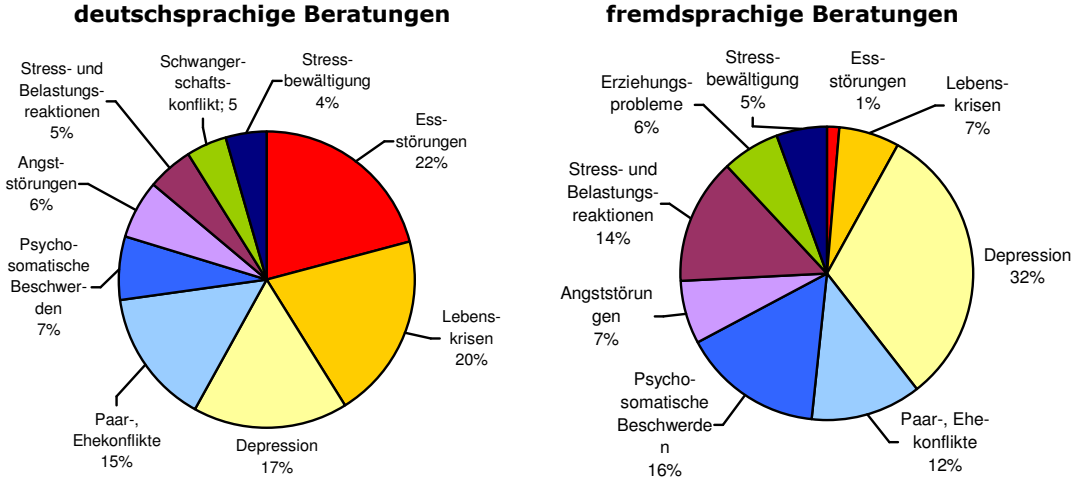
Im Mai 1999 wurde das Frauengesundheitszentrum F.E.M. Süd im Kaiser Franz Josef Spital, einem Schwerpunktkrankenhaus, in Wien eröffnet. Als Anlaufstelle der Frauengesundheitsförderung ist es das Anliegen von F.E.M. Süd, Frauen und Mädchen in allen Lebenslagen offen zu stehen.

Abbau von Barrieren zum Gesundheitssystem

Aufgabe des Frauengesundheitszentrums ist es im speziellen, Barrieren des Zuganges zur Gesundheitsversorgung für sozial benachteiligte Frauen, wie Alleinerzieherinnen, Frauen mit geringer Schulbildung und/oder geringem Einkommen sowie Migrantinnen abzubauen sowie deren gesundheitlichen Anliegen und Bedürfnissen gerecht zu werden. Im Zentrum stehen dabei die Stärkung von Selbstbestimmung und Empowerment nicht nur im Hinblick auf gesundheitliche Belange sondern in Bezug auf verschiedenste Bereiche des Lebens. Da im kommunalen Umfeld des Gesundheitszentrums eine große Zahl an Frauen mit Migrationshintergrund lebt, gibt es Beratungs- und Informationsangebote auch in den Sprachen Bosnisch, Kroatisch, Serbisch und Türkisch. In einem multikulturellen und multiprofessionellen Team stehen Psychologinnen, Psychotherapeutinnen, Pharmazeutinnen, Ärztinnen, Gynäkologinnen, Hebammen und Sozialarbeiterinnen den Frauen zur Verfügung. Die Arbeitsweise ist charakterisiert durch Flexibilität, unbürokratisches Vorgehen, Kurzfristigkeit, wobei die Türen offen stehen, um mögliche Hemmschwellen abzubauen. Durch diese Konzeption gelingt es, Frauen zu erreichen, für die bestehende Institutionen

der Gesundheitsversorgung und -förderung nicht adäquat sind. Bei kontinuierlich steigenden Klientinnen- bzw. Besucherinnenzahlen, beträgt der Anteil jener Frauen, die aus einem anderen Land zugewandert sind, bereits vierzig Prozent. Zwei Drittel der Frauen haben lediglich Pflichtschulabschluss und etwas weniger als ein Drittel ist berufstätig.

Abbildung 9-2. Themen der psychosozialen Beratung des F.E.M. Süd in Wien (2003)



Zukunftsperspektiven der Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Frauen

Bisherige Erfahrungen, vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung von sozial schwachen Frauen und Mädchen sowie Migrantinnen haben gezeigt, dass es dringend nötig wäre, das Angebot der Wiener Frauengesundheitszentren im medizinischen und sozialarbeiterischen Bereich zu erweitern. Neben den bewährten Beratungen, Informationsangeboten, Kursen und Gruppen könnten zukünftig auch Vorsorge- bzw. Gesundenuntersuchungen sowie Sozialberatung im Sinne von praktischen Hilfestellungen angeboten werden.

- Wiener Frauen könnten - ähnlich dem Modell der One-Stop-Shops in Glasgow - die Möglichkeit einer niederschwelligen Gesamtversorgung an nur einem Ort erhalten; d.h. beispielsweise Gesundenuntersuchungen, gynäkologische Vorsorge, psychologisch-psychotherapeutische Versorgung und praktische Hilfestellung für sozial benachteiligte Klientinnen (Sozialhilfe, Wäschepakete, etc.) unter einem Dach. Das Konzept der F.E.M.s könnte somit stufenweise bedürfnis- und bedarfsorientiert um die medizinische und soziale Betreuung erweitert werden. Dadurch würde ermöglicht, dass Gesundheitsförderung und –vorsorge in ganzheitlicher Sichtweise umgesetzt werden.
- Eine weitere wichtige Zukunftsperspektive ist die Intensivierung der aufsuchenden Arbeit, z.B. nach dem Vorbild der Parkprojekte oder dem Gesundheitsbus. Eine Ausweitung von Kooperationen mit wohnortnahen Einrichtungen (Schulen, Pensionist/innenheime, Turnvereine, ...) ermöglicht eine noch größere Reichweite.
- In Wien besteht zudem wachsender Bedarf an Gesundheitsvermittlung in unterschiedlichen Fremdsprachen, wie z.B. Russisch, Polnisch, Arabisch, etc. Das vorhandene Konzept der Frauengesundheitszentren könnten entsprechend den Bedürfnissen von Frauen aus diesen Kulturen maßgeschneidert umgesetzt werden.

Um diese Vorhaben und Zielsetzungen auch realisieren zu können und um auch weiterhin eine hohe Qualität garantieren zu können, benötigen die Wiener Frauengesundheitszentren eine längerfristige finanzielle Absicherung aus öffentlicher Hand.

Frauengesundheitszentrum F.E.M.
Semmelweis-Frauenklinik
Bastiengasse 36-38, 1180 Wien
Tel.: 01/47615-5771; Fax: 01/47615-5779
fem@aon.at; www.fem.at

Frauengesundheitszentrum F.E.M. Süd
Kaiser Franz Josef-Spital
Kundratstraße 3; 1100 Wien
Tel.: 01/60191-5201; Fax: 01/60191-5209
postfemsued@magwien.gv.at; www.fem.at

9.2.2 Frauengesundheitszentrum, Graz

Viele Wege, ein Ziel: Frauengesundheit

Wer wir sind ...

… ein 1993 von Grazer Ärztinnen und Studentinnen gegründeter gemeinnütziger Verein
… eine Serviceeinrichtung und Beratungsstelle für Frauen
… eine Modell für geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung und –versorgung
… eine gesundheitspolitische Interessensvertretung für Frauen
… ein notwendiges Gegengewicht zu großen Interessensgruppen
… eine Impulsgeberin für den Bereich Frauengesundheit
Im Frauengesundheitszentrum sind neun Fachfrauen voll- oder teilzeitbeschäftigt. Zahlreiche Fachreferent/innen und Kooperationspartner/innen unterstützen unsere Arbeit.

Wofür wir stehen ...

- Empowerment von Frauen
- kritische und unabhängige Information
- geschlechtsspezifische gesundheitliche Versorgung
- Projektentwicklung und Informationsmanagement
- gesundheitsfördernde Angebote

Wie wir die Gesundheit von Frauen fördern

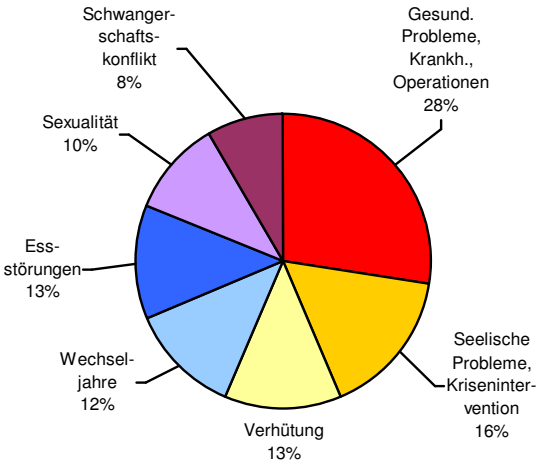
Direkt durch …
- persönliche Beratung und
- qualifizierte Weiterverweise
- E-mail-Beratungen
- Kurse, Vorträge, Workshops
- Psychotherapie
- Gruppen und Selbsthilfegruppen
- eine fachspezifische Bibliothek
- eine Website: www.fgz.co.at

Auf gesundheitspolitischer Ebene durch …
- Interessensvertretung
- Kooperationen
- Arbeitskreise
- Netzwerke
- Öffentlichkeitsarbeit
- Politikberatung

Zielgruppen

- Mädchen und Frauen in allen Lebensphasen
- Kooperationspartner/innen, Multiplikator/innen im Gesundheits-, Bildungs-, Sozialwesen
- Frauengruppen
- Gemeinden
- Initiativen, Projekte, Betriebe
- Schulen und Jugendeinrichtungen
- Geldgeber/innen und politische Entscheidungsträger/innen
- Öffentlichkeit

Abbildung 9-3. Themen der psychosozialen Beratung des FGZ in Graz (2003)



Einige Stichworte zur unserer Arbeit

- Kritische und unabhängige Information: Ziel der direkten Angebote für Frauen ist es, ihre eigene Kompetenz zu stärken. Förderung von Selbsthilfe und informierte Entscheidungen stehen daher im Mittelpunkt.
- Projektentwicklungen garantieren wissenschaftlich fundierte, aktuelle Informationen und geschlechtsspezifische Innovationen in Gesundheitsförderung und -versorgung
- In Arbeitskreisen, Kooperationen, Netzwerken und Fortbildungen für Multiplikator/innen regen wir Strukturen an, die die Gesundheit von Frauen fördern.
- Öffentlichkeitsarbeit sensibilisiert für die Gesundheit von Frauen. Sie zielt darauf ab, dass Frauengesundheit ein Thema der politischen Tagesordnung ist.

Wer uns subventioniert …

Frauenreferat der Stadt Graz; Steiermärkische Landesregierung, Ressort Gesundheit; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Gesundheitsamt der Stadt Graz, Referat Frau und Familie des Landes Steiermark; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur; Bundessozialamt u. a.

Frauengesundheitszentrum
Joanneumring 3 (Nähe Jakominiplatz); 8010 Graz; Tel.: 0316/837998; Fax: 0316/837998-25;
frauen.gesundheit@fgz.co.at; www.fgz.co.at

9.2.3 Frauengesundheitszentrum ISIS – Gesundheit und Therapie für Frauen

Das als gemeinnütziger Verein organisierte Gesundheitszentrum ISIS wurde 1994 als Einrichtung zur Erhaltung, Wiedererlangung und Förderung der Mädchen- und Frauengesundheit gegründet. Zielgruppe sind Frauen und Mädchen jeden Alters aus dem Bundesland Salzburg. In den zehn Jahren des Bestehens wurden rund 17.000 Frauen und Mädchen betreut. Das Team besteht aus drei halbtags beschäftigten Frauen, davon zwei Psychologinnen und eine Politologin als Geschäftsführerin.

Die fünf wichtigsten Zielsetzungen von ISIS sind:

- *Erstes Ziel* ist es, Frauen/Mädchen über medizinische und psychologische Gesundheitsthemen zu informieren, damit sie bei der Erhaltung und Wiedererlangung ihrer Gesundheit unterstützt werden und Entscheidungen aufgrund von umfassenden Informationen treffen können.
- *Zweites Ziel* ist die Verbesserung der individuellen Lebenssituationen der Hilfe suchenden Frauen

- *Drittes Ziel* ist, Mädchen und junge Frauen mit dem notwendigen Wissen über physiologische und psychologische Zusammenhänge ihres Körpers und ihrer Seele zu informieren. Ungewollte Schwangerschaften, gesundheitsschädigendes Verhalten und Infektionserkrankungen sollen damit verhindert werden.
- *Viertes Ziel* ist die wertfreie und umfassende medizinische und psychologische Information der Frauen, die sich in einem Schwangerschaftskonflikt an ISIS wenden. ISIS setzt sich weiterhin in der Öffentlichkeit und auch bei den Meinungsbildner/innen dafür ein, dass das Thema Schwangerschaftsabbruch in Salzburg kein Tabuthema ist.
- *Fünftes Ziel* ist es, die frauengesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für Frauen zu verbessern, indem Öffentlichkeit hergestellt wird, Informationen über frauenspezifische Gesundheitsthemen verbreitet werden und des Weiteren durch Umsetzung der Empfehlungen des Salzburger Frauengesundheitsberichtes, sowie durch den Aufbau eines Netzwerkes mit bestehenden Institutionen aus dem (Frauen)-Gesundheitsbereich und durch Begleitforschung.

Gender-Perspektive als Basis der Arbeit

Die Arbeit des Frauengesundheitszentrums ISIS basiert prinzipiell auf der Gender-Perspektive. Frauen und Männer finden in unserer Gesellschaft unterschiedliche Chancen und Lebensbedingungen vor, entwickeln aufgrund geschlechtsspezifischer Sozialisation unterschiedliche Interessen und Bedürfnisse und sind von gesellschaftlichen Auswirkungen unterschiedlich betroffen. Das bedeutet auch, dass das Geschlecht einen Einfluss darauf hat, an bestimmten Erkrankungen zu leiden, eine bestimmte Diagnose gestellt zu bekommen, eine bestimmte Position im Gesundheitswesen einzunehmen; ebenso hängt die Lebenserwartung und die Häufigkeit der Kontakte mit dem medizinischen Versorgungssystem weitgehend auch vom Geschlecht der Menschen ab. Dieses Bewusstsein wird seit Mitte der 1970er Jahre von Frauen in Europa im Rahmen von unabhängigen Frauengesundheitszentren umgesetzt und verbreitet.

Angebote, Methoden und besondere Erfolge

Angeboten werden frauengesundheitsspezifische Vorträge und Workshops, des Weiteren Präventionsprojekte, Beratungsgespräche und Öffentlichkeitsarbeit. Inhalte der Beratungen sind vor allem belastende Lebenssituationen (Beziehungsprobleme, psychosomatische Erkrankungen, Essstörungen, Schwangerschaftskonflikt). Das Frauengesundheitszentrum ISIS hatte die Projektleitung zur Erstellung des Salzburger Frauengesundheitsberichtes 2000, der mit dem Preis der Österreichischen Akademie der Wissenschaften ausgezeichnet wurde. Das in Österreich erste umfassende Präventionsprojekt für Schulen im Bereich Essstörungen wurde von ISIS entwickelt und publiziert.

Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzungsaktivitäten

Das Frauengesundheitszentrum ISIS ist monatlich in den regionalen Medien und auch in landesweiten Frauenzeitschriften mit Kolumnen und Fachartikeln präsent, die auch auf einer eigenen Homepage (www.frauengesundheitszentrum-isis.at) abrufbar sind. Die Mitarbeiterinnen von ISIS nehmen regelmäßig an Tagungen und Kongressen als geladene Expertinnen teil und kooperieren darüber hinaus mit den Kolleginnen aus den anderen Bundesländern im Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren. Die Vortragsangebote werden intern evaluiert und die Beratungsgespräche anonymisiert dokumentiert. Der jährliche Tätigkeitsbericht kann angefordert werden.

Und die Zukunft?

Für Frauengesundheit ist immer noch viel zu wenig Geld vorhanden. Aus Gründen der nicht-Finanzierbarkeit ist es uns leider nicht möglich, Frauen behindertengerechte Räumlichkeiten mit angemessenem Standard bereitzustellen – ebenso ist eine Stundenaufstockung der Mitarbeiterinnen nicht möglich. Die Finanzierung von ISIS erfolgt von Stadt und Land Salzburg, dem BMGF und der SGKK. Die Unterstützung ist jährlich einzureichen und beträgt ca. 100.000 Euro von unterschiedlichen Subventionsgeber/innen, zuzüglich Eigeneinnahmen von rund fünfzehn Prozent.

Frauengesundheitszentrum ISIS - Gesundheit und Therapie für Frauen
Mag. Aline Halhuber-Ahlmann (Geschäftsführung), Mag. Petra Schweiger, Mag. Hermie Steininger
Willibald-Hauthalerstraße 12, A-5020 Salzburg; Tel.: 0662/442255, Fax: 0662/442250
office@frauengesundheitszentrum-isis.at; www.frauengesundheitszentrum-isis.at

9.2.4 Linzer Frauen Gesundheitszentrum

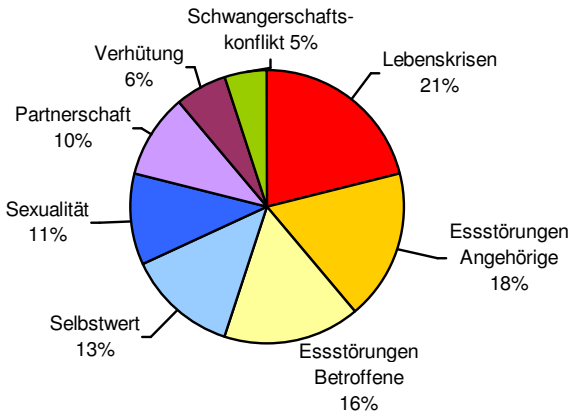
Das Linzer Frauengesundheitszentrum ist ein Modell der frauenspezifischen Gesundheitsförderung. Die fünf Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung der WHO sind gleichzeitig die Leitlinien für die Arbeit des Linzer Frauengesundheitszentrums:

- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
- gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- persönliche Kompetenzen entwickeln
- Gesundheitsdienste neu orientieren

Seit der Eröffnung im Mai 1996 machen wir die Frauengesundheit zum Thema. Wir arbeiten mit der Zielsetzung, Frauen in ihrer Selbstbestimmung und Eigenkompetenz zu stärken, zur Gesundheitsvorsorge zu motivieren und ihre Gesundheitsförderung zu unterstützen. Maßgebend ist dabei für uns die Hilfe zur Selbsthilfe. Wir bemühen uns, eine frauengerechte gesundheitliche Versorgung anzuregen und an ihrer Umsetzung mitzuarbeiten. Wichtig sind uns dabei die Achtung der Würde der Frau, eine adäquate Beratung und Behandlung, das Aufzeigen von möglichen Therapie- und Behandlungsmethoden und die Wahrung der Patientinnenrechte.

Die Tätigkeitsschwerpunkte des Linzer Frauengesundheitszentrums liegen deshalb bei direkter Prävention, Beratung und Behandlung und indirekter Prävention und Bildung. Im Einzelnen hat das Linzer Frauengesundheitszentrum folgende Handlungsziele: Beratung und Behandlung aus umfassender und ganzheitlicher Sicht (Information, Beratung, Therapie); Entwicklung von Gesundheitsressourcen; Hilfe zur Selbsthilfe; Förderung der Selbstbestimmung und des Wissens über den eigenen Körper; Patientinnenrechte; kritisches Hinterfragen von Rollenzuschreibungen und Aufzeigen von weiblichen Lebensbedingungen.

Abbildung 9-4. Themen der psychosozialen Beratungen des Linzer FGZ (2003)



Das Linzer Frauengesundheitszentrum bietet für ca. 2.250 Besucherinnen rund 160 Veranstaltungen pro Jahr in Form von Frauencafés, Vorträgen, Workshops und Seminaren an. Im Rahmen der Vernetzung des Linzer Frauengesundheitszentrums mit bereits bestehenden Einrichtungen des somato-psycho-sozialen Bereichs versteht sich das Frauengesundheitszentrum als zentrale Auskunftsstelle über weitere in Linz und im Raum Oberösterreich bestehende Angebote. Weitere Schwerpunkte unserer Arbeit sind begleitende Forschung zu Frau und Gesundheit, Information und Beratung der politischen Entscheidungsträger/innen und Qualitätssicherung unserer Tätigkeit.

Linzer Frauen Gesundheitszentrum
Kaplanhofstraße 1, 4020 Linz
Tel.: 0732/774060; Fax: 0732/774060-60; office@fgz-linz.at; www.fgz-linz.at

9.2.5 Frauengesundheitszentrum Kärnten

Organisationsform und Mitarbeiterinnen

Das Frauengesundheitszentrum Kärnten wurde im März 1999 auf Initiative des Gesundheitsreferats des Landes Kärnten gegründet. Organisiert ist das Gesundheitszentrum als gemeinnützige Gesellschaft, die Gesellschafteranteile hält mit neunzig Prozent das Land Kärnten und mit zehn Prozent die Stadt Villach. Die Generalversammlung bestellt auf die Dauer von fünf Jahren eine handelsrechtliche Geschäftsführerin, ihr obliegt die Leitung des Unternehmens. Derzeit beschäftigt das Frauengesundheitszentrum Kärnten weitere drei Teilzeitkräfte. Als Referentinnen und Beraterinnen werden zusätzlich Expertinnen aus unterschiedlichen Disziplinen herangezogen. Das Frauengesundheitszentrum Kärnten verfügt über einen interdisziplinär besetzten Beirat.

Regionale Arbeit, Empowerment und Strukturarbeit durch Modellprojekte

Ausgehend vom Standort in Villach, ist das Frauengesundheitszentrum Kärnten im gesamten Bundesland tätig. Dieser regionale Arbeitsansatz ist ein herausragendes Charakteristikum der Institution und basiert auf der Überzeugung: Frauengesundheit entsteht dort, wo Frauen leben, lieben und arbeiten. Das Frauengesundheitszentrum Kärnten entwickelt Maßnahmen dort, wo sie für Mädchen und Frauen erreichbar sind und berücksichtigt dabei regionale Besonderheiten und ländliche Strukturen wie fehlende öffentliche Verkehrsmittel oder Versorgungslücken. Neben der regionalen Gesundheitsförderung hat sich die Institution zu einem Kompetenzzentrum für Essstörungen, Brustgesundheit, Mädchengesundheit sowie psychischer und sexueller Gesundheit entwickelt.
Die Arbeit erfolgt auf zwei gleichwertigen Ebenen: Der Stärkung der Eigenkompetenz von Mädchen und Frauen (Empowerment durch Beratungen, Vorträge, Workshops, Fortbildungen) und der Strukturarbeit durch Modellprojekte, Arbeitskreise und wissenschaftliche Studien. Das Frauengesundheitszentrum Kärnten führt zusätzlich eine öffentliche Bibliothek und ist Herausgeberin von eigenen Publikationen. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit unterstützt diese Arbeitsbereiche.

Multiprofessionalität und Qualitätssicherung

Die Strategien des Frauengesundheitszentrums Kärnten setzen ein hohes Maß an Kompetenz und Flexibilität bei den Mitarbeiterinnen voraus, die aus unterschiedlichen Professionen kommen. Maßnahmen wie Qualitätshandbuch, Schriftverkehrsleitfaden, kontinuierliche und transparente Dokumentation, externe Prozessevaluation und fortlaufende Personalentwicklung sorgen für eine zielgerichtete Weiterentwicklung der Institution. Das Frauengesundheitszentrum Kärnten wurde im Jahre 2003 als frauen- und familienfreundlichster Non-Profit-Betrieb Österreichs ausgezeichnet.

Steigende Auslastung – Bedarf an Ressourcen

Über 15.000 Menschen haben seit der Eröffnung Rat, Hilfe und Unterstützung im Frauengesundheitszentrum Kärnten erhalten. Die Anzahl der Jahreskontakte erreichte 2003 das fünffache Ausmaß des Gründungsjahres, Tendenz weiterhin steigend. Die Budgetmittel hingegen sind rückläufig. Die Kluft zwischen dem Bedarf an Unterstützungs- und Beratungsangeboten einerseits und den finanziellen und personellen Ressourcen andererseits wird immer größer. Derzeit wird die Institution vom Land Kärnten, Abteilung 12 Gesundheitsförderung und Sozialmedizin und dem Bundesministerium für Frauen und Gesund-

heit gefördert. Ein großer Teil der Kosten wird durch erwirtschaftete Eigenmittel finanziert. Einzelne Projekte werden durch zweckgebundene Subventionen und Sponsoring ermöglicht, damit Frauengesundheit in Kärnten eine Zukunft hat.

Frauengesundheitszentrum Kärnten GmbH
Völkendorfer Straße 23, 9500 Villach
Tel.: 04242/53055; Fax: 04242/53055 – 15; fgz.sekretariat@fgz-kaernten.at; www.fgz-kaernten.at

9.3 Frauengesundheitsambulanz Universitätskliniken Innsbruck

Patientinnenbefragungen bei Informationsveranstaltungen, Diagnosestraßen und der jährlichen Moscheenaktion ergaben mehrheitlich den Wunsch der Teilnehmerinnen nach einer Frauenambulanz an der Universitätsklinik Innsbruck. Zusätzlich wurden zahlreiche diesbezügliche Anfragen im Frauengesundheitsbüro entgegengenommen. In der Folge wurde 1999 eine Frauenstation an der Medizinischen Klinik eingerichtet und im August 2002 im Auftrag von LR Dr. Elisabeth Zanon das Projekt *Frauengesundheitszentrum Klinik Innsbruck* entwickelt. Die Frauengesundheitsambulanz ist seit Mai 2004 in Betrieb.

Die Frauengesundheitsambulanz versteht sich als Anlaufstelle für Frauen an den Innsbrucker Universitätskliniken. In einem freundlichen, frauengerechten Umfeld werden Frauen jeglichen Alters und in allen Lebensphasen spezialisierte Informationen und medizinische Versorgung angeboten. Die Frauengesundheitsambulanz dient dem Empowerment von Frauen, um selbständige Gesundheitsentscheidung zu ermöglichen. Die Schwerpunkte liegen in umfassenden, integrativen, kreativen, interdisziplinären Frauengesundheitsangeboten. Frauengesundheitsinformationen, eine Ambulanz und eine Bettenstation, Frauen- und Geschlechterforschung sowie genderspezifische Lehre sollen in die Frauengesundheitsambulanz integriert werden:

Information

- *Informationsschalter*: Ambulanzanmeldung, Auskunft (Routing), Dolmetscherinnendienst, Auskunft zu Frauengesundheitsangeboten;
- *Informationsmaterial*: Infosäule für Newsletter, Folder, fremdsprachiges Material, aktuellen Themen und Veranstaltungen;
- *Online-Informationen*: Homepage in Deutsch, Türkisch, Serbokroatisch und Englisch, Links zu Frauenthemen und Forschungsergebnissen
- *Briefkasten*: Fragebogenabgabe (Studien), Evaluierungsbögen, Wünsche, Fragen, Anregungen
- *Telefonauskunft*: Informationsschalter, Terminvergabe, Angebote, Hotline und Befundbesprechung mit Ärztinnen der Frauengesundheitsambulanz
- *Externe Information*: Ankündigungen externer Vortragsreihen (z.B. Sozialsprengel, Moscheenaktion, Schulklassen), Diagnosestrassen, Infostände bei Messen etc., Medienpräsenz

Ambulanz

- *Allgemeine Ambulanz*: Zweitmeinung bei nicht-ernstgenommen-Werden - Risiko Herz/Krebs, Abklärung von Beschwerden bei – Leidensdruck (Frau „spinnt"), Nachkontrolle für Patientinnen der Frauenstation, Risikoevaluierung, Prävention, Check-up;
- *Spezialambulanzen*: Türkinnenambulanz, Serbo-Kroatinnen-Ambulanz, Abendambulanz für Berufstätige;
- *Spezialsprechstunden*: Ernährungsberatung, Sozialberatung, physikalische Therapie, Sprechstunden von Ärztinnen anderer Kliniken.

Kinderbetreuung: Patientinnen-Kinderbetreuung während der Ambulanzöffnungszeiten an den Universitätskliniken;

Externe Angebote: Diagnosestraßen, bei Messen, Gesundheitstagen etc., Spezialaktionen, wie Moscheenaktion;

Frauenstation: Patientinnen, die nicht ambulant betreut werden können, z.B. Alte, Kranke, Behinderte, geografische Probleme mit einer ambulanten Betreuung, Migrantinnen, Patientinnen, die Frauen als Ärztinnen wollen;

Frauen- und Geschlechterforschung, Lehre: Studiensekretariat, Anlaufstelle für Studentinnen, Frauenbibliothek, Rekrutierungsbüro für Gender-Studien, Ringvorlesung, vertiefte Ausbildung und Dissertationen zu Frauengesundheitsthemen, Anlaufstelle für Frauengesundheitsprojekte, Curricula und Fortbildungen aller Gesundheitsberufe zu Gender Aspekten.

Die Frauengesundheitsambulanz Universitätskliniken Innsbruck ist zwischenzeitlich in den Organisationsplan der Medizinischen Universität Innsbruck aufgenommen. Derzeit wird an einer vollständigen Umsetzung und Implementierung aller oben genannten Schwerpunkte der Frauengesundheitsambulanz weitergearbeitet.

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
    - Migrant/innenberatungsstellen;
- die Familienberatungsstellen;
- Psycholog/innen und Psychotherapeut/innen.

9.4.1 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 frauengspezifischen 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 Geldgeber/innen 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 und in weiterer Folge der Beeinträchtigung der psychischen und körperlichen Gesundheit bringen. 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 der ersten österreichischen Frauenministerin Johanna Dohnal, die dieses Amt von 1990 bis 1995 inne hatte, 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 (Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen - NÖFMBS, 1999). Derzeit existieren in Österreich 33 Frauen- und Mädchenberatungsstellen. Unter Frauenministerin Rauch-Kallat wurde die notwendige Ausweitung auf bislang unterversorgte Gebiete insbesondere durch Schaffung von Zweigstellen begonnen.

„Die von Frauen- und Mädchenberatungsstellen entwickelte Form ganzheitlicher Beratungs-, Bildungs- und Informationsangebote soll ein Gegengewicht zur gesellschaftlichen Benachteiligung von Frauen, den Nachteilen weiblicher Sozialisation und Mehrfachbelastung und den vielfachen Formen von Gewalt gegen Frauen (in der Familie, in den Gesellschaftsstrukturen, im öffentlichen Raum) setzen. Frauen- und Mädchenberatungsstellen erfüllen damit eine gesellschaftlich notwendige öffentliche Aufgabe in Richtung Chancengleichheit und Gleichbehandlung der Geschlechter." (…)

„Das professionelle Selbstverständnis der Frauen- und Mädchenberatungsstellen beruht auf Erkenntnissen der Frauenforschung und feministischen Therapieansätzen. Vor diesem Hintergrund verstehen sie sich als Anlaufstellen für alle Frauen und Mädchen bei allen Arten von Problemen und Fragestellungen. In der weiterführenden Betreuung haben sich einige Beratungsstellen auf bestimmte weibliche Zielgruppen spezialisiert, wie z. B. Mädchen, Migrantinnen, obdachlose Frauen."

Quelle: NÖFMBS, 1999; S.19ff.

In den derzeit 33 Frauen- und Mädchenberatungsstellen in acht Bundesländern (mit Ausnahme von Vorarlberg) arbeiten multiprofessionelle Teams aus Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen, Pädagoginnen, Psychotherapeutinnen, Erwachsenenbildnerinnen, Supervisorinnen, Mediatorinnen, Juristinnen, Ärztinnen, Sozialwissenschafterinnen und Fachfrauen für Projektmanagement, Fundraising, Verwaltung, Öffentlichkeitsarbeit. Jährlich wenden sich insgesamt rund 50.000 Frauen und Mädchen an die Beratungsstellen des Netzwerks.

Die geografische Verteilung der Frauen und Mädchenberatungsstellen lässt ein deutliches Ost-West-Gefälle und Bundesländerunterschiede erkennen: In Niederösterreich und dem Burgenland wurden in fast allen Bezirkshauptstädten Stellen eingerichtet, in den anderen Bundesländern bleiben die Beratungsstellen auf die Landeshauptstädte beschränkt.

Arbeitsprinzipien der Frauen- und Mädchenberatungsstellen

Ganzheitlicher Ansatz und Vielfalt der Angebote: Frauen werden in ihrer gesamten Lebenssituation wahrgenommen. Schuldgefühle der Frauen über ihr individuelles Versagen werden abgebaut, aktive Formen der Bewältigung gefunden und Wege aus der Isolierung gebahnt. Den Verflechtungen individueller, familiärer, beruflicher und gesellschaftlicher Anliegen der Frauen wird durch die ganzheitliche Sichtweise und die Vielfältigkeit der Angebote der Mädchen- und Frauenberatungsstellen Rechnung getragen.

Gemeinsame Betroffenheit: Eine gemeinsame Vertrauensbasis von Beraterin und Klientin soll zu einer Verringerung des Macht- und Autoritätsgefälles führen. Der Zusammenhang zwischen persönlicher Entwicklung und gesellschaftlichen Lebensbedingungen ist immer wieder neu zu überdenken.

Parteilichkeit als Resultat von Erfahrung und Wissen: Die professionelle Haltung der Beraterinnen ist auf Selbsterfahrung und Selbstreflexion bedacht, aber auch auf die Berücksichtigung des Wissens der vielfältigen Benachteiligungen von Frauen in der Gesellschaft und deren Auswirkungen auf die weibliche Psyche. Parteilichkeit bedeutet, zur Veränderung der geschlechtsspezifischen Rollenverteilungen beizutragen.

Frauenfreundliche Grundhaltung: Frauen werden als Expertinnen ihrer persönlichen Lebenssituation mit ihren Vorstellungen, Meinungen, Wünschen und Problemen auf der Basis von Wertschätzung und Respekt ernst genommen. Frauenfreundlichkeit bedeutet, Stärken und Kompetenzen einer Frau wahrzunehmen und zu bestätigen.

Niederschwelligkeit: Die Beratungsangebote für Frauen und Mädchen sind kostenlos, freiwillig, unbürokratisch und auf Wunsch anonym. Auch Frauen, die ihre Bedürfnisse noch nicht genau definieren und benennen können, sollen sich durch die Angebote von Frauen- und Mädchenberatungsstellen angesprochen fühlen.

Quelle: Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen - NÖFMBS, 1999

Das Netzwerk Österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen besteht aus folgenden Beratungsstellen (NÖMBS, 1999):

Burgenland	Frauen für Frauen (Oberwart)
	Frauen für Frauen (Güssing)
	Frauenberatungsstelle Oberpullendorf
	Der Lichtblick (Neusiedl / See)
	Die Tür (Mattersburg)
	Die Tür (Eisenstadt)
Kärnten	Frauenberatung Villach
	WIFF (Völkermarkt)
	Belladonna (Klagenfurt)
	Mädchenzentrum Klagenfurt
	Lavanttaler Frauenberatung (Wolfsberg)
Niederösterreich	Kassandra (Mödling)
	Frauentreffpunkt Mostviertel (Amstetten)
	UN!DA Coaching (Amstetten)
	Frauen für Frauen (Hollabrunn)
	Frauenberatung Zwettl
	Frauenforum Gänserndorf
	Wendepunkt (Wiener Neustadt)
	Freiraum (Neunkirchen)
Oberösterreich	Frauenberatungsstelle Babsi (Traun)
	Frauenberatungsstelle Babsi (Freistadt)
	Frauentreff Rohrbach
	ARGE SIE (Linz)
Salzburg	Verein Frauentreffpunkt Frauenberatung Salzburg
Steiermark	Mafalda (Graz)
	FrauenService Graz
Tirol	Frauen im Brennpunkt (Innsbruck)
	BASIS - Zentrum für Frauen im Außerfern (Reutte)
Wien	Sprungbrett (1150 Wien)
	Kinderdrehscheibe KIDS (1050 Wien)
	Orient Express (1020 Wien)
	Miteinander Lernen - Birlikte Ögrenelim (1160 Wien)
	Lefö - Beratung, Bildung und Begleitung für Migrantinnen (1050 Wien)
	Frauen beraten Frauen (1060 Wien)
	Frauenberatungsstelle des ABZ Wien (1120 Wien)
	Frauenberatungsstelle des ABZ Wien (1121 Wien)
	Peregrina - Beratungsstelle für ausländische Frauen (1090 Wien)
	Tamar - Beratungsstelle für sexuell missbrauchte Mädchen/Frauen (1200 Wien)
	Autonome österreichische Frauenhäuser (1050 Wien)

9.4.2 Familienberatung in Österreich

Die Förderung der Familienberatungsstellen wurde 1974 als Begleitmaßnahme zur Fristenregelung etabliert. Die Beratungsstellen haben sich seither zu generellen Anlaufstellen in Familien- und Partnerschaftsfragen weiterentwickelt. In Österreich gibt es ein Netzwerk von über 350 Familien- und Partnerberatungsstellen von unterschiedlichen Trägerorganisationen, die aus dem Budget des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz entsprechend dem Familienberatungs-Förderungsgesetz finanziert werden. Das Gesamtbudget der Familienberatungsstellen von 38 Millionen Euro pro Jahr setzt sich aus Beiträgen der Bundesministerien für Frauen und Gesundheit, Bildung, Justiz, Inneres, Wirtschaft und des Weiteren des AMS, der Länder, Gemeinden, des Sozialhilfeverbandes und sonstiger Subventionen und Eigenmittel zusammen.

Siebzig Prozent der Klient/innen der Familienberatungsstellen sind weiblich, 28 Prozent sind zwischen dreißig und vierzig Jahre alt, jeweils rund ein Fünftel liegen unter bzw. oder über dieser Altersgruppe. Zwei Drittel der Klient/innen 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. Ein Beratungsgespräch dauert durchschnittlich 45 Minuten. Neben der Beratung in Krisensituationen haben die Beratungsstellen auch zu-

nehmend die Rolle von Informationsdrehscheiben und bieten präventive Aufklärungsarbeit an.

Tabelle 9-1. Klient/innenstatistik der österreichischen Familienberatungsstellen (2003)

	Klient/innen 2003 N=214.100	Beratungen 2003 N=444.300	Beratungen 1999 N=338.000
	Prozent	Prozent	Prozent
Erziehung, Kinderbetreuung, Schule, Erwachsenwerden	16	16	18
Paar-, Rollenkonflikt, Kommunikation, Sexualität	14	16	14
Trennung, Scheidung, Besuchsrecht, Unterhalt	19	16	11
Psychische Probleme	8	11	11
Gewalt in der Familie, Missbrauch, Misshandlung	7	9	7
Schwangerschaft, Empfängnisregelung, Wunschkind	8	7	11
Finanzielle Probleme, Wohnungsprobleme	4	4	4
Medizinische Probleme	3	4	4
Beruf, Arbeitslosigkeit, Wiedereinstieg	3	3	3
Rechtliche Probleme	4	3	3
Sonstige Konflikte im familiären Umfeld	4	4	3
Alkohol, Drogen, sonstige Süchte	2	2	2
Traumatische Erlebnisse	2	2	2
Migrant/innen: psychische, rechtliche, finanzielle Fragen	2	2	4
Behinderung	3	3	1
Sekten und Weltanschauungsfragen	1	1	-
	100	100	100

Quelle: Dr. Michael Janda, BMSG, Juli 2004

In den meisten Familienberatungsstellen stehen multiprofessionelle Teams zur Verfügung: Ärzt/innen, Sozialarbeiter/innen, Ehe- und Familienberater/innen, Jurist/innen, Psycholog/innen, Pädagog/innen u. a. Die Beratung ist kostenlos. Jede/r Besucher/in hat das Recht anonym zu bleiben und alle Berater/innen sind zur strengsten Verschwiegenheit verpflichtet. Die Zeiten für Besuche oder Anrufe sind in den meisten Beratungsstellen so angesetzt, dass sich auch Berufstätige an sie wenden können.

Geförderte Familienberatungsstellen sind in allen Bezirken Österreichs vorhanden, sodass es eine nahezu flächendeckende Versorgung gibt. Auf 22.500 Österreicher/innen kommt derzeit im Durchschnitt eine Familienberatungsstelle. Da der quantitative Versorgungsbedarf durch Familienberatungsstellen gut abgedeckt ist, wird in jüngster Zeit versucht, inhaltliche Schwerpunkte zu setzen. Die Ideen fokussieren auf die Entwicklung von multifunktionalen Zentren, in denen auch über die Familienberatung hinausgehende Angebote in Anspruch genommen werden können. Besondere Schwerpunkte werden in der Schwangerenberatung, in der Beratung bei Gewalt in der Familie, bei Scheidungs- und Trennungsfragen, zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf und in der Beratung von Eltern mit behinderten Kindern gesetzt.

9.4.3 Psychologische und psychotherapeutische Versorgung

Die Eckdaten zur psychosozialen Versorgung in Österreich werden regelmäßig sowohl in den Gesundheitsberichten an den Nationalrat (ÖBIG, 2004) als auch in den bislang erstellten Psychiatrieberichten 2001 und 2004 veröffentlicht (Katschnig et al.; 2001, 2004). Diese Berichte geben detaillierte Auskunft über den Stand der Psychiatriereform und die Psychiatriepläne der neun Bundesländer. Hervorgehoben wird der rasch voranschreitende Trend zur Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung in Form der Einrichtung von kleineren psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern; die Anzahl derartiger Einrichtungen ist von sechs Einrichtungen im Jahr 2001 auf 19 in Planung, Bau oder vor Eröffnung befindlichen Abteilungen im Jahr 2004 gestiegen. Diese Entwicklung ist als ein Schritt in Richtung Entstigmatisierung psychiatrischer Patient/innen, bessere Erreichbarkeit und effizientere Vernetzung mit nicht öffentlichen Einrichtungen zu sehen. Ebenso ist der geplante Ausbau der psychosomatischen Versorgung aus der Frauenperspektive erwähnenswert. Bis 2005 sollen insgesamt 480 psychosomatische Betten in Österreich zur Verfügung stehen.

Nicht nur die Klient/innen der Psychotherapeut/innen und Psycholog/innen sind überwiegend weiblich, sondern auch zwei Drittel der Psycholog/innen und Psychotherapeut/innen. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) hat in mehreren Expertisen den Stand der psychosozialen Versorgung durch Psycholog/innen und

Psychotherapeut/innen beschrieben und evaluiert (ÖBIG, 2002a,b,c,d; 2004). Demnach gab es Ende 2002 in Österreich rund 5.500 Psychotherapeut/innen und rund 3.450 Klinische und Gesundheitspycholog/innen. Rund ein Drittel der Psychotherapeut/innen sind zugleich auch Klinische und Gesundheitspsycholog/innen; aus der Sicht der Psycholog/innen sind die Hälfte aller Klinischen und Gesundheitspsycholog/innen zugleich auch Psychotherapeut/innen. Die am häufigsten vertretenen Therapierichtungen sind Systemische Familientherapie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und Integrative Gestalttherapie. Die Versorgung mit Angeboten von einem der Psycho-Berufe variiert zwischen den Bundesländern sehr stark: In Wien kommen 15 Psychotherapeut/innen auf 10.000 Einwohner/innen, im Burgenland nur 2,2. Wien hat auch für Klinische und Gesundheitspsycholog/innen und Psychiater/innen die höchste Versorgungsdichte.

Im Jahr 2001 wurden von 1.216 Therapeut/innen (ein Drittel aller tatsächlich tätigen Psychotherapeut/innen) in Österreich rund 14.600 Patient/innen 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 auch große regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebots (ÖBIG, 2002d).

Tabelle 9-2. Versorgungsdichte für Psychotherapie, Klinische- und Gesundheitspsychologie, Psychodiagnostik (2001)

	Psychotherapie n=5.500	Klinische und Gesundheitspsychologie n=3.450	Klinisch-psychologische Diagnostik n=65	Psychotherapie auf Krankenschein n=1.216*
	pro 10.000 EW	pro 10.000 EW	pro 10.000 EW	Anzahl Therapeut/innen
BGLD	2,2	2,0	0,07	40
KTN	4,7	3,9	0,11	51
NÖ	3,1	2,1	0,13	6
OÖ	4,0	2,5	0,03	60
SZBG	10,5	7,6	0,10	6
STMK	4,9	3,4	0,08	63
Tirol	6,6	4,6	0,03	249
VBG	7,5	3,5	0,00	66
Wien	15,0	8,3	0,21	675
Österreich	6,8	4,3	0,08	1.216

Quelle: ÖBIG 2004 (Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003); *ÖBIG 2002d; S.23 (Stand 2001)

9.5 Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen für eine frauenspezifische Gesundheitsversorgung

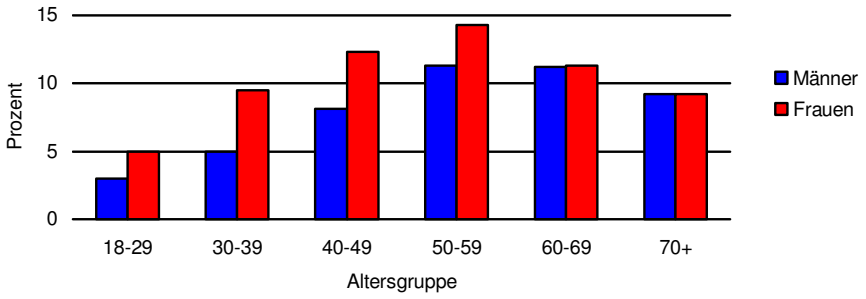
Die wachsende Bedeutung von Selbsthilfegruppen ist vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion der Leistbarkeit von Gesundheitsversorgung zu sehen, die im Spannungsfeld zwischen einem wachsenden Bedarf an Versorgungsleistungen – zurückzuführen auf die Zunahme chronischer Erkrankungen aufgrund des Lebensstils in unserer Gesellschaft und den demografischen Wandel - und den stetig steigenden Gesundheitskosten steht, zu denen auch die vermehrten medizinischen Leistungen beitragen. 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.

9.5.1 Überwiegend Frauen in der Selbsthilfe

Wie in den meisten Bereichen des Sozial- und Gesundheitsbereichs sind in Selbsthilfegruppen überwiegend Frauen tätig, das durchschnittliche Alter liegt bei rund fünfzig Jahren. Das Ausmaß der Beteiligung 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 be-

stehenden 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).

Abbildung 9-5. Teilnahme an Selbsthilfegruppen inDeutschland nach Geschlecht und Alter (2003)



Quelle: RKI, 2004; S.12 – Ergebnisse eines Telefon-Gesundheitssurveys 2003

9.5.2 Definition von Selbsthilfegruppen

Grundsätzlich ist zwischen individueller und kollektiver Selbsthilfe zu unterscheiden, wobei erstere sowohl Selbstdiagnose, -behandlung und -medikation meint, aber auch die private Pflege kranker Angehöriger. Kollektive Selbsthilfe umschreibt den Zusammenschluss von Menschen mit gleichen gesundheitlichen Problemen mit dem Ziel gegenseitiger Unterstützung; damit sind Betroffenenselbsthilfegruppen, in zunehmendem Maße aber auch Angehörigenselbsthilfegruppen gemeint (RKI, 2004; S.8ff).

Definition von Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher bzw. regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Gleichstellung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder. Darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern (z.B. Ärzt/innen, Therapeut/innen, anderen Medizin- oder Sozialberufen) geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Expert/innen zu bestimmten Fragestellungen hinzu.

Quelle: AOK (2000); zitiert nach RKI, 2004; S.9

9.5.3 Entwicklung der Selbsthilfe in Österreich

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 wird geschätzt, dass in Deutschland zwischen 70.000 und 100.000 Selbsthilfegruppen aktiv sind, in der Schweiz und in Österreich jeweils etwas über 1.000 Gruppen. Während in Deutschland eine Selbsthilfegruppe auf 1.100 Einwohner/innen kommt, steht in Österreich und in der Schweiz für 6.000 bis 7.000 Einwohner/innen eine Selbsthilfegruppe zur Verfügung (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 Früwirth-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).

Eine wissenschaftliche Analyse der Situation der Selbsthilfegruppen in Wien, wo sich rund ein Viertel der 1.000 österreichischen Selbsthilfegruppen befindet, konstatierte als die größten Probleme der Selbsthilfegruppen, dass es an einer gemeinsamen Interessensvertretung mangelt, es kein bundesweites Mitspracherecht innerhalb des Gesundheitssystems gibt und schließlich nicht nur die finanzielle und infrastrukturelle Unterstützung fehlt, sondern auch das Engagement gesellschaftlich zu wenig Anerkennung findet. Empfehlungen zu einer Verbesserung der Situation gehen in Richtung einer stärkeren Vernetzung und eines Überdenkens der Subventionspraxis, etwa durch eine Basissubventionierung. Modelle der Mitbestimmung und Partizipation, zum Beispiel in Form einer *Patient/innengewerkschaft* wurden angedacht (Schaurhofer und Janig, 2000; S.6).

9.5.3.1 Themenbereiche der Selbsthilfe

Das Verzeichnis der österreichischen Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich ordnet die über 1.000 Selbsthilfegruppen mehr als hundert 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).

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 (Muskelerkrankung); Noonan-Syndrom; Rett-Syndrom; Klinefelter-Syndrom; Lippen-Kiefer-Gaumenspalte; Speiseröhrenmissbildung; Stottern
Körperliche Gesundheit und Krankheit	Hyperaktivität; Adipositas (Fettsucht); HIV/AIDS; Alopecia Areata (kreisrunder Haarausfall); 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.

9.5.3.2 Wissenschaftliche Evidenz der Wirksamkeit von Selbsthilfe

Der positive gesundheitliche und soziale Effekt von Selbsthilfe konnte – nicht in Österreich, aber international – für die Bereiche Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen und Übergewicht nachgewiesen werden. Einige Beispiele (Borgetto, 2004):

- Am häufigsten wurden die Selbsthilfegruppen der **Anonymen Alkoholiker** evaluiert, wobei in mehreren amerikanischen Studien gezeigt werden konnte, dass diese Selbsthilfegruppen gleiche Erfolge wie die professionelle ambulante Behandlung aufweisen, aber bedeutsam kostengünstiger sind.
- Ebenso ist aus amerikanischen Studien bekannt, dass Selbsthilfegruppen für Menschen mit **psychischen Erkrankungen** eine Reduktion der Dauer von Krankenhausaufenthalten und der Häufigkeit von Rehospitalisierungen bewirken.
- Langfristige und nachhaltige Gewichtsreduktion bei **Übergewichtigen** konnte in Selbsthilfegruppen mit ähnlich guten Erfolgen wie in professionellen Angeboten erzielt werden.
- Es liegen Hinweise vor, dass die Teilnahme an Selbsthilfeangeboten gesundheitsfördernde Effekte bei Menschen mit **Medikamentenabhängigkeit**, **Diabetes** oder **Krebs** hat.

9.5.3.3 Perspektiven und Handlungsoptionen der Selbsthilfe

Für die Lage der Selbsthilfe in Deutschland und der Schweiz wurden im Rahmen einer umfassenden Analyse Perspektiven und Handlungsoptionen formuliert, die man in nachfolgenden Punkten auch auf die österreichische Situation übertragen könnte (Borgetto, 2004):

- Selbsthilfeförderung als Voraussetzung einer verstärkten Integration ins Gesundheitssystem, vor allem durch vermehrte Unterstützung bereits bestehender Selbsthilfeeinrichtungen;
- verpflichtende Unterstützung durch Sozialversicherungen, Krankenversicherungen, öffentliche Hand;
- Einräumung von Möglichkeiten zur Mitbestimmung und Partizipation im Gesundheitswesen;
- Anregung des Dialogs zwischen Medizinsystem und Selbsthilfe, Verbesserung der partnerschaftlichen Kooperation;
- vermehrte Forschung, Dokumentation, Evaluation;
- Verankerung der Selbsthilfethematik in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe.

9.6 Komplementär- und Alternativmedizin, Medical Wellness für Frauen

Ein Beitrag von Mag. Gerlinde Grasser, MScPH, FH JOANNEUM – Gesundheitsmanagement im Tourismus, Bad Gleichenberg, Steiermark

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). In Deutschland ist der Anteil der Bevölkerung, der Erfahrung mit Naturheilmitteln hat, zwischen 1970 und 2002 von 52 auf 73 Prozent angestiegen (Marstedt und Moebus, 2003; S.13). 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 (Merkur Versicherung AG, 2003; Fessel-GfK, 2003).

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 (Merkur 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). Im Bereich der Frauengesundheit gibt es eine Vielzahl an Angeboten zur reproduktiven Gesundheit z.B. für die Bereiche Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Fruchtbarkeitsstörungen, Menopause, aber auch für frauenspezifische Erkrankungen wie z.B. Brustkrebs (Männel, 2004). Viele Frauen nehmen aber auch aus Gründen der Gesundheitsförderung und Prävention Wellness-Angebote in Anspruch (Kaufmann, 1999; S. 197).

Mit dem vorliegenden Beitrag soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Welche frauenspezifischen Angebote im komplementär- und alternativmedizinischen sowie Medical Wellness-Bereich gibt es und wie steht es um deren wissenschaftlich geprüfte Wirksamkeit?
- Unter welchen Rahmenbedingungen werden in Österreich welche frauenspezifischen komplementär- und alternativmedizinischen sowie Medical Wellness-Leistungen angeboten?

9.6.1 Begriffsdefinition

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 vom öffentlichen Gesundheitssystem nicht 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 als Überbegriff für CAM der Terminus der *Traditionellen Medizin* verwendet, worunter man traditionell überlieferte Medizinsysteme versteht wie z.B. asiatische, afrikanische oder südamerikanische, allerdings auch den westlichen Begriff der Komplementär- und Alternativmedizin mit einbezieht. 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).

Die Kontextabhängigkeit der CAM kommt in der Definition des *National Centre for Complementary and Alternative Medicine* der amerikanischen *National Institutes of Health* (NIH) zum Ausdruck: CAM ist demnach "eine breite Palette an Ressourcen von Heilmethoden, die alle Gesundheitssysteme, Modalitäten und Praktiken und die dazu gehörigen Theorien und Vorstellungen umfasst, die sich von jenen abheben, die gerade im politisch vorherrschenden Gesundheitssystem der Gesellschaft oder Kultur in einer gewissen Zeitperiode gültig sind" (Kelner et al., 2000). Diese Definition verdeutlicht die Unterschiede in der Auffassung von CAM zwischen Europa und den USA. In Europa etablierten sich aufgrund historischer Gründe Ansätze wie Pflanzenheilkunde, Hydrotherapie, Massage und Kur als Teil der konventionellen Medizin, während diese in den USA als CAM eingestuft werden (Pittler, 2001; S. 388).

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). Der Begriff *well-being* ist in der Gesundheitsdefinition der WHO zu finden: „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* 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 werden der ganzheitliche Anspruch und die kollektive Verantwortung hervor gestrichen. Das Individuum und die Gruppe sollen zur Verwirklichung ihrer Ziele, zur Zufriedenstellung ihrer Bedürfnisse und zur Kontrolle über ihr Leben und ihre Gesundheit befähigt werden.

Anders wird der Begriff *Wellness* im Deutschen gebraucht, wo er für diverse konsumierbare Güter und Dienstleistungen, die Genuss versprechen, als Marketing-Etikett verwendet wird. Zusammenfassend kann der Gebrauch des Begriffs Wellness 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 verstärkt medizinischen und wissensbasierten 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
- Bekenntnis bzw. Hinwendung zur medizinischen Expertise
- Nutzung von Trend- und Lifestyle-Therapien
- Auferlegung von Qualitätskriterien

9.6.2 Frauenspezifische CAM- und Medical Wellness-Methoden und deren Effektivität

9.6.2.1 Bekanntheit von CAM-Methoden und Heilmitteln

Unter dem Begriff CAM wird eine breite Vielfalt an Angeboten subsumiert. Ernst inkludiert in sein evidenzbasiertes Standardnachschlagewerk zehn diagnostische, zwanzig therapeutische und 44 medikamentöse CAM-Methoden (Ernst, 2001).

In Österreich sind **Akupunktur** und **Homöopathie** weit verbreitete therapeutische Verfahren, aber auch **Massage** und **Hydrotherapie** spielen eine Rolle. Der Bekanntheitsgrad beträgt für die 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 Österreicher/innen; Fessel-GfK, 2003).

In einer Erhebung des Robert Koch-Instituts wurden als häufigste CAM-Therapieformen Akupunktur und Homöopathische Erst- und Folgeanamnese genannt. Diese drei Therapien gemeinsam machten ungefähr zwei Drittel der mit CAM behandelten und von Privatversicherungen bezahlten Fälle aus. Viele andere Therapien, die weitläufig bekannt sind, wie Akupressur, Neuraltherapie oder Heileurythmie (Bewegungstherapie) kamen über einen Anteil von wenigen Prozentpunkten kaum hinaus (Marstedt und Moebus, 2003; S.11).

9.6.2.2 Wirksamkeit von CAM-Methoden für frauenspezifische Beschwerden

Nachfolgend werden unterschiedliche **Methoden der CAM** für frauenspezifische Beschwerden und Krankheiten, wie **Menstruationsbeschwerden**, **Brustkrebs**, **Fruchtbarkeitsstörungen**, **Wechselbeschwerden** und im Rahmen der **Geburtshilfe** auf Ihre Wirkung hin hinterfragt:

Menstruationsbeschwerden

Zur Behandlung von Menstruationsbeschwerden gibt es folgende CAM-Angebote: Biofeedback, Pflanzenheilkunde (Mönchspfeffer, Nachtkerzenöl, Ginkgo, Johanniskraut), Homöopathie, Massage, Reflexzonenmassage, Entspannung, Chiropraktik sowie Nahrungsergänzungsmittel (Kalzium, Magnesium, Kalium, Vitamin B6, Vitamin E) und rhythmische Gymnastik (Ernst, 2001).

Die Einnahme von **Vitamin B1** (100mg täglich) wurde in einer systematischen Literaturstudie als effektive Behandlung bestätigt (Proctor und Murphy, 2004). Auch die positive Wirkung von **Akupunktur** konnte bereits anhand kontrollierter Studien bewiesen werden und sollte daher als Behandlungsmöglichkeit durchaus in Erwägung gezogen werden (WHO, 2002a, S. 16; Proctor et al., 2004a). Erste positive Resultate liegen für die Behandlung mit **Mönchspfeffer** (Schellenberg, 2001) und **Homöopathie** (Yakir et al., 2001) in kleinen und methodisch verbesserungsbedürftigen Studien vor, jedoch sind weitere Untersuchungen notwendig. **Magnesium** zeigte ebenfalls positive Wirkung, allerdings sind die effektive Dosis und das Einnahmeregime noch nicht geklärt (Proctor und Murphy, 2004). Darüber hinaus zeigten Nahrungsergänzung mit **Vitamin B6** und **Kalzium** positive Resultate bei einigen Frauen und könnten daher in Betracht gezogen werden. Die Anwendung von **Qi Gong** zeigte ebenfalls positive Auswirkungen bei Menstruationsbeschwerden (Jang und Lee, 2004), die Bestätigung dieses Ergebnisses ist allerdings noch ausständig. Die Manipulationsbehandlung an der Wirbelsäule in der **Chiropraktik und Osteopathie** zur Reduzierung von Menstruationsbeschwerden konnte bisher nicht ausreichend bewiesen werden. Es wurden auch Studien zur Wirksamkeit von **Transkutaner Nervenstimulation (TENS)** als Therapie für primäre Menstruationsbeschwerden (Schmerzen bei ansonsten gynäkologisch gesunden Frauen) eingesetzt. Eine systematische Literaturstudie hat gezeigt, dass bei hoher Frequenz TENS eine effektive Maßnahme ist, allerdings für TENS mit niedriger Frequenz die Datenlage noch unzureichend ist (Proctor et al., 2004a).

Mit Ausnahme der **Einnahme von Vitamin B1** und **Akupunktur** konnte die Effektivität keiner der oben genannten CAM-Behandlungsmöglichkeiten in Studien tatsächlich bewiesen werden. Da jedoch einige Interventionen (Reflexzonen- und klassische Massage, Entspannungsübungen, rhythmische Gymnastik) keine Risiken mit sich bringen oder gar Teil eines gesundheitsfördernden Lebensstils sind, werden diese unter Berücksichtigung der Kontraindikationen empfohlen (Ernst, 2001; S. 337; Proctor und Murphy, 2004).

Brustkrebs

- Zur **Prävention und palliativen, unterstützenden Behandlung** bei Brustkrebs können die gleichen CAM-Methoden eingesetzt werden, wie für Krebs allgemein. In der Prävention wird die Möglichkeit der Vorbeugung durch Ernährung (z.B. Zwiebel, Knoblauch, Grüner Tee, Vegetarismus) und durch die Einnahme von Ginseng der Krebserkrankung diskutiert. Eine gesunde und ausgeglichene **Ernährung** ist Bestandteil eines gesunden Lebensstils und wird daher auch zur Krebsprävention empfohlen,

während die Einnahme von **Ginseng** bisher keine ausreichend erwiesenen protektiven Resultate erzielen konnte.

- In der **Behandlung von Krebs** gibt es die Möglichkeit, durch **makrobiotische Ernährung** die Behandlungsergebnisse zu verbessern, allerdings liegen keinerlei wissenschaftliche Ergebnisse vor, die diesen Zugang unterstützen. Darüber hinaus wurden verschiedenste **pflanzliche Heilmittel** (z.B. Mistelextrakte, Sho-saiko-to, Johanniskraut, Aloe vera) und **Nahrungsergänzungsmittel** (z.B. Thymusextrakte, Hydarzinsulfate, Haifischknorpel) zur Krebsbehandlung verwendet, auch hier gibt es bisher für keine der genannten Mittel eine gesicherte wissenschaftliche Beweislage und sollten daher nicht bedenkenlos eingesetzt werden.
- Zur **palliativen Behandlung** stehen weiters Akupunktur, Hypnotherapie sowie Programme zur Steigerung des Wohlbefindens, wie Akupressur, die Einnahme von Ingwer oder Ingwerpräparaten, Tai Chi, sanfte Kraftübungen, Massage, Aromatherapie und Entspannungsübungen zur Verfügung. Auch hierfür gibt es keine eindeutige wissenschaftliche Basis, auch wenn die bisherigen Resultate Erfolg versprechend scheinen (Ernst, 2001; S. 236-237; NCI, 2004). Zumindest zeigen Massage und Aromatherapie kurzzeitige Verbesserung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens. Abklärung der Wirkung und der Rolle der Aromatherapie als Verstärker des Effekts der Massage bedürfen noch weiterer Studien. Akupressur und Akupunktur werden auch als effektive Anwendungen bei durch Chemotherapie verursachtem Erbrechen, speziell bei Brustkrebspatientinnen gesehen (Fellowes et al, 2004; Dibble et al, 2000; Ernst, 1996; NHS CRD, 1996, S. 4; NHS CRD, 2001, S. 5).

Fruchtbarkeitsstörungen

Zur Behandlung von Fruchtbarkeitsstörungen werden Homöopathie und Akupunktur angeboten, aber auch naturheilkundliche Ansätze wie Ayurveda, Yoga, Feng-shui und Biorhythmus. Therapeutische Effekte der Akupunktur für Erkrankungen der Eierstöcke, welche mit einer hormonellen Funktionsstörung einhergehen (Hypo-Ovarianism, Stein-Leventhal syndrome) konnten bereits gezeigt werden, bedürfen allerdings noch weiterer wissenschaftlicher Prüfung (WHO, 2002a, S. 25). Die Wirksamkeit anderer CAM-Ansätze ist noch ungeprüft.

Wechselbeschwerden

Wechselbeschwerden kann mit Akupunktur, pflanzlichen Heilmitteln (Traubensilberkerze, Dong Quai, Nachtkerzen, Ginseng, Kava, Rotklee, Johanniskraut), erhöhter Einnahme von Leinsamen, Soja, Weizen, Vitamin E sowie durch Entspannungs- und Aerobicübungen und Osteopathie entgegengewirkt werden. Studien zur **Akupunkturbehandlung** haben erste positive Ergebnisse gebracht, bedürfen aber weiterer Bestätigung (NHS CRD, 2001, S. 6). Keine der anderen genannten Behandlungsmethoden verfügt über eine wissenschaftlich fundierte Basis. Weder Wirksamkeit, Nebeneffekte, potentiell schädliche Wirkung noch Interaktion mit anderen Medikamenten von pflanzlichen Hormonen und von Heilmitteln sind untersucht. Erste positive Ergebnisse konnten mit **Traubensilberkerze** und **Kava** erzielt werden. Da Traubensilberkerze noch gründlicher weiterer Prüfung bedarf, bevor sie unbedenklich eingesetzt werden kann, wird ihre Einnahme einstweilen nicht empfohlen. Auch der vermehrte Verzehr von **Soja** hat Potenzial, Wechselbeschwerden zu verringern, und wird als Option genannt, die durchaus verfolgenswert ist. **Entspannungsübungen** scheinen auch Erfolg versprechend, sind nebenwirkungsfrei und können daher als Möglichkeit genutzt werden (Ernst, 2001, S. 303-307; NCAM, 2004).

Schwangerschaft und Geburt

Im Bereich der Schwangerschaft und im Rahmen der Geburtshilfe stehen eine ganze Reihe von komplementären Angeboten zur Verfügung: Akupunktur, Moxibustion, Homöopathie, Bachblüten, Aromatherapie etc. Erste positive Ergebnisse durch die Akupunktur- wie auch Akupressurbehandlung von **morgendlicher Übelkeit** während der Schwangerschaft konnte vor allem für die prophylaktische Anwendung (Vickers, 1996) bereits unter Beweis gestellt werden (WHO, 2002a; S.23; Ernst, 1996), jedoch ist die Beweislage noch widersprüchlich (NHS CRD, 2001; S.6). Auch zur Linderung bei **Becken- und Rückenschmerzen** in der Schwangerschaft kann Akupunktur eingesetzt werden. Zu diesem Zwecke scheint auch Wassergymnastik eine effektive Intervention zu sein (Young und

Jewell, 2004). Rhythmische Gymnastik hat ebenfalls positive Auswirkungen auf die körperliche Fitness der Mutter, allerdings konnten bisher darüber hinaus gehende positive Effekte auf Mutter und Kind nicht ausreichend nachgewiesen werden (Kramer, 2004).

Zur **Einleitung der Wehen** kann Akupunktur, Moxibustion, Homöopathie, Rizinusöl (als Bad oder Einlauf) und vieles mehr angeboten werden (z.B. Bachblüten, Noreia Blütenessenz). Für die Akupunktur als effektive Methode zur Einleitung von Wehen und zur Korrektur einer falschen Lage des Fötus liegen erste wissenschaftliche Beweise vor (WHO, 2002a, S. 23). Eine rigide systematische Literaturstudie hat allerdings festgestellt, dass die vorliegenden Studien aufgrund ihrer methodologischen Probleme keine ausreichende Basis darstellen und ein Bedarf an fundierten randomisierten Studien gegeben ist, um die Effektivität von Akupunktur in diesem Zusammenhang tatsächlich beweisen und Nebeneffekte ausschließen zu können und weiterführende Studien daher notwendig seien (Smith und Crowther, 2004; NHS CRD, 2001; S.6). Bei einer speziellen Form der Akupunktur, der Moxibustion, werden die Akupunkturpunkte nicht mit Nadeln, sondern mit Wärme gereizt. Diese Methode kann **bei Beckenendlage des Kindes** eingesetzt werden, um eine Geburt mit Schädellage zu erreichen. Randomisierte Kontrollstudien wurden durchgeführt und konnten erste positive Ergebnisse zeigen, allerdings bedarf es auch hier noch vermehrter wissenschaftlicher Forschung, um die Sicherheit und Effektivität dieser Behandlung sicherzustellen (Neri et al., 2004; Cardini und Weixin, 1998). Im Rahmen der homöopathischen Behandlung wird zur Einleitung der Wehen meist ein pflanzlicher Wirkstoff mit dem Namen *Caulophyllum* eingesetzt. Eine systematische Literaturstudie hierzu kam zum Ergebnis, dass die Qualität der durchgeführten Studien schlecht ist und dass keine positiven Resultate berichtet werden können (Smith, 2004). Es gibt also keinen ausreichenden wissenschaftlichen Beweis, der den Einsatz von homöopathischen Methoden und von *Caluophyllum* rechtfertigt (Smith, 2004). Zur Effektivität von Rizinusöl konnte bisher aufgrund großer methodologischer Probleme mit vorliegenden Studien kein wissenschaftlicher Beweis erbracht werden (Kelly et al, 2004).

Weiters kann Akupunktur, Aromatherapie, Hypnose und auch Musik zur **Schmerzlinderung während der Geburt** eingesetzt werden. Akupunktur und Hypnose können vermutlich Geburtsschmerzen effektiv lindern, es bedarf allerdings noch weiterer fundierter Studien (WHO, 2002a, S. 11; Smith et al., 2004). Der Einsatz von Aromatherapie und Musik konnte in den bisher vorliegenden Studien keine positive Wirkung erzielen (Smith et al., 2004). Akupunktur scheint auch effektiv die Dauer der Wehen zu reduzieren, wie sie auch im Falle einer schwachen oder geschwächten Gebärmutterkontraktion die Aktivität der Gebärmutter steigern kann, aber auch hier bedarf es weiterer Studien. Es könnte allerdings hierdurch eine Narkose und damit eine potentielle Schädigung des Kindes verhindert werden. Auch bei einer Episiotomie (Dammschnitt) und bei der Nahtversorgung kann Schmerzlinderung durch Akupunktur erreicht werden (WHO, 2002a, S. 11). Vor allem aber kann die kontinuierliche Unterstützung durch eine/n Begleiter/in während der Entbindung die Notwendigkeit der Schmerzbekämpfung und/oder einer operativen Geburt wie auch die Unzufriedenheit mit dem Gebärerlebnis drastisch senken (Hodnett et al., 2004). Etwas schlechter ist die Beweislage für den Einsatz von Akupunktur bei **Muttermilchmangel** im Zusammenhang mit mentalen Problemen oder Depressionen sowie zur Anhebung des Hormons Prolactin im Blut zur Anregung der Milchproduktion, hierfür gibt es erste positive Resultate (WHO, 2002a; S.11-24).

Andere für Frauen relevante Beschwerden

Akupunktur kann über die bereits erwähnten Anwendungen hinaus auch in anderen frauenspezifischen Bereichen bzw. bei Krankheiten und Beschwerden, von denen Frauen besonders betroffen sind, eingesetzt werden. So konnten erste positive Effekte von Akupunktur anhand kontrollierter Studien zur Behandlung von Depressionen, niedrigem Blutdruck, rheumatischer Arthritis gezeigt werden (WHO, 2002a; S.23), sowie auch zur Prophylaxe der wiederkehrenden Harnwegsinfektion, zur Behandlung des weiblichen Urethralsyndroms, der Harninkontinenz, von Fibromyalgie und Fascitis sowie des Raynaud- und Sjögren-Syndroms, wobei zur Sicherstellung der Effektivität noch weitere Studien notwendig sind (WHO, 2002a; S.25; NHS CRD; 2001, S.6). Therapeutische Effekte der Akupunktur konnten auch bei Chloasma (störende Verfärbungen der Gesichtshaut) erzielt werden, allerdings nur in vereinzelten kontrollierten Studien (WHO, 2002a; S.25).

Auch die Anwendung von **Homöopathie** wurde in anderen für Frauen relevanten Bereichen getestet. So wurde in der Heilungsphase nach operativer Entfernung der Gebärmutter Homöopathie in Form von Arnika angewandt. Allerdings konnten keine schlüssigen Ergebnisse daraus gezogen werden, weitere und verbesserte Studien sind nötig (NHS CRD, 2002; S.8).

9.6.2.3 Wirksamkeit von Medical Wellness-Angeboten für Frauen

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:

Anti-Aging-Angebote	Hormonsubstitution, kosmetische Behandlung zur Verlangsamung des Alterungsprozesses (präparativ oder apparativ), …
Body Design	Cellulite-Behandlungen, Bindegewebsstraffung, …
Lebensphasen-spezifische Angebote	Leistungen während des Klimakteriums, bei Schwangerschaft und Geburt, Burnout, …
Komplementäre Therapieangebote	Chinesische Medizin, Homöopathie, Anthroposophische Medizin, …
Labordiagnostische Leistungen	molekulargenetische Untersuchungen, prädiktive Diagnostik der Infertilität, Reproduktionsmedizin, …
Brustkrebs	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, sowie in der Nachsorge bei Brustkrebs.

- Zur therapeutischen Behandlung von **Menstruations- und Wechselbeschwerden** sowie von Unfruchtbarkeit wurde bereits weiter oben komplementär- oder alternativmedizinischen Behandlungen angeführt.
- Zur **Nachsorge von Brustkrebs** besteht das Angebot häufig aus physikalischer Therapie einschließlich Lymphdrainagen, Ernährungsberatung, psychologischer Betreuung und Krankengymnastik. Die Effektivität der physikalischen Therapie zur Behandlung von Lymphödemen konnte bisher nicht wissenschaftlich nachgewiesen werden (Badger et al., 2004).
- **Beckenbodenmuskeltraining** gilt für Frauen bei Harninkontinenz aufgrund von Stress oder anderer Ursachen als effektive Intervention. Besonders bei jüngeren Frauen vor der Menopause konnten positive Effekte gezeigt werden, weniger gut ist die Beweislage bei Frauen, die unter Dranginkontinenz leiden (Hay-Smith et al, 2004).
- Mögliche Angebote in der präventiven Behandlung von **Osteoporose** sind Gymnastik und Diätberatung. Rhythmische Gymnastik und leichte Kraftübungen können als effektive Methode zur Verbesserung der Knochendichte der Wirbelsäule bei Frauen nach den Wechseljahren angesehen werden (Bonaiuti et al, 2004). Darüber hinaus werden für die Behandlung von Osteoporose sowie auch von **Varizen (Krampfadern)** in Österreich aufgrund der Vorkommen vorwiegend balneologische Therapien eingesetzt. Diese Therapien beinhalten Bäder in Heilwässer wie z.B. Akratothermen, Jod-, Kochsalz-, Kohlensäure-, Radon- und Schwefelbäder, wie auch Behandlung mit Torf (Moor), Faulschlamm, Heilerde oder Schlick in Form von Packungen oder Bädern. Zum Teil werden auch Trinkkuren angeboten. Die gute Wärmeleitfähigkeit und Wärmestrahlung dieser Bäder und Packungen soll positiven Einfluss auf Erkrankungen des Bewegungsapparates (wie auch Osteoporose), periphere Durchblutungsstörungen (Venenprobleme) und chronisch-gynäkologische Erkrankungen nehmen. Die Wirkung

der Balneologie ist umstritten und wird mitunter als Placebotherapie bezeichnet (Hoffmann-Doringer et al.; 1999).

9.6.3 Rahmenbedingungen der CAM in Österreich

Die CAM ist in Österreich zwar teilweise anerkannt, wurde aber bisher nicht vollständig in verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems - Ausbildung, Regulierung und Versorgung – integriert. In der Terminologie der WHO-Strategie zur Traditionellen Medizin 2002-2005 – welche zwischen integrativen, inklusiven und toleranten Gesundheitssystem im Bezug auf CAM unterscheidet – wird Österreich als inklusives Gesundheitssystem bezeichnet (WHO, 2002, S.19). CAM-integrative Gesundheitssysteme sind z.B. in China, Korea und Vietnam anzutreffen, wo CAM in allen Bereichen des Gesundheitssystems offiziell anerkannt und integriert ist; CAM-inklusiv sind jene Länder, die CAM zwar offiziell anerkennen, aber noch nicht umfassend in ihr Gesundheitssystem integriert haben; CAM-tolerante Gesundheitssysteme basieren zur Gänze auf schulmedizinischen Methoden, CAM ist nicht offiziell anerkannt.

9.6.3.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen der CAM

Das österreichische Ärztegesetz verpflichtet den/die Ärzt/in, „nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung" zu handeln, „sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren" (§49;Abs1-ÄrzteG). Das heißt, es muss der Anspruch auf wissenschaftlich erforschte Regelmäßigkeiten und Kausalzusammenhänge erfüllt werden, aber es fließt auch die persönliche Erfahrung des/der Mediziner/in in die Entscheidung über Behandlungsmethoden mit ein. Diese explizite Nennung der Erfahrung eröffnet die Möglichkeit, CAM im Einklang mit dem Ärztegesetz einzusetzen, ohne dass alle Kriterien der ärztlichen Wissenschaft erfüllt sein müssen. Neben den Ärzt/innen dürfen auch Angehörige anderer Gesundheitsberufe ärztliche Tätigkeiten ausüben, wenn ihnen diese übertragen wurden oder wenn ihre Tätigkeiten in Vorschriften des entsprechenden Gesundheitsberufs geregelt sind (§49;Abs3-ÄrzteG). Daher kommen auch zahlreiche andere Professionen in der Anwendung von CAM in Frage, wie die Heilmasseur/innen, Physiotherapeut/innen, Psychotherapeut/innen, Diätassistent/innen etc.

Das Strafgesetzbuch sieht vor, dass die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten ohne die erforderliche Ausbildung absolviert zu haben, strafbar ist (§194-StGB). Somit ist die therapeutische Tätigkeit eines/r nicht von der Ärztekammer anerkannten *Heilpraktikers/in* oder anderer Berufe in Österreich verboten. Heilpraktiker/innen dürfen auch gemäß der Gewerbeordnung kein Gewerbe anmelden (§2;Abs1,Z11-GewO-1994). Allerdings ist es möglich, diverse andere Gewerbe anzumelden, wie z.B. das *Gewerbe der Geist- und Naturheilung*, da diese nicht auf medizinisch-wissenschaftlicher Basis beruht, sondern eher religiöse Bedürfnisse befriedigt (Simbeni, 2004a; S.72). Die Wirtschaftskammer bietet als Abhilfe das *Gewerbe des Hilfestellers* an, welches die Bereiche Bachblüten, Farben, Düfte, Lichtquellen, Edelsteine, Musik, kinesiologische Methoden und Interpretation der Aura beinhalten (Simbeni, 2004; S.6). In der Oberösterreichischen Wirtschaftskammer wurde aus diesem Grund beispielsweise eine neue Berufsgruppe, die *Energetiker*, eingeführt, worunter Dienstleistungen subsumiert werden wie Beratungen in den Bereichen Kinesiologie, Bioresonanz, Radiästhesie, Feng Shui, Geomantie, Energie-Praktiker, Blüten und Essenzen, Licht, Farbe, Klang und Radionik (Wirtschaftskammer Oberösterreich, 2002). Diese wenig geregelte Situation im Hinblick auf CAM und Medical Wellness führt dazu, dass die Konsument/innen mit einer Vielzahl von Angeboten konfrontiert sind, allerdings die Qualität dieser Angebote für den Laien schwer zu erkennen ist.

9.6.3.2 Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherungen

Anspruch auf Kostenersatz durch die gesetzliche Krankenversicherung besteht, wenn durch eine Krankenbehandlung eines der folgenden Ziele erreicht wird: und zwar „muss die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten" und es soll „die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden" (§133;Abs1+2-ASVG). Allgemein

wird bei der Entscheidung, ob ein Kostenersatz durch die Krankenversicherungen gewährt wird, der Schulmedizin Priorität zugesprochen. Dennoch wird auch anderen Methoden ein angemessener Stellenwert eingeräumt, wenn eine rational nachvollziehbare Argumentation vorliegt, wobei ein Subsidiaritätsprinzip vorherrscht: Eine alternative Heilbehandlung wird erst als zulässig angesehen, wenn herkömmliche, Erfolg versprechende Behandlungsmethoden versagen, auch wenn die alternative Heilmethode kostengünstiger sei (Dettelbacher, 2001; S.49-53). Die Kostenübernahme der Krankenversicherungen ist also unter gegebenen Umständen wohl möglich, allerdings nicht verpflichtend.

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) versucht, gemeinsam mit der Ärztekammer (OÖÄK), eine Negativliste zu erstellen (diese Liste wird nachfolgend beispielsweise angeführt). Die darin enthaltenen Leistungen dürfen von Ärzt/innen mit Kassenvertrag auch nicht privat erbracht werden, da Krankenkasse und Ärztekammer zur Übereinkunft gelangt sind, dass diese CAM-Leistungen wirkungslos sind oder Patient/innen gefährden (Honorarordnung §10;Abs.4; Tabelle 9-3).

Tabelle 9-3.Negativliste der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (laufendes Verfahren Verbotsliste), (2004)

Aromatherapie	Irisdiagnostik
Aura-Heilung	Klangmassage
Bach-Blütentherapie	Magische Heilmethoden
Baunscheidtieren	Magnettherapie (außer Magnetfeldtherapie)
Biologische Terrain-Analyse	Pendeln
Bioresonanztherapie	Reiki
Colon-Hydrotherapie	Schamanismus
Edelsteinmedizin	Wünschelrute
Eigen-Urintherapie	Zelltherapie
Haarmineralanalyse	

Laut Angaben der OÖGKK ist die Wirksamkeitsprüfung der auf der Negativliste angeführten Methoden bereits abgeschlossen und die Gutachter/innen kamen einstimmig zur Entscheidung, dass die angeführten Leistungen entweder wirkungslos oder gar gefährdend sind (Mayr-Frank, 2004). Allerdings ist die rechtliche Durchsetzung der Negativliste noch nicht abgeschlossen und es wird noch eingehend geprüft, ob es rechtlich möglich ist, den Vertragspartner/innen das Anbieten gewisser Leistungen zu untersagen.

Abgesehen von diesen Beispielen, die zwar nicht vollständig die Kostenrückerstattungspflichten deklarieren, dennoch durch das Ausschlussprinzip zusätzliche Auskunft geben, herrscht für die Versicherten wenig Transparenz vor, welche Behandlungen und Methoden von der Kasse bezahlt werden. Die Abgeltung von CAM fällt in die freiwilligen Leistungen der Kassen und damit besteht eigentlich kein durchsetzbarer Rechtsanspruch, obwohl in bestimmten Einzelfällen, wo schulmedizinische Methoden keinen Erfolg zeigten und alternative Heilmethoden die letzte Behandlungsmöglichkeit darstellten, positive Entscheide bei Gericht erreicht werden konnten (Dettelbacher, 2001; S.53; WHO, 2001, S.88).

Als anerkannte komplementäre oder alternative Heilverfahren in Österreich können **Akupunktur** und **Biofeedback** angesehen werden. Biofeedback stellt eine wissenschaftlich anerkannte Methode dar, die auch in Einrichtungen der öffentlichen Hand praktiziert wird.

Für die **Akupunktur** hat der Oberste Landessanitätsrat 1986 eine **Indikationsliste** herausgegeben, die für alle Kassen in Österreich Gültigkeit hat (Hoffmann-Doringer et al., 1999; Mayr-Frank, 2004). Diese Indikationsliste ist zwar noch ausbaufähig und es wird diskutiert, weitere Indikationen in die Liste aufzunehmen, allerdings hat die Akupunktur hiermit in Österreich einen anerkannten Status.

Tabelle 9-4.Indikationen für Nadelakupunktur des Obersten Sanitätsrat

Chronische Schmerzzustände	Chronische Arthritiden
Kopfschmerzen	Weichteilrheumatismus
Migräne	Tendinitis
Schulter-Arm-Syndrom	Epikondylopathien
Cervicalsyndrom	Bursitis
Schleudertrauma	
Spondylopathien	**Kontraindikationen:**
Morbus Scheuermann	Besonders schmerzempfindliche Patienten
Discopathien*	Depression
Lumbalgien	Hämorrhagische Diathesen
Lumboischialgien	Behandlung mit Antikoagulantien
Degenerative Arthrosen	Infektion im Bereich der Akupunkturpunkte

Quelle: Abteilung Behandlungsökonomie, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
* wenn operatives Vorgehen nicht erforderlich ist

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse bezahlt beispielsweise auf Basis der vorliegenden Indikationsliste Akupunkturbehandlungen, die allerdings auf zehn Behandlungen pro Fall und Quartal limitiert sind und von einem/er Ärzt/in mit Verrechnungsbewilligung durchgeführt werden muss. Diese erhält er/sie durch die Absolvierung einer fundierten Ausbildung, die durch ein von der Ärztekammer ausgestelltes Zertifikat abzuschließen ist (Mayr-Frank, 2004).

Komplementäre oder alternative Heilmittel, wie z.B. Homöopathika, fallen bei vielen Kassen in den Bereich der genehmigungspflichtigen Arzneien, das heißt es muss vor dem Bezug die chefärztliche Genehmigung eingeholt werden. Bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse war die Verrechnung von Homöopathika bisher auf Rezept möglich. Die Abrechnung von Homöopathika wird allerdings mit Anfang Jänner 2005 durch das Inkrafttreten des neuen Arzneimittelverzeichnisses, des so genannten Erstattungskodex, nicht mehr möglich sein. Diese Regelung, die durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger vorgenommen wurde, ist für die gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich bindend. Einzelne Krankenkassen rechnen allerdings ein ausführliches homöopathisches Anamnesegespräch als diagnostisch-therapeutische Aussprache ab (z.B. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse; Mayr-Frank, 2004).

Neben der Homöopathie werden teilweise auch Einzelleistungen im Bereich der Neural- und Chirotherapie entgolten, sofern der/die behandelnde Therapeut/in eine fundierte Ausbildung in diesem Bereich nachweisen kann und eine tatsächliche Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Behandlung vorliegt. Aber auch in diesem Bereich differiert die Rückerstattungspraxis zwischen den Krankenkassen.

Bei anderen diversen alternativmedizinischen Leistungen kann der/die Patient/in bei der Kasse ein Ansuchen auf Kostenersatz stellen, welches auf eine konkrete Leistungserstattung für die vorliegende Indikation von Ärzt/innen der Kasse geprüft wird. Diese Entscheidung kann auf internen Richtlinien – soweit welche gegeben sind – oder auf bereits vorliegenden Entscheidungen in der Vergangenheit beruhen. Handelt es sich um eine in den gegebenen Zusammenhängen erstmalige Anfrage bei der betreffenden Kasse, wird die wissenschaftliche Fundierung und Zweckmäßigkeit der Leistung in Absprache mit einschlägigen Expert/innen geprüft und auf Basis des aktuellen Standes der Wissenschaft eine Entscheidung getroffen.

Etwas anders ist die Situation bei privaten Krankenkassen. Die größten Anbieter in diesem Bereich stellen in ihren Versicherungspaketen die Abgeltung von komplementär- und ganzheitsmedizinischen Methoden wie z.B. Akupunktur, Homöopathie oder Reflexzonenbehandlung explizit in Aussicht. Das Angebot der privaten Krankenversicherer wurde auch dahin gehend geprüft, ob frauenspezifische Versicherungspakete angeboten werden: Dies ist für keinen der Anbieter der Fall.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die **Kostenübernahme für Leistungen komplementären oder alternativen Charakters** nur in spezifischen Ausnahmefällen genehmigt wird, wobei vor allem die **Akupunktur** als in Österreich anerkannt bezeichnet werden kann. Ansonsten ist der Bereich der alternativen und komplementären Heilmethoden wenig geregelt und unterliegt der Interpretation von allgemeinen Gesetzen des Gesundheitswesens, wodurch es zu ungleicher Rückerstattungspraxis der gesetzli-

chen Krankenkassen kommt. Die Kostenübernahme variiert zwischen den Kassen und somit zwischen den Bundesländern und den verschiedenen Berufsgruppen. Patient/innen, die sich für CAM entscheiden und einer in diesem Bereich wenig transparenten Rückerstattungspolitik der Kassen und einem undurchsichtigen, privatwirtschaftlichen Angebot gegenüber stehen, werden gezwungen, Leistungen unbestimmter Qualität selbst zu bezahlen. Der Selbstzahlerbereich ist in Hinblick auf Anwendung, Zugang, Sicherheit, Effektivität und Qualität von CAM nicht reguliert und entgeht selbst der Qualitätskontrolle der gesetzlichen Kassen. Somit entwickelt sich hier ein freier Markt, der mehr auf Marketing als auf Qualität abzielt. Hier sind im Sinne des Konsument/innenschutzes eindeutige Regelungen notwendig. In anderen europäischen Ländern, wie z.B. Deutschland, gibt es bereits erste Gesetze zur Regelung alternativer Heilmethoden (wie z.B. das Heilpraktikergesetz). Eine Regelung der CAM wurde vom Europäischen Parlament bereits 1997 gefordert (WHO, 2001; S.189).

9.6.3.3 CAM-Aus- und Fortbildungen für medizinisch-therapeutische Berufe im Bereich der Frauengesundheit

Der Vielfalt an frauenspezifischen CAM-Angeboten entspricht auch im Bereich der Aus- und Fortbildungen ein sehr breites und vielfältiges Angebot mit Bezug auf Frauengesundheit. Über einen klar geregelten Rahmen verfügen beispielsweise die Fortbildungen der Ärztekammer und des Hebammen-Gremiums. Bei zahlreichen weiteren Angeboten ist die Qualität nicht eindeutig nachvollziehbar.

Was die Zahl der absolvierten **CAM-Spezialdiplome von Gynäkolog/innen in Österreich** betrifft, verfügen laut Österreichischer Ärztekammer 92 Gynäkolog/innen über ein Spezialdiplom in Akupunktur, acht in Homöopathie und drei in anderen CAM-Methoden. Wobei allerdings darauf hinzuweisen ist, dass viele Ärzt/innen sich trotz Absolvierung der Ausbildung kein Spezialdiplom ausstellen lassen. Dies ist besonders bei CAM-Methoden der Fall, die von den Kassen weder bezahlt noch anerkannt werden, wie z.B. bei Therapien und Methoden nach F.X. Mayr. Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass dreißig bis fünfzig Prozent der Ärzt/innen ihr Spezialdiplom trotz Absolvierung der Ausbildung nicht abholen und somit in den von der Ärztekammer übermittelten Zahlen nicht aufscheinen. Trotzdem sollen die von der Ärztekammer erfassten Gynäkolog/innen einen Einblick in das Angebot liefern. Bei einer Gesamtanzahl von 1.405 Gynäkolog/innen in Österreich haben also rund sieben Prozent der Ärzt/innen eine zertifizierte Ausbildung in Akupunktur und weniger als ein Prozent in Homöopathie abgeschlossen. In beiden Fällen haben sich mehr Gynäkologinnen als Gynäkologen zertifizieren lassen (Akupunktur: 49 Frauen, 43 Männer, Homöopathie: sieben Frauen, ein Mann). Weiters ist der überwiegende Teil der in CAM zertifizierten Gynäkolog/innen in der niedergelassenen Praxis tätig (Akupunktur: achtzig Prozent). Es zeigte sich ebenso, dass der größte Teil der zertifizierten Gynäkolog/innen in den Bundesländern Niederösterreich (Akupunktur: dreißig Prozent) und Wien (Akupunktur: 25 Prozent) ordinieren (siehe Tabelle 9-5). Die Verteilung der komplementärmedizinisch Ausgebildeten korrespondiert mit der Verteilung der Angebote in den Bundesländern: ein großer Teil der CAM-Angebote für Frauen ist in Niederösterreich und Wien angesiedelt.

Tabelle 9-5. Gynäkolog/innen mit ÖÄK-Zertifikat in Akupunktur nach Bundesländern (2004)

Bundesland	Anzahl	Prozent
Burgenland	4	4
Kärnten	5	5
Niederösterreich	28	30
Oberösterreich	11	12
Salzburg	5	5
Steiermark	7	8
Tirol	6	7
Vorarlberg	3	3
Wien	23	25
Gesamt	**92**	**100**

Quelle: ÖÄK - Österreichische Ärztekammer, 2004; eigene Berechnung

Beispiele für weitere Anbieter von CAM-Aus- und Fortbildungen in Österreich:

Anbieter	Ausbildung
Hebammen-Gremium	sechstägige Ausbildung *Applied Kinesiology;* ein- bzw. zweitägige Fortbildungen zum Thema Osteopathie und Homöopathie
Österreichische Akademie der Ärzte	nicht-frauenspezifische Fortbildungen im Bereich der Akupunktur, anthroposophischen Medizin, Diagnostik und Therapie nach F.X. Mayr, Homöopathie, manuellen Medizin und Neuraltherapie
Dachverband der österreichischen Ärzte für Ganzheitsmedizin	Fortbildungen für die Arbeit in der Gynäkologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Österreichischen Wissenschaftlichen Ärztegesellschaft für Akupunktur (z.B. zweitägiger Sonderkurs Gynäkologie in TCM und Akupunktur)
TCM-Akademie	dreisemestrige Masterausbildungen in Gynäkologie und Geburtshilfe aufbauend auf ein (Teil-) Studium der Medizin bzw. Diplomausbildung zur Hebamme (Master TCM Gynäkologie: bisher 50 Absolvent/innen; Master TCM Geburtshilfe: bisher von 187 Hebammen und Ärzt/innen absolviert); weiters wird auch im Master Chinesische Diätetik im dritten Semester das Fach *Diätetik und Nahrungsmittelgruppierung in der Geburtshilfe* gelehrt (bisher 150 Absolvent/innen)
Wiener Schule für Traditionelle Chinesische Medizin	zweitägiger Kurs zum Thema Gynäkologie im Rahmen der Fortbildung zur Arzneimittellehre, der u. a. die Möglichkeiten der Behandlung von Zyklusstörungen, Blutungsanomalien und Wechselbeschwerden enthält
Arbeitskreis für chinesische Phytotherapie	zweitägiger Sonderkurs zum Thema Gynäkologie

9.6.4 Anbieter für frauenspezifische CAM und Medical Wellness in Österreich

Um einen Aufriss über CAM-Angebote für Frauen in Österreich geben zu können, wurde im Online-Spitalskompass 2004 des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) nach Abteilungen im Bereich der Geburtshilfe und der Behandlung von Brustkrebs gesucht, die CAM-Angebote anbieten und die Ergebnisse nach Art und Häufigkeit – unter Berücksichtigung der Bundesländer – aufgeschlüsselt.
Um CAM-Angebote im niedergelassenen Bereich zu erfassen, wäre es notwendig, eine eigene Erhebung durchzuführen. Ein erster Einblick wurde durch eine Kurzbeschreibung der CAM-Fortbildungsangebote für Gynäkologie und Geburtshilfe gegeben (siehe vorangegangenes Kapitel).

9.6.4.1 CAM-Angebote in geburtshilflichen Abteilungen

Eine Recherche im ÖBIG-Online-Spitalskompass 2004 nach CAM-Angeboten an Abteilungen für Geburtshilfe ergab, dass 88 der 97 in der ÖBIG-Datenbank aufgelisteten geburtshilflichen Abteilungen CAM anbieten (davon sind 96 Prozent öffentliche, sechs Prozent private Spitäler): am häufigsten Homöopathie (94 Prozent), Aromatherapie (90 Prozent), Akupunktur (81 Prozent) und Bachblüten (73 Prozent) (siehe Tabelle 9-6). Rund die Hälfte der Abteilungen bietet zusätzlich Moxibustion an, eine spezielle Art der Akupunktur, allerdings könnte diese Behandlungsform bei manchen Abteilungen in der Akupunktur bereits beinhaltet sein. Alle anderen Therapieformen werden weitaus seltener angeboten.

Viele der Abteilungen für Geburtshilfe bieten nicht nur eine komplementäre Methode, sondern eine breite Palette von Methoden an. Insgesamt wurden von den 88 Abteilungen 372 Angebote genannt, also rund vier verschiedene CAM-Methoden pro Abteilung: Homöopathie (22 Prozent), Aromatherapie (21 Prozent), Akupunktur (19 Prozent), Bachblüten (17 Prozent) und Moxibustion (12 Prozent) (siehe Tabelle 9-6).

Obwohl die Effektivität von Homöopathie noch umstritten ist, erfreut sie sich größter Beliebtheit. Akupunktur in der Geburtshilfe ist wissenschaftlich etwas besser untersucht als die Homöopathie und vermutlich auch effektiv, nimmt aber nur den dritten Platz ein. Moxibustion wird vorwiegend in Kombination mit Akupunktur angeboten (mit Ausnahme von drei Abteilungen, die Moxibustion ohne Akupunktur anbieten). Addiert man die eigenständigen Moxibustions-Angebote zur Akupunktur, steigen der Anteil der Abteilungen, die Akupunktur anbieten, auf 84 Prozent und der Anteil der Akupunktur an allen angebotenen CAM-Leistungen auf zwanzig Prozent. Damit verändert sich der Stellenwert der Akupunktur wenig. Überraschend ist die weite Verbreitung der Aromatherapie, die häufiger

angeboten wird als Akupunktur. Aromatherapie ist weder in der Studie zur Ganzheitsmedizin der Wiener Akademie für Ganzheitsmedizin angeführt (Hoffmann-Doringer et al., 1999), noch gibt es eine geregelte Ausbildung zum/r Aromatherapeut/in. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse hat die Aromatherapie nach ausführlicher Prüfung des Wirksamkeitsnachweises auf die Liste jener Therapien gesetzt, die nachweislich wirkungslos sind oder die Patient/innen gefährden (Negativliste - siehe weiter oben). Ähnlich stellt sich der Sachverhalt für die Verwendung von Bachblüten-Therapie dar. Bachblüten nehmen den vierten Rang in der vorliegenden Häufigkeitsverteilung ein, allerdings ist die Wirksamkeit höchst umstritten. Diese Therapie ist ebenfalls auf der Negativliste der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse zu finden.

Tabelle 9-6. CAM-Angebote in Krankenhäusern (2004)

CAM-Angebot	Abteilungen (n=88), die genannte Methode anbieten*		Nennung der Angebote**
	Anzahl	Prozent	Prozent
Homöopathie	83	94	22
Aromatherapie	79	90	21
Akupunktur	71	81	19
Bachblüten	64	73	17
Moxibustion	44	50	12
Lichttherapie	8	9	2
Kurse Chi Gong	6	7	2
Kurse Yoga	6	7	2
Kurse Tai Chi	4	5	1
Noreia Blütenessenz	4	5	1
Feng Shui	1	1	0,3
Andere	2	2	0,5
Gesamt	**372**	**Mehrfachnennungen**	**100,0**

Quelle: ÖBIG Spitalskompass, 2004; eigene Berechnung

*n=88 Abteilungen wurden befragt, n=372 Angebote wurden genannt

Ungefähr ein Viertel aller CAM-Angebote werden in Niederösterreich angeboten (26 Prozent), gefolgt von Oberösterreich (16 Prozent), Wien (15 Prozent) und der Steiermark (11 Prozent). Auffällig ist, dass ein Drittel der Abteilungen, die Moxibustion anbieten, in Niederösterreich und ein Fünftel in Wien angesiedelt ist, während sich der Rest auf die anderen sieben Bundesländer verteilt (siehe Tabelle 10-7).

Tabelle 9-7. CAM-Angebote in Krankenhäusern nach Bundesländern (2004)

Bundesland	Akupunktur	Homöopathie	Moxibustion	Bachblüten	Aroma-therapie	**Gesamt**
			Prozent			
Niederösterreich	27	25	32	28	23	**26**
Oberösterreich	14	17	11	16	18	**16**
Wien	16	13	21	14	13	**15**
Steiermark	14	11	9	9	13	**11**
Salzburg	4	8	11	11	9	**9**
Tirol	9	11	0	8	9	**8**
Kärnten	7	6	7	6	6	**7**
Vorarlberg	4	5	2	6	5	**5**
Burgenland	6	4	7	2	5	**4**
Gesamt	100	100	100	100	100	**100**

Quelle: ÖBIG Spitalskompass, 2004; eigene Berechnung

Die Verteilung der Angebote innerhalb der Bundesländer zeigt, dass in den Bundesländern Burgenland, Steiermark und Kärnten die Akupunktur und die Aromatherapie gleich häufig angeboten werden. In Oberösterreich, Salzburg und Vorarlberg ist dies für Homöopathie und Aromatherapie der Fall. In Tirol wird Homöopathie am häufigsten angeboten (33 Prozent), gefolgt von Aromatherapie (26 Prozent) und Akupunktur (22 Prozent). In Wien liegen Akupunktur und Homöopathie gleich auf, gefolgt von Aromatherapie. Das heißt, die Aromatherapie wird in sechs Bundesländern am häufigsten bzw. gleich häufig angeboten wie Akupunktur und Homöopathie. Die Akupunktur, als einzige in Österreich anerkannte Methode, hingegen liegt in einigen Bundesländern hinter der Aromatherapie, wie in Salzburg, Vorarlberg und Oberösterreich. In den ersteren zwei Bundesländern nimmt auch die Bachblüten-Therapie einen größeren Anteil der Angebote ein als die Akupunktur. Nur in der Steiermark, in Kärnten, in Niederösterreich und in Wien ist der Anteil der Akupunktur am größten oder zumindest gleich auf liegend mit anderen Methoden.

Weiters fällt auf, dass in Tirol Homöopathie (33 Prozent) sehr häufig angeboten wird (siehe Tabelle 9-8).

Tabelle 9-8. Häufikgeit von CAM-Angeboten in Krankenhäusern innerhalb der Bundesländer (2004)

Bundesland	Akupunk-tur	Homöopathie	Moxibustion	Bachblüten	Aroma-therapie	Gesamt
Burgenland	27	20	20	7	27	100
Steiermark	26	23	10	15	26	100
Kärnten	23	27	14	18	23	100
Niederösterreich	21	23	16	20	20	100
Oberösterreich	19	26	9	19	26	100
Salzburg	10	24	17	24	24	100
Tirol	22	33	0	19	26	100
Vorarlberg	19	25	6	25	25	100
Wien	22	22	18	18	20	100

Quelle: ÖBIG Spitalskompass, 2004; eigene Berechnung

9.6.4.2 CAM-Angebote in Krankenhäusern: Brustkrebs

Laut ÖBIG-Online-Spitalskompass 2004 bieten 135 Spitalsabteilungen Versorgung bei Brustkrebs an (davon 94 Prozent öffentliche, sechs Prozent private Spitäler). Bei fünf der gefundenen Abteilungen werden ganzheitsmedizinische Ansätze explizit erwähnt, das sind vier Prozent. Jeweils eine Krankenhausabteilung bietet somit in den Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Wien eine komplementärmedizinische Versorgung für Brustkrebspatientinnen an (AKH Dornbirn, AKH Hall, AKH der Barmherzigen Brüder Salzburg, das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz und das AKH Mödling). Die Angebote der Abteilungen werden als komplementärmedizinische Beratung oder als ganzheitliche Onkologie benannt, ohne dass näher ausgeführt wird, was diese Angebote beinhalten.

Am Wilhelminenspital in Wien wird onkologische Betreuung nach dem **ganzheitlichen Krebskonzept Knospe** angeboten. *Knospe* sieht sich als interdisziplinäres Netzwerk, das versucht, die verschiedenen Berufsgruppen, die zur onkologischen Betreuung notwendig sind, zur gemeinsamen Arbeit zusammenzuführen. Knospe steht für Komplementärmedizin, Netzwerk, Onkologie, Sozialarbeit, Psychologie, Physiotherapie, Ernährung und Eigeninitiative. Die Berufsgruppen all dieser Bereiche sollen zu einer aktiven Zusammenarbeit in der Betreuung der Krebspatient/innen zusammengeführt werden. Knospe begann als Initiative ausgehend vom Wilhelminenspital und war ursprünglich ein Angebot für gynäkologische Krebspatient/innen. Mittlerweile stellt die Knospe ihre Hilfestellung aber auch Männern zur Verfügung. Im Zentrum der Initiative steht die Wissensvermittlung (Knospe, o. A.; www.knospe.at).

9.6.5 Praxisbeispiel frauenspezifischer Komplementärmedizin: klassische Homöopathie in der Frauengesundheit

Ein Beitrag von Dr. Micha Bitschnau, Gynäkologin

Die klassische Homöopathie ist eine Heilmethode, deren ganzheitlicher Ansatz vor allem von Frauen geschätzt und in Anspruch genommen wird. Frauen sind dabei aktiver Teil der Therapie, sie werden als Individuum wahrgenommen und nicht nur als Trägerin einer Diagnose.

9.6.5.1 Abgrenzung der Homöopathie zu anderen medizinischen Behandlungen

Klassische Homöopathie ist kein Sammelbegriff für komplementärmedizinische Heilmethoden, sondern eine eigenständige Therapieform nach einer definierten, nachvollziehbaren Methodik. Sie greift auf einen Wissensschatz aus rund zweihundert Jahren Heilerfahrung seit ihrer Begründung durch den Mediziner Samuel Hahnemann (1755-1843) zurück und wird mit Erfolg bei akuten und chronischen Krankheiten angewendet.

Nach Ansicht der klassischen Homöopathie erkrankt nicht ein isoliertes Organ des menschlichen Körpers, sondern - im Sinne der Psychosomatik - der ganze Mensch als Einheit von Körper und Psyche. Neben den körperlichen Beschwerden berücksichtigt die klassische Homöopathie die Lebensgewohnheiten, die Persönlichkeit und die Ängste der Patientin. Die Klassische Homöopathie ist eine individualisierende, ganzheitliche Heilme-

thode. Jede Patientin wird als individuelle Persönlichkeit behandelt und bekommt ein Arzneimittel, das auf ihren spezifischen Zustand genau abgestimmt ist. Wenn beispielsweise drei Patientinnen an Migräne leiden, so wird jede von ihnen mit einem anderen, speziell für sie ausgewählten Arzneimittel behandelt.

Die klassische Homöopathie bedarf eines intensiven Studiums, das zeitlich und vom Aufwand her dem Medizinstudium gleichgesetzt werden kann. Die Kosten einer homöopathischen Behandlung sind - verglichen mit den anfallenden Kosten einer schulmedizinischen Behandlung - gering, da die Arzneien billig sind und nur der Zeitaufwand des homöopathischen Arztes beglichen werden muss.

Prinzipien der klassischen Homöopathie

Die klassische Homöopathie beruht auf folgenden Grundpfeilern:

- *Ähnlichkeitsgesetz:* Symptome werden durch dasjenige Arzneimittel aufgehoben, das an dem/der Gesunden ähnliche Symptome hervorrufen kann.
- *Arzneimittelprüfung:* Durch wiederholte Einnahme entwickelt der/die Gesunde für das jeweilige Arzneimittel typische Symptome;
- *Potenzierung:* Die Ausgangssubstanz (Pflanzen, Salze, Minerale, …) wird in vielen Schritten verdünnt und verschüttelt (potenziert), dann auf Globuli aufgetragen oder in alkoholischer Lösung verabreicht.
- *Anamneseerhebung:* Die individuelle Krankheitsgeschichte sowie eine ausführliche Familien-, Sozial- und psychische Anamnese werden erfasst.
- *Arzneimittelfindung:* Aus den rund 2.000 bekannten Arzneien wird mittels eines Repetoriums (Symptomsammlung) dasjenige Arzneimittel ausgewählt, das die meisten Symptome der Patient/in abdeckt.

9.6.5.2 Nutzungshäufigkeit der Homöopathie durch Frauen, Einstellung von Ärzt/innen

Klassische Homöopathie wird vorwiegend von Frauen in Anspruch genommen. Frauen lassen auch häufig ihre Kinder homöopathisch behandeln. Generell werden alternative und komplementärmedizinische Verfahren heute in der westlichen Welt von dreißig bis siebzig Prozent der Patient/innen verwendet (Schafer, 2004; Becker-Witt et al., 2004; Eisenberg et al., 1993). Nachfolgend ein Überblick über Studien zur Nutzung der Homöopathie durch Frauen und zur Einstellung von Ärzt/innen zur Homöopathie:

Fragestellungen, untersuchte Population, Autor/innen, Publikationsjahr	*Ergebnisse*
Anwendungshäufigkeit, Anwender/innenprofil komplementärer Methoden bei Allergien; Schafer et al., 2004	30 bis 50 Prozent aller Patient/innen mit Allergien verwenden komplementäre Heilmethoden. Patient/innenenprofil: vorwiegend jüngere Frauen mit hohem Bildungsniveau.
Systematische Dokumentation von 3.981 Patient/innen einer homöopathischen Ordination in Berlin; Becker-Witt und Willich, 2004	71 Prozent der Patient/innen, die eine homöopathische Ordination zum ersten Mal aufsuchen, sind weiblich.
Prospektive Kohortenstudie an 493 Patient/innen (315 Erwachsene, 178 Kinder) zur medizinischen Effektivität und Behandlungskosten im Vergleich zu konventioneller Medizin; Becker-Witt et al., 2004	78 Prozent der homöopathisch Behandelten sind Frauen. Die Effektivität der homöopathischen vs. der schulmedizinischen Behandlung ist gleich gut und bei Kindern sogar signifikant besser. Bezüglich der Behandlungskosten zeigte sich kein signifikanter Unterschied.
Einstellung zur Homöopathie von 293 praktischen Ärzt/innen in den Niederlanden; Knipschild et al., 1990	45 Prozent der Mediziner/innen sind von der Effektivität homöopathischer Arzneien bei Infekten des oberen Respirationstraktes sowie bei allergischer Rhinitis überzeugt.
Metaanalyse zur Einstellung von Ärzt/innen zu komplementärmedizinischen Methoden; Ernst el al., 1995	Die Metaanalyse belegt, dass die Homöopathie als Heilmethode nicht nur unter Laien viele Anhänger/innen findet, sondern zunehmend auch bei Ärzt/innen.

9.6.5.3 Kontrollierte Studien zur klinischen Effektivität der Homöopathie

Häufiger Kritikpunkt an der Homöopathie ist, dass sie sich keiner Evaluation durch klassische Studiendesigns unterziehe. Dass dies nicht so ist, sieht man, wenn man z.B. in der

größten medizinische Datenbank *pubmed*[62] nach dem Begriff *homeopathy* sucht: in den 2.934 Suchergebnissen findet man nach Limitation auf *clinical trials* 138 Studien, davon 94 randomisierte klinische Studien, die in renommierten medizinischen Fachzeitschriften publiziert wurden, darunter sind 16 Meta-Analysen.

9.6.5.4 Homöopathie in der Frauenheilkunde

Im Bereich der Frauenheilkunde wurden bislang wenige Studien zur Wirksamkeit homöopathischer Behandlungen veröffentlicht. Beispiele sind die Studien zu **weiblichen Fertilitätsstörungen** an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg (Gerhard et al., 1993). Eine der Studien verglich 21 Frauen, die klassisch homöopathische Therapie erhielten, mit 21 Frauen unter hormoneller Therapie. Alle Patientinnen hatten einen seit mehr als zwei Jahren bestehenden unerfüllten Kinderwunsch und waren hinsichtlich wesentlicher demografischer und medizinischer Kriterien vergleichbar. In der **Gruppe mit homöopathischer Therapie** wurden nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 4,8 Monaten sechs Patientinnen schwanger (29 Prozent), bei Patientinnen mit Hormonstörungen sogar 50 Prozent. Die Baby-take-home-Rate lag in der klassisch homöopathisch behandelten Gruppe ebenfalls bei 29 Prozent, das heißt alle sechs Frauen, die schwanger geworden sind, gebaren ein gesundes Kind. Nebenwirkungen der homöopathischen Behandlung waren vorübergehende Hautunreinheiten bei zwei Patientinnen. Anhand von Visuell-Analog-Skalen zur Selbsteinschätzung konnten bei 19 Prozent der Patientinnen Verbesserungen des allgemeinen Gesundheitszustands und Wohlbefindens nachgewiesen werden, wie z.B. Steigerung der Libido, Verminderung chronischer Kopfschmerzen und von Obstipation und deutliche Besserung von Heuschnupfen.

In der Gruppe der Frauen, die **mit Hormonen behandelt** worden waren, wurden ebenfalls sechs Patientinnen schwanger, allerdings gingen aus den sechs Schwangerschaften nur zwei gesunde Kinder hervor, vier endeten als Frühaborte (die Baby-take-home-Rate betrug demnach 10 Prozent). Die durchschnittliche Therapiedauer lag in dieser Gruppe bei 16,5 Monaten. Bei 29 Prozent der Patientinnen musste während der Therapie eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens festgestellt werden, die von Hitzewallungen, Atemnot, vaginalem Juckreiz und Libidoverlust bis zu Zysten am Ovar reichten, die zum Therapieabbruch führten.

Ein **Vergleich der Kosten** von klassisch homöopathischer und hormoneller Behandlung der Fertilitätsstörung zeigte, dass die Arztkosten für beide Methoden gleich waren (die Dauer der homöopathischen Behandlung ist länger, daher teurer, dafür sind Konsultationen seltener als bei Hormonbehandlung). Bei den Medikamentenkosten erwiesen sich Homöopathika um das Zehnfache billiger als die hormonelle Therapie, wobei die Kosten für die in der hormonell behandelten Gruppe häufigeren Ultraschall- und Hormonuntersuchungen nicht inkludiert sind, - diese würden den Unterschied aber noch weiter vergrößern. Die Autor/innen schließen aus den Ergebnissen, dass die homöopathische der hormonellen Therapie in Bezug auf die Häufigkeit eines Eintritts von Schwangerschaften gleichwertig ist, in Bezug auf die Baby-take-home-Rate und die Gesamtkosten aber signifikant überlegen.

Eine aktuelle Studie konnte eine subjektive Besserung der Krankheitsbeschwerden - gemessen mittels des standardisierten **Lebensqualitätsfragebogens SF-36** - bei über 900 homöopathisch behandelte Patient/innen nachweisen. Dies erklärt nach Ansicht der Forscher/innen die ansteigende Nachfrage nach alternativmedizinischen Behandlungsmethoden besonders bei vorhergegangener unzureichender schulmedizinischer Behandlung (Guthlin et al., 2004).

9.6.5.5 Frauenspezifische homöopathische Angebote in Österreich

Angesichts der zunehmenden Integration von komplementärmedizinischen Angeboten ist zum einen die Frage nach den Ursachen hierfür zu stellen - diese sind zuerst in den Grenzen der Schulmedizin zu suchen; zum andern müssen die Mechanismen und Prozesse des Aufbaus, der Integration und der Organisation von komplementärmedizinischen Angeboten im Krankenhaus hinterfragt werden.

[62] pubmed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Besonders schwangere und stillende Frauen stehen der Einnahme von Medikamenten skeptisch gegenüber. Die potentielle gesundheitliche Beeinträchtigung des Feten oder Neugeborenen lässt Frauen nach alternativen Heilmethoden fragen. Der Druck auf die Ärzt/innen hinsichtlich umfassender Aufklärung über komplementärmedizinische und alternative Heilmethoden steigt. Besonders jüngere Frauen sind heutzutage gut informiert, da sie z.B. das Internet als Aufklärungsmedium nutzen. Daraus ergibt sich aber das Problem, dass es besonders für Laien schwierig ist, seriöse Informationen von weniger seriösen zu unterscheiden. Daher müssen Ärzt/innen vermehrt auch über alternativmedizinische und komplementäre Heilmethoden Bescheid wissen, um eine sachkundige und objektive Patient/innenberatung durchführen zu können.

In Österreich bieten bereits viele Krankenhäuser besonders im frauenheilkundlichen Bereich komplementäre Behandlungsmethoden an. Die weiteste Verbreitung findet dabei die Akupunktur, die zur Schmerztherapie ebenso eingesetzt wird wie zur Geburtsvorbereitung. Zweithäufigste Methode im Bereich der Frauenheilkunde ist die Homöopathie.

Homöopathische Ambulanzen im AKH Wien

Ambulanz für klassische Homöopathie an der geburtshilflichen Abteilung (Leitung: Dr. Micha Bitschnau)

In die Ambulanz für klassische Homöopathie, die zwischen 1999 und 2002 an der geburtshilflichen Abteilung des AKH Wien angeboten worden war, kamen hauptsächlich Frauen mit chronischen Erkrankungen, die eine Dauermedikation erforderlich machten, welche die Frauen aufgrund der Schwangerschaft nicht einnehmen wollten (z.B. atopische Dermatitis, atopische Rhinitis, Migräne, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, rezidivierende vulvovaginale Candidainfektionen). Psychische Probleme wie Depressionen, schwangerschaftsbedingte Angstneurosen und das Fatigue-Syndrom wurden ebenso behandelt wie akute Schwangerschaftsbeschwerden in Form von Schmerzen des Bewegungsapparates, Hämorrhoiden, Varikositas (Krampfadern), Schlafstörungen, Hyperemesis gravidum (Schwangerschaftserbrechen). Zugewiesen wurden die Patientinnen direkt von der Schwangerenambulanz.

Die homöopathische Ambulanz war auch im Bereich der Forschung aktiv, eine Studie zur Effektivität der Homöopathie in der Behandlung der rezidivierenden vulvovaginalen Pilzinfektionen ist derzeit in Ausarbeitung[63].

Im Bereich der Geburtshilfe ist die Homöopathie als Behandlungsmethode aus folgenden Gründen problemlos in den Klinikalltag integrierbar:

- Homöopathie wird von den Patientinnen sehr gut angenommen.
- Klassische Homöopathie gilt als Alternative bei für Schwangere problematischen Therapien (Schmerzbehandlung, Hyperemesis, Allergien, rezidivierende vulvovaginale Infekte,…).
- Homöopathie vermag Nebenwirkungen mancher Medikamente und Therapien (Chemo-, Strahlentherapie) zu mildern.
- Die Patientinnenzufriedenheit steigt stark steigt, da Frauen den ganzheitlichen, individuellen Behandlungsansatz schätzen.
- Die Kosten einer homöopathischen Behandlung sind geringer als bei vielen anderen Behandlungen, da kein Bedarf an medizinischen Geräten oder assistierendem Pflegepersonal besteht.

Homöopathische Ambulanz der klinischen Abteilung für Onkologie (Leitung: Univ.-Prof. Dr. Michael Frass)

Auch im Bereich der Onkologie wird Homöopathie vorwiegend von Frauen in Anspruch genommen: rund achtzig bis neunzig Prozent der Tumorpatient/innen, die am Wiener AKH das Angebot erhalten, sich begleitend zur Chemo- und Strahlentherapie homöopathisch behandeln zu lassen, sind Frauen. In den wenigen Monaten des Bestehens der homöopathischen Ambulanz wurden rund 150 Patient/innen in die Behandlung aufgenommen und über 300 Kontrollen durchgeführt. Als wirkungsvoll zeigt sich die Homöopathie

[63] Witt A, Bitschnau M, Kiss H (in Vorbereitung) Comparison of two different strategies for the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis - Itraconazole vs. Homeopathy (Studienzeitraum 2000-2004).

- in der Verminderung der Nebenwirkungen der Chemotherapie und anderer Medikamente (Xeloda, Proleukin, etc.),
- zur Heilung von Sekundärkrankheiten (Krankheiten, die bereits vor der Tumorerkrankung aufgetreten sind, wie z.B. Migräne, andere Schmerzzustände, Depressionen,…),
- zur Herstellung der Physiologie und Stärkung der Konstitution.

Insgesamt hebt die homöopathische Begleitbehandlung die Lebensqualität der Patient/innen deutlich. Eine Studie, die dies verifizieren soll, wird derzeit an der homöopathischen Ambulanz der klinischen Abteilung für Onkologie am Wiener AKH durchgeführt.

Homöopathische Ambulanz an der Abteilung für Strahlentherapie und Strahlenbiologie (Leitung: Univ.-Prof. Dr. Otto Schlappack)

Zwischen Jänner 2002 und Juni 2004 wurden an der homöopathischen Ambulanz durch Strahlentherapie bedingte Beschwerden bei 199 Patient/innen begleitend homöopathisch behandelt. Die häufigsten Beschwerden waren psychische Probleme wie Angst und Schlafstörungen. An körperlichen Begleiterscheinungen der Strahlentherapie wurden Juckreiz im Bestrahlungsgebiet, Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schmerzen, gastrointestinale Beschwerden und Müdigkeit behandelt. Achtzig Prozent der behandelten Patienten gaben subjektiv eine deutliche Besserung ihrer Beschwerden durch die homöopathische Therapie an. Objektiviert wurden diese Angaben durch eine Visuell-Analog-Skala (Verbesserung von 64 auf 35 VAS).

Ambulanz für komplementäre Therapien an der Abteilung für spezielle Gynäkologie (Leitung: Univ. Ass. Prof. Dr. Leo Auerbach)

Die Ambulanz für komplementäre Therapien an der Abteilung für spezielle Gynäkologie des Wiener AKH, die seit 1995 besteht, hat sich den Schwerpunkt Brustkrebs gesetzt. Ursache für die große Nachfrage nach komplementärmedizinischen Angeboten ist der Wunsch der Patientin, im Krankheitsfall selbst etwas zur Gesundheit beizutragen und bei schwer erkrankten Frauen der Versuch, alles zu probieren, was helfen könnte. Die Ambulanz versteht sich zusätzlich zu ihren Aufgaben in der Betreuung von Patient/innen mit Krebs als Informations-, Ausbildungs- und Nachfragezentrum.

Die Arbeit der homöopathischen Ambulanzen an der Universitätsklinik Wien zeigt, dass die klassische Homöopathie als seriöse Heilmethode gut in den universitären Krankenhausbereich integrierbar ist. Das ärztliche Klinikpersonal, das in diesem Bereich arbeitet, hat zusätzlich zur medizinischen Ausbildung eine fundierte Ausbildung auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Das Angebot wird von Patient/innen und Ärzt/innen als Zusatzangebot hoch geschätzt. Die Bedeutung der Forschung zur Objektivierung der homöopathisch-medizinischen Therapieerfolge wird als ein wesentliches Qualitätsmerkmal betont. Allerdings wurde und wird die gesamte Arbeitsleistung der homöopathischen Therapie neben der normalen Dienstzeit und neben dem normalen Aufgabengebiet der Ärzt/innen unentgeltlich durchgeführt. Dies ist auch der Grund, warum nach einigen Jahren aufgrund persönlicher Überlastung zwei der vier homöopathischen Ambulanzen wieder eingestellt werden mussten. Sowohl die gynäkologisch-homöopathische Ambulanz als auch die strahlentherapeutisch-homöopathische Ambulanz fokussierten nach einiger Zeit ihre Tätigkeit auf kleine Teilbereiche, um Studien durchführen zu können und waren nur mehr für ein bestimmtes Spektrum an Patient/innen zugänglich. Da viele Patient/innen nicht über die finanziellen Möglichkeiten verfügen, privat die Arztkosten eines/einer Homöopath/in zu bezahlen, wäre es wichtig, Frauen eine homöopathische Behandlung zukommen zu lassen, die unter kontrollierten Bedingungen von hoch qualifizierten homöopathischen Ärzt/innen an Krankenhäusern ohne Zusatzkosten für die Patientin durchgeführt wird.

9.6.6 WHO-Strategie zur traditionellen Medizin

Die WHO hat umfassende Überlegungen dazu angestellt, welche gesundheitspolitischen Strategien und Maßnahmen im Bereich der traditionellen und der komplementär-/ Alternativmedizin langfristig erforderlich sind und dies in einem Strategiepapier zusammengefasst (Traditional Medicine Strategy 2002-2005; WHO, 2002). Nachfolgend ein Überblick:

Ziele	Komponenten	Erwartete Ergebnisse
Politische Strategie Integration von TM/CAM in das Gesundheitssystem durch Entwicklung und Implementierung regional spezifischer Strategien und Programme	**1. Anerkennung von TM/CAM**	1.1. Vermehrte Unterstützung durch Regierungen in Form von umfassenden politischen Strategien 1.2. Relevante Elemente der TM/CAM sind in das Gesundheitssystem integriert
	2. Schutz und Bewahrung von traditionellem Wissen über Gesundheit	2.1. Vermehrte Aufzeichnung und Bewahrung von traditionellem Wissen über Gesundheit, einschließlich der Entwicklung von digitalen Bibliotheken zur TM
Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität fördern, indem die Wissensbasis über TM/CAM erweitert und die regulatorischen und qualitätssichernden Standards geklärt werden	**3. Evidenzbasierte TM/CAM** Erweiterung des Zugangs und des Ausmaßes an Wissen über Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität der TM/CAM, besonders bei Malaria und HIV/AIDS	3.1. Erweiterter Zugang und Wissensangebot an TM/CAM durch Netzwerke und Austausch korrekter Informationen 3.2. Forschungsüberblick über die Verwendung von TM/CAM bei Prävention, Behandlung, Versorgung häufiger Erkrankungen und Zustände 3.3. Gezielte Unterstützung von klinischer Forschung über TM/CAM bei prioritären Gesundheitsproblemen (Malaria, HIV/AIDS) und häufigen Erkrankungen
	4. Regelungen im Bereich der Heilkräuter Etablierung effektiver Regelungen für die Registrierung und Qualitätssicherung von Heilkräutern	4.1. Etablierung und Implementierung länderspezifischer Regelungen zu Heilkräutern und deren Registrierung 4.2. Sicherheitsüberwachung von Heilkräutern und anderer TM/CAM-Produkten und Therapien
	5. Richtlinien zur Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität von TM/CAM-Produkten und Therapien entwickeln und deren Implementierung unterstützen	5.1. Technische Richtlinien und Methodologie zur Evaluation von Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität der TM/CAM 5.2. Kriterien für evidenzbasierte Daten zur Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität der TM/CAM
Zugang Vermehrung der Verfügbarkeit und Leistbarkeit von TM/CAM, besonders bei ärmeren Bevölkerungsgruppen	**6. Anerkennung der Rolle von TM/CAM-Anbieter/innen in der Gesundheitsversorgung** Austausch und Dialog zwischen TM/CAM-Anbieter/innen und Schulmediziner/innen	6.1. Kriterien und Indikatoren zur Messung von Kosten-Nutzen und gerechtem Zugang im Bezug auf TM/CAM 6.2. Vermehrtes Angebot von geeigneter TM/CAM durch das Gesundheitssystem 6.3. Vermehrte Zahl an Organisationen von TM/CAM-Anbietern
	7. Schutz von Heilkräutern Förderung einer nachhaltigen Verwendung und Kultivierung medizinischer Kräuter	7.1. Richtlinien für eine gute Praxis des Anbaus von Heilkräutern 7.2. Nachhaltige Verwendung von Heilkräuter-Ressourcen
Adäquate Anwendung Förderung der therapeutisch richtigen Verwendung von geeigneten TM/CAM durch Anbieter/innen und Konsument/innen	**8. Richtige Anwendung von TM/CAM durch die Anbieter/innen** Vermehrte Unterstützung der Kapazität der Anbieter/innen, die TM/CAM-Produkte und Therapien korrekt einzusetzen	8.1. Grundausbildung über weit verbreiteten TM/CAM-Therapien für Schulmediziner/innen 8.2. Grundausbildung in Schulmedizin (Allgemeinmedizin) für Anbieter/innen der TM/CAM
	9. Richtige Anwendung von TM/CAM durch die Konsument/innen Verstärkte Unterstützung der Konsument/innen, informierte Entscheidungen über TM/CAM-Produkte und Therapien zu treffen	9.1. Zuverlässige Informationen für Konsument/innen über die korrekte Anwendung von TM/CAM-Therapien 9.2. Verbesserte Kommunikation zwischen Schulmediziner/innen und Patient/innen über die Anwendung von TM/CAM

Quelle: http://www.who.int/medicines/library/trm/trm_strat_eng.pdf;
Legende: TM = Traditionelle Medizin; CAM = Komplementär- und Alternativmedizin.

9.7 Geschlechts- und schichtspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen

Ein Beitrag von Dr. Elfriede Urbas, Gesundheitssoziologin, Wien

Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen stehen soziodemografische Unterschiede der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen im ambulanten und stationären Bereich sowie Aspekte der Qualität der Gesundheitsversorgung.

9.7.1 Geschlechts- und schichtspezifische Verteilung der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen

Seit Jahrzehnten wird immer wieder festgestellt, dass Frauen im Vergleich zu Männern häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Als Ursachen dafür werden u. a. gynäkologische Anlässe, geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewertung von Gesundheit und Gesundheitsstörungen, im Gesundheits- und Krankheitsverhalten (z.B. der Compliance) sowie in der Morbidität erwähnt (RKI, 2004). Allerdings steht eine empirische Überprüfung der Wirkung der einzelnen Faktoren und ihrer Wechselwirkungen bisher weitgehend aus.

9.7.1.1 Geschlechts- und Altersunterschiede

Inanspruchnahme von Ärzt/innen und Ambulanzen

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 wiesen von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung Frauen durchschnittlich mehr Ärzt/innenbesuche als Männer auf, dies trifft sowohl für die Besuche bei Ärzt/innen für Allgemeinmedizin, für Internist/innen, sonstige Fachärzt/innen und Zahnbehandler/innen zu, nicht jedoch für den Besuch von Ambulatorien bzw. Ambulanzen. Bei den Frauen ist des Weiteren die Inanspruchnahme von Frauenärzt/innen zu erwähnen.

Weniger deutlich sind die Geschlechtsunterschiede beim Anteil jener, die zumindest einmal im Jahr vor der Befragung bei den verschiedenen Ärzt/innen waren. Vor allem bei der Inanspruchnahme von Internist/innen und sonstigen Fachärzt/innen sind die Unterschiede nur minimal. Allerdings ist zu beachten, dass 63,3 Prozent der Frauen ab 15 Jahren im Jahr vor der Befragung mindestens einmal bei einer Frauenärzt/in waren. Auch hier zeigt sich, dass Frauen seltener als Männer eine Ambulanz bzw. ein Ambulatorium aufsuchen. Die im Vergleich zur durchschnittlichen Zahl der Arztkontakte vergleichsweise geringen Geschlechtsunterschiede im Anteil jener, die zumindest einmal bei dem/der jeweiligen Ärzt/in waren, lassen sich unter Umständen damit erklären, dass, wie detaillierte Analysen von Ärzt/innenkontakten in Deutschland zeigen, die Zahl der Ärzt/innenbesuche stark von wenigen Personen mit vielen Kontakten beeinflusst wird (RKI, 2004, S.45).

Tabelle 9-9. Inanspruchnahme von Ärzt/innen und Ambulanzen nach Geschlecht (1999)

(im Jahr vor der Befragung; Personen in Privathaushalten)

Fachrichtung	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	mindestens ein Besuch Prozent		durchschnittliche Zahl der Besuche	
Ärzt/innen für Allgemeinmedizin	76,6	73,8	3,86	3,20
Fachärzt/innen:				
Kinderärzt/innen (bis 14 Jahre)	42,4	42,9	1,41	1,57
Frauenärzt/innen (ab 15 Jahre)	63,3	-	1,02	-
Internist/innen	22,0	21,0	0,60	0,57
sonstige Fachärzt/innen	43,1	42,2	1,30	1,18
Zahnbehandler/innen (Dentist/innen, Zahnambulatorium)	63,1	60,9	1,39	1,31
Ambulatorium, Ambulanz	16,7	17,3	0,40	0,42

Quelle: Mikrozensus 1999, Statistik Austria 2002, S. 50.

Die im Alter auftretenden gesundheitlichen Einschränkungen führen zu vermehrter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Vor allem die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Ärzt/innen für Allgemeinmedizin nimmt bei Frauen (und Männern) mit dem Alter stark zu. Deutlichere Geschlechtsunterschiede finden sich erst mit zunehmendem Alter.

Zu beobachten ist, dass die Inanspruchnahme von Internist/innen, in abgeschwächter Form auch von sonstigen Fachärzt/innen, bei Frauen (und Männern) mit zunehmendem Alter zwar zunächst der Tendenz nach zunimmt, im höheren Alter aber wieder rückläufig ist. Auch Besuche bei Frauenärzt/innen nehmen mit zunehmendem Alter ab. Gleichzeitig fällt auf, dass im Alter Internist/innen und sonstige Fachärzt/innen von Frauen seltener als von Männern in Anspruch genommen werden. Dies deutet darauf hin, dass bei Frauen im Alter neben quantitativen auch qualitative Aspekte in der Gesundheitsversorgung eine Rolle spielen.

Tabelle 9-10. Inanspruchnahme von Ärzt/innen und Abmulanzen nach Geschlecht und Alter (1999)
(im Jahr vor der Befragung; Personen in Privathaushalten; durchschnittliche Zahl)

Alter (Jahre)	Ärzt/in für Allgemeinmedizin		Internist/in		Frauen-ärzt/in	sonstige Fach-ärzt/innen		Ambulatorium, Ambulanz	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0-14	2,37	2,33	0,50	0,46	-	1,13	1,03	0,27	0,30
15-24	2,49	2,41	0,53	0,46	1,06	1,13	0,92	0,29	0,38
25-34	2,78	2,34	0,47	0,46	1,44	1,17	1,11	0,40	0,32
35-44	3,05	2,68	0,55	0,49	1,10	1,27	1,15	0,37	0,43
45-54	3,92	3,33	0,67	0,62	0,98	1,37	1,28	0,47	0,53
55-64	4,76	4,44	0,74	0,71	0,87	1,47	1,36	0,47	0,57
65-74	6,51	5,46	0,75	0,83	0,70	1,47	1,45	0,60	0,57
75-84	7,32	6,75	0,82	1,03	0,66	1,70	1,75	0,49	0,42
85+	8,64	7,96	0,75	0,89	0,67	1,54	1,55	0,38	0,58

Quelle: Mikrozensus September 1999; Statistik Austria (2002), S.121 ff.

Möglicherweise wirkt sich hier u. a. auch die Tatsache aus, dass Fachärzt/innen nur selten Hausbesuche machen, ältere Menschen (insbesondere Frauen) aufgrund von Multimorbidität und Mobilitäts- bzw. Bewegungseinschränkungen oft nicht in der Lage sind, eine/n Fachärzt/in aufzusuchen. Zu untersuchen wäre in diesem Zusammenhang, inwieweit die Art, wie ältere Frauen ihre gesundheitlichen Probleme und Beschwerden darstellen, und das Überweisungsverhalten der Ärzt/innen für Allgemeinmedizin dabei eine Rolle spielen.

Psychologische bzw. psychotherapeutische Hilfe wird in Österreich insgesamt nur selten in Anspruch genommen, von Frauen jedoch häufiger als von Männern. Nach den Ergebnissen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 haben (bezogen auf drei Monate) 2,8 Prozent der Wienerinnen und 1,7 Prozent der Wiener solche Hilfe in Anspruch genommen, und zwar am häufigsten Frauen (und Männer) im jüngeren und mittleren Alter.

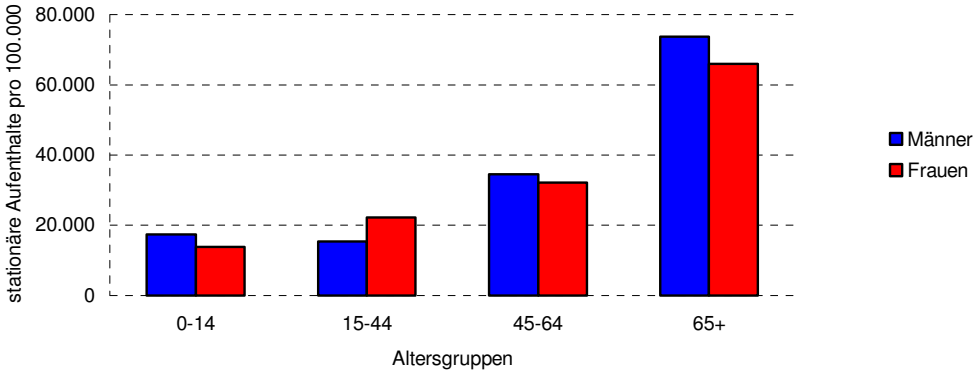
Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

In der Forschung wird u. a. auf eine vermehrte Teilnahme von Frauen an Vorsorgemaßnahmen, wie z.B. an Krebsfrüherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen hingewiesen. Allerdings spielen hier gynäkologische Anlässe eine nicht unerhebliche Rolle. Besuche bei dem/der Frauenärzt/in dienen überwiegend, d.h. zu 92 Prozent der Kontrolle (Statistik Austria, 2002; S.140). Nach Angaben des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger waren im Jahr 2000 460.363 Frauen und 302.860 Männer bei der Vorsorgeuntersuchung, das sind von den über 19-Jährigen 14,1 Prozent der Frauen und 10,1 Prozent der Männer (diese Werte enthalten auch die gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen) (vgl. dazu Gesundheitsbericht für Wien 2002, S.136). Die Basisuntersuchungen wurden von 350.612 Frauen und 302.860 Männer in Anspruch genommen, das sind von den über 19-Jährigen 10,7 Prozent der Frauen und 10,1 Prozent der Männer.

Stationäre Aufenthalte

Im Jahr 2001 wurden für die Wohnbevölkerung Österreichs 1,287.400 stationäre Aufenthalte von Frauen und 1,058.377 von Männern verzeichnet. Das sind pro 100.000 31.069 Aufenthalte von Frauen und 27.213 von Männern.[64] Dieser Geschlechtsunterschied ist zum überwiegenden Teil auf Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen. Ohne diese Diagnosen verringert sich die Rate der stationären Aufenthalte der Frauen auf 28.203 Aufenthalte pro 100.000. Die Aufschlüsselung der in Österreich stationär behandelten Patient/innen nach Altersgruppen zeigt, dass die Rate der stationären Aufenthalte (pro 100.000 der jeweiligen Bevölkerung) lediglich in der Altersgruppe zwischen 15- bis 44-Jahren bei Frauen höher als bei Männern ist. Bei Kindern (bis 14 Jahren) und in den Altersgruppen ab 45 Jahren liegt die Rate der stationären Aufenthalte von Frauen unter jener der Männer. Besonders deutlich wird dies bei Frauen ab 65 Jahren. Aufgrund des höheren Frauenanteils unter den Älteren befinden sich jedoch in Absolutzahlen mehr ältere Frauen als Männer in den Krankenanstalten.

Abbildung 9-6. Stationäre Aufenthalte nach Geschlecht und Altersgruppen (2001), pro 100.000



Quelle: Statistik Austria, 2004; eigene Berechnungen

9.7.1.2 Soziale Schicht und Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten

Die soziale Schichtzughörigkeit beeinflusst nicht nur die Möglichkeiten der gesunden Lebensführung, die Möglichkeiten im Umgang mit Krankheit und Behinderung, sondern wirkt sich auch auf die Fähigkeiten zur Kommunikation mit den im Gesundheitsbereich Tätigen und die Verhaltensmuster bei der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen aus (ÖBIG, 2002; Mielck, 1994). Viele der Variablen der Sozialstruktur können sich vermittelt durch Stress, den die situationsspezifischen Belastungen auslösen, auf die Gesundheit und damit auf die Inanspruchnahme auswirken.

Ein wichtiges Merkmal der sozialen Schichtzugehörigkeit, das stark mit dem Sozialstatus-Indikator *Beruf* (weniger jedoch mit dem Einkommen), korreliert ist die Bildung (ÖBIG, 2002, S.14). Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 suchen niedrig gebildete Frauen (und Männer) häufiger Allgemeinärzt/innen auf als jene mit höherer Bildung. Hierbei ist zu bedenken, dass ältere Personen gegenwärtig im Durchschnitt niedrigeres Bildungsniveau haben als jüngere und in höherem Alter Ärzt/innenbesuche häufiger werden. Während von der Bevölkerung ab dreißig Jahren Frauen mit Pflichtschulbildung im Jahr vor der Befragung durchschnittlich 5,67 Mal eine Allgemeinmediziner/in konsultiert haben, suchten Absolventinnen einer allgemein bildenden höheren Schule durchschnittlich 3,67 Mal, Akademikerinnen lediglich 3,01 Mal eine Allgemeinmedizinerin auf. Auch Ambulatorien bzw. Ambulanzen werden von Frauen (und Männern) mit niedriger Bildung häufiger in Anspruch genommen als von den höheren Bildungsschichten. Im Gegensatz dazu sind

[64] Auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist bei Frauen höher (Frauen 9,0 Tage, Männer 8,4 Tage). Bei der Spitalsentlassungsstatistik handelt es sich um eine fallbezogene Statistik, d.h. Mehrfachaufenthalte werden mehrfach gezählt.

Besuche bei Frauen- und Zahnärzt/innen unter höher gebildeten Frauen häufiger als unter jenen mit niedriger Bildung. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Psychotherapeut/innen bzw. Psycholog/innen, wie sich aufgrund des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 für Wien zeigt. Die Bildungsunterschiede in der Konsultation von Internist/innen und sonstigen Fachärzt/innen sind dagegen weniger homogen, am häufigsten sind solche Konsultationen bei Frauen (und Männern) in mittleren Bildungsgruppen.

Tabelle 9-11. Inanspruchnahmen von Ärzt/innen nach Geschlecht und Bildung (1999)
(Personen in Privathaushalten ab 30 Jahre*)

Fachrichtung	Pflicht-schule	Lehre	Berufs-bildende mittlere Schule	Allgemein-bildende höhere Schule	Berufsbil-dende höhere Schule	Hoch-schule, Universität
	durchschnittliche Zahl der Konsultationen					
Frauen						
Ärzt/in für Allgemeinmedizin	5,67	4,08	3,82	3,67	3,08	3,01
Fachärzt/innen:						
Frauenärzt/in	0,79	1,05	1,09	1,15	1,18	1,14
Internist/in	0,67	0,61	0,71	0,67	0,66	0,55
Sonstige/r Fachärzt/in	1,38	1,31	1,34	1,48	1,43	1,12
Zahnbehandler/in (inkl. Dentist/in, Zahnambulatorium)	1,16	1,40	1,57	1,49	1,74	1,46
Ambulatorium, Ambulanz	0,58	0,50	0,41	0,41	0,36	0,38
Männer						
Ärzt/in für Allgemeinmedizin	4,79	3,69	3,43	2,99	3,09	2,74
Fachärzt/innen:						
Internist/in	0,59	0,62	0,64	0,72	0,63	0,68
sonstige Fachärzt/in	1,30	1,30	1,22	1,36	1,34	1,21
Zahnbehandler/in (inkl. Dentist/in, Zahnambulatorium)	1,06	1,29	1,32	1,33	1,40	1,44
Ambulatorium, Ambulanz	0,58	0,50	0,41	0,41	0,36	0,38

* Um von abgeschlossener Ausbildung ausgehen zu können, wurden lediglich Frauen ab 30 Jahren in die Analyse einbezogen. Quelle: Mikrozensus 1999; Statistik Austria 2002

Mielck (2002) zieht zur Erklärung der auch in anderen Ländern zu beobachtenden sozialen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zwei Hypothesen in Erwägung: (1) Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status suchen bei gesundheitlichen Problemen zuerst eine Ärzt/in für Allgemeinmedizin auf; (2) sie werden bei gesundheitlichen Problemen seltener zu einem/einer Fachärzt/in überwiesen.

Eine Analyse von Daten der Hauptversicherten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse verweist darauf, dass Menschen mit geringerem Einkommen, die von der Rezeptgebühr befreit sind, unabhängig von ihrem Alter und Geschlecht mehr gesundheitliche Probleme haben und daher Leistungen des Gesundheitssystems häufiger in Anspruch nehmen als rezeptgebührpflichtige Oberösterreicher/innen. Es zeigte sich, dass sozial schwache Personen, zumindest bis zum siebzigsten Lebensjahr, kaum auf Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem stoßen. So konsultieren rezeptgebührbefreite Hauptversicherte häufiger niedergelassene Ärzt/innen als nicht rezeptgebührbefreite. Bei 44 Prozent der Personen mit Rezeptgebührbefreiung lag eine medizinische Indikation für die Befreiung vor. Ab dem siebzigsten Lebensjahr verringert sich jedoch die Ärzt/innenbesuchshäufigkeit von sozial schwachen Personen gegenüber Rezeptgebührpflichtigen wieder. Zudem zeigt sich, dass ältere, sozial schwache Personen weitaus seltener Fachärzte aufsuchen als die Vergleichsgruppe. Am stärksten ist der Unterschied (unter Außerachtlassung des Geschlechts) in der Altersgruppe der Achtzig- bis Neunzigjährigen. Abgesehen von der Tatsache, dass sozial schlechter gestellte Personen nicht nur um zwanzig Prozent seltener Fachärzte aufsuchen als vergleichbare rezeptgebührpflichtige Personen, bekommen sie auch durchschnittlich billigere Arzneimittel verordnet und nehmen Vorsorgeuntersuchungen in einem etwas geringeren Ausmaß in Anspruch. Trotzdem verursachen (nach den Berechnungen für Oberösterreich) von der Rezeptgebühr befreite Personen insgesamt gesehen mehr Ausgaben für die Sozialversicherung als Personen ohne Befreiung (ÖBIG, 2002f; S. IV).

9.8 Frauen und Qualität von Gesundheitseinrichtungen

In den vergangenen Jahren sind vermehrt Maßnahmen der Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich gesetzt worden. Qualitätssicherung ist 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, Patient/innenrechte, Patient/innenorientierung, *informed consent* und *shared decision making* gelten als Leitlinien frauenspezifischer Aktivitäten.

Überblick: Empfehlungen, Richtlinien, Leitlinien, Qualitätskriterien, die im vorliegenden Bericht enthalten sind	enthalten in Kapitel
Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen	1.2.1
WHO Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten	1.2.1
Umsetzung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen	1.4.2
Europäische Leitlinien zum qualitätsgesicherten Mammographie-Screening	2.4.1
Kriterien der Qualitätszertifizierung von Brustzentren	2.4.1
WHO- und EU-Empfehlungen zur psychischen Gesundheit	3.3.1
Frauen, Gender Mainstreaming und Sport (EU-Parlament)	3.3.3.2
Richtlinien der psychosozialen Beratung zur Pränataldiagnostik	3.4.7.
Kriterien für Mother Friendly / Baby Friendly Hospitals	3.5.1
Bremer Erklärung *wechseljahre multidisziplinär*	3.6.1
Nationale und internationale Empfehlungen zum Stillen	3.5.3.3.
Konsensusempfehlungen zur Hormonersatztherapie (BMGF, OEGGG)	3.6.1
Handlungsvorschläge für den Bereich der stationären Altenhilfe	3.7.6.4
Zehn-Punkte-Programm gegen Gewalt an Frauen, Verein Autonome Frauenhäuser	4.5
Die zwölf Sonneberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Versorgung von Migrant/innen	5.3.3
Maßnahmenkatalog Frauen mit Behinderung	6.1.8
Handlungsleitende Grundprinzipien frauengerechter Angebote in der stationären Psychiatrie	6.2.1
All Around Women – Empfehlungen: Forschungsbedarf zu Frauen und HIV/AIDS	6.4.1
EU-Richtline zu Präventionsstrategien bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz	7.3.1
Handlungsfelder einer geschlechtersensiblen betrieblichen Gesundheitsförderung	7.3.2
Schlussfolgerungen zur Situation von arbeitslosen Frauen	7.4.5
Pflegepersonalmangel – Strategien gegen den *Pflegenotstand*	7.5.2, 7.5.3
Maßnahmen zur Erleichterung der Situation pflegender Angehöriger	7.6.2.5
Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung	9.1.1
Perspektiven und Handlungsoptionen im Bereich der Selbsthilfe	9.5.3.3.
WHO-Strategie zur Komplementär- und Alternativmedizin	9.6.6
Forderungen zur klinischen Prüfung von Medikamenten	9.8.6
Geschlecht als Kriterium der Projektvergabe im Bereich der Gesundheitsförderung	10.4.1
Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens	10.4.5

9.8.1 Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen - Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)

Ein Beitrag von Dr. Ursula Fronaschütz, BMGF, Abteilung IV/5, Qualitätssicherung und Gesundheitsmanagement

Die Gesundheitsreform 2005 markiert nunmehr den jüngsten und wohl bedeutendsten Schritt zum Thema Qualität durch die Schaffung eines **Gesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen**. Dieses wurde im BGBl. I Nr. 179/2004 kundgemacht und ist seit 1.1.2005 in Geltung. Der Bund hat damit eine rechtliche Klammer geschaffen, welche es erlaubt, die Vielzahl der in den letzten Jahren in Angriff genommenen Qualitätsthemen strukturiert weiter zu entwickeln und damit eine gezielte Qualitätsstrategie zu verfolgen.

Die Grundprinzipien dieses Gesetzes sind Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effizienz, Effektivität sowie Patientinnen- und Patientensicherheit. Mit dem Gesetz wurde nunmehr die Möglichkeit geschaffen, bundeseinheitliche Vorgaben, die alle Bereiche des Gesundheitswesens umfassen, zu entwickeln und umzusetzen. Das Gesetz betrifft alle Sektoren, das sind z.B. öffentliche und private Spitäler und Ambulatorien, Ärztinnen und Ärzte sowie alle anderen Gesundheitsberufe, wie z. B. medizinisch technische Dienste, Hebammen und Pflegepersonal, kurz alle Gesundheitsdienstleister.

In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass die Entwicklung bundesweiter Vorgaben gemeinsam mit allen Betroffenen im Gesundheitswesen erfolgen soll. Dem Bund kommt dabei insbesondere eine Koordinierungs- und Abstimmungsfunktion zu.

Die inhaltlichen Kernpunkte des genannten Gesetzes beziehen sich auf Vorgaben für die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und der damit in Zusammenhang stehenden Standardentwicklung zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Diese drei Begriffe werden als Dimensionen der Qualitätsarbeit und eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems verstanden. Unter Strukturen sind z.B. die Ausstattung einer Gesundheitseinrichtung und die Qualifikation des Gesundheitspersonals zu verstehen. Bei den Prozessen wird es Rahmenvorgaben geben, wie eine Leistung erbracht werden soll, selbstverständlich ohne in die Fachkompetenzen des medizinisch/pflegerischen Personals einzugreifen oder die individuelle Behandlung eines/r Patient/in einzuschränken. Die Ergebnisse sind ein in Österreich bislang wenig bearbeiteter Bereich, zu dem noch intensive Entwicklungs- und Aufklärungsarbeit geleistet werden muss.

Im neuen Gesetz ist darüber hinaus festgehalten, dass eine regelmäßige Qualitätsberichterstattung aufgebaut wird, in deren Rahmen bundeseinheitlich über alle Bereiche und alle Berufe berichtet wird. Mit diesem Instrument soll einerseits Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit sichergestellt, gleichzeitig aber auch eine Methode zur systematischen Verbesserung der Qualitätsarbeit eingeführt werden. Da Verbesserung nicht allein durch Freiwilligkeit oder durch Zwang erreicht wird, war es wesentlich, im Gesetz festzuhalten, dass Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur Verbesserung und Sicherung der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen geschaffen werden.

Um alle zukünftig anfallenden Arbeiten auch bewerkstelligen zu können, wird ein Qualitätsinstitut aufgebaut werden, das die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen in der Bewältigung der durch das Gesetz entstehenden Aufgaben unterstützen soll.

Die Verordnungen, die auf Basis dieses Gesetzes erlassen werden, gelten zukünftig für alle Gesundheitsdienstleister und können bei Nichteinhaltung auch sanktioniert werden.

Zusammenfassend darf festgehalten werden, dass das *Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen* aus Sicht des Bundes einen innovativen Ansatz darstellt, ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem weiter zu entwickeln sowie die Qualität der Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten laufend zu verbessern und zu sichern. Dieser Ansatz entspricht auch den internationalen Entwicklungen auf diesem Gebiet.

9.8.2 Zufriedenheit mit der Qualität und Frauenfreundlichkeit ambulanter und stationärer Dienste

Ein Beitrag von Dr. Elfriede Urbas, Gesundheitssoziologin, Wien

Einer Umfrage zufolge ist die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung ein wichtiges Anliegen der österreichischen Bevölkerung, insbesondere Frauen messen diesem gesundheitspolitischen Ziel große Bedeutung zu: Für 41,5 Prozent der Frauen und 32,8 Prozent der Männer ist die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung gleich wichtig wie die Ziele der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und der gerechten finanziellen Beiträge (Statistik Austria 2002a).

Erfasst wurde im Rahmen der eben zitierten Untersuchung, die im Auftrag der WHO durchgeführt wurde, u. a. auch die Zufriedenheit mit verschiedenen Qualitätsmerkmalen der ambulanten und stationären Versorgung. Und zwar wurden jene Personen, die im Jahr vor Befragung Gesundheitsdienste in Anspruch genommen hatten, nach der Zufriedenheit mit verschiedenen Qualitätsmerkmalen, die sich am ehesten mit dem Begriff Patient/innenorientierung umschreiben lassen, gefragt.

Im Bereich der **ambulanten Gesundheitsversorgung** beträgt der Anteil der Zufriedenen (*gut* und *sehr gut*) bei den Frauen zwischen 85 und 96 Prozent, bei den Männern zwischen 88 und 97 Prozent. Am positivsten wird von Frauen (und Männern) der vertrauliche Umgang des Gesundheitspersonals mit persönlicher Information bewertet, gefolgt von würdevoller Behandlung, am negativsten beurteilen Frauen (wie Männer) die Qualität der räumlichen Gegebenheiten. Frauen und Männer unterscheiden sich in ihren Urteilen über die Qualität der ambulanten Versorgung insgesamt nur wenig. Frauen sind häufiger als Männer mit der Einbindung in Entscheidungen zufrieden, in der Beurteilung der Qualität der räumlichen Gegebenheiten zeichnet sich bei Frauen eine im Vergleich zu den Männern stärkere Polarisierung ab.

Insgesamt wird die Qualität der **stationären Versorgung** von Frauen (und Männern) mit wenigen Ausnahmen etwas besser als jene der ambulanten beurteilt. Am meisten zufrieden sind Frauen und Männer mit der Ermöglichung sozialer Kontakte bzw. von Gepflogenheiten während des stationären Aufenthalts, gefolgt von der würdevollen Behandlung. Am negativsten wird von Frauen (und Männern) die Qualität der räumlichen Gegebenheiten beurteilt sowie die Einbindung in Entscheidungen. Nahezu jede achte Frau (aber nur jeder zwölfte Mann) ist damit nur mittelmäßig bis sehr unzufrieden. Auch finden sich in der Beurteilung der stationären Versorgung deutlichere Unterschiede zwischen den Geschlechtern. So sind Frauen mit der Art, wie ihnen Dinge erklärt wurden (Verständigung des Gesundheitspersonals), mit der Einbindung in Entscheidungen, der vertraulichen Behandlung von Information seitens des Gesundheitspersonals im Vergleich zu den Männern weniger zufrieden. Auch die Qualität der räumlichen Gegebenheiten wird von Frauen negativer beurteilt.

Tabelle 9-12. Beurteilung der Qualität ambulanter und stationärer Versorgung (2000)

(Personen mit Inanspruchnahme des jeweiligen Dienstes; Prozent)

Qualitätsmerkmale	F	M	Fr	M
	sehr gut (%)		mittelmäßig bis sehr schlecht (%)	
ambulante Versorgung				
rasche Beachtung	41,9	43,7	7,1	6,8
würdevolle Behandlung	58,7	59,5	3,5	3,6
Verständigung des Gesundheitspersonals	46,2	47,6	6,2	9,5
Einbindung in Entscheidungen wie gewünscht	48,7	43,0	11,5	13,1
vertrauliche Behandlung von Information durch Gesundheitspersonal	65,2	62,7	4,5	3,3
Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Dienstes, Ärzt/in nach Wahl	56,8	53,8	8,6	6,0
Qualität der räumlichen Gegebenheiten (Platzangebot, frische Luft etc.)	25,1	20,7	15,4	11,9
Reinlichkeit der Einrichtung	56,7	57,5	4,0	3,0
stationäre Versorgung				
rasche Beachtung	64,6	64,4	4,9	1,2
würdevolle Behandlung	64,9	69,5	4,9	4,6
Verständigung des Gesundheitspersonals	48,8	64,6	8,2	6,8
Einbindung in Entscheidungen wie gewünscht	47,3	57,3	13,2	8,5
vertrauliche Behandlung von Information durch Gesundheitspersonal	60,4	65,1	7,9	1,1
Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Krankenhauses eigener Wahl	61,6	59,5	7,2	9,5
Qualität der räumlichen Gegebenheiten (Platzangebot, frische Luft etc.)	45,2	52,8	6,8	5,5
Erlaubnis zu sozialen Kontakten/Gepflogenheiten	83,2	83,0	0,4	2,1

Quelle: WHO-Gesundheitssurvey, 2000; Statistik Austria, 2002a

Benachteiligung durch Gesundheitsdienste

Im Rahmen der eben zitierten WHO-Studie wurden die stationär behandelten Patient/innen gefragt, ob sie aus verschiedenen Gründen schlecht behandelt wurden. Knapp ein Prozent der Frauen (und 3,8 Prozent der Männer) berichteten, aufgrund ihres Geschlechts schlecht behandelt worden zu sein. Am häufigsten werden von Frauen das Nicht-Vorhandensein einer Privatversicherung (6,8 Prozent) und der Gesundheitszustand (6,5 Prozent) als Grund für den schlechten Umgang mit ihnen genannt. Von den Männern werden am häufigsten die soziale Schichtzugehörigkeit (7,6 Prozent) und die Sprache (7,0 Prozent) als Grund dafür angegeben. Ältere Frauen (65 und mehr Jahre) gaben häufiger als jüngere (und auch häufiger als Männer) an, aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit, ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrer Hautfarbe, ihres Gesundheitszustandes, ihrer politischen und sonstigen Überzeugungen *schlecht behandelt* worden zu sein, was bei älteren Männern nur in Ausnahmefällen bzw. gar nicht der Fall ist; jede neunte Frau ab 65 Jahren nannte solche Gründe.

9.8.3 Qualitätssicherung im Krankenhaus

Ein Beitrag von OA DDr. Inga Findl, IV. Medizinische Abteilung, Hanusch-Krankenhaus, Wien

9.8.3.1 Qualitätssicherung an gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen

Integration im Krankenhaus: Migrantinnen an einer gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung

Ausländische Patientinnen besser zu integrieren war das Ziel eines Projektes, dass von 2002 bis 2003 an der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Hanusch-Krankenhaus Wien durchgeführt worden ist (Eichbauer et al., 2004). Das Team sollte im Rahmen dieses Projekts die Wünsche und Erwartungen der Patientinnen besser kennen lernen und ihren sozialen und kulturellen Hintergrund stärker berücksichtigen.

Die Frauen aus Ex-Jugoslawien sind mit 15,2 Prozent die größte Migrantinnen-Gruppe, die Türkinnen mit 11,9 Prozent die zweitgrößte. Die Unterschiede zwischen Herkunftskultur und österreichischer Kultur sind bei den ersteren geringer, ihre Deutschkenntnisse sind besser, daher wurden die Türkinnen wegen der größeren Unterschiede als Untersuchungsgruppe ausgewählt. Türkinnen und Österreicherinnen erhielten muttersprachliche

Fragebögen, es konnten insgesamt 100 Türkinnen im ambulanten Bereich (Durchschnittsalter 29,6 Jahre) und 92 im stationären Bereich (Durchschnittsalter 27,2 Jahre) befragt werden. 117 ambulant und 61 stationär behandelte Österreicherinnen wurden befragt.

Bei der Mitarbeiter/innenbefragung konnten acht Ärztinnen und vierzig Schwestern erreicht werden. Der Anteil der türkischen Patientinnen wurde vom Team überschätzt und zwar um das zwei- bis dreifache des tatsächlichen Werts. Die Mitarbeiter/innen bevorzugten das Integrationsmodell gegenüber dem Segregationsmodell, das heißt eine interkulturelle Ausrichtung der Abteilung mit Schulung des Personals wird gefordert. Als Hauptproblem werden Kommunikationsschwierigkeiten wegen mangelnder Deutschkenntnisse der türkischen Patientinnen genannt. Kulturelle und religiöse Besonderheiten fallen dagegen weniger ins Gewicht.

Die Ergebnisse der Patientinnenbefragung:

- Die Abteilung wird sehr positiv bewertet, 98 Prozent der Österreicherinnen und 92 Prozent der Türkinnen würden sie weiterempfehlen.
- Die Pflege und medizinische Behandlung wird von beiden Gruppen sehr positiv beurteilt.
- Die Sprachbarriere wird von 82 Prozent der ambulanten und 52 Prozent der stationären türkischen Patientinnen als zentrales Problem gesehen, sie wünschen sich türkisch sprechendes Personal oder wenigstens Dolmetscher.
- Zwei Drittel der Türkinnen wollen nur von Frauen untersucht, behandelt und gepflegt werden.

Als Ergebnis des Projekts wurde ein Maßnahmenkatalog formuliert, der an die Kollegiale Führung des Hauses gerichtet wurde.

Schnittstellen-Projekt

Das Schnittstellen-Projekt hat das Ziel, konkrete Qualitätsverbesserungen in der Krankenbetreuung umzusetzen und zwar in der Patient/innenorientierung und in der Zusammenarbeit der professionellen Betreuer/innen (LBIMGS, 2004). Durch effizienteren Einsatz von Mitteln sollen diese Qualitätsverbesserungen kostenneutral erreicht werden.

Mit einer Machbarkeitsstudie haben der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Gemeinde Wien den Grundstein für das Modellprojekt *Patient/innenorientierte integrierte Krankenbetreuung* gelegt. Dieses Projekt zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Patient/innen wird seit Sommer 2002 in der Region Wien West (14., 16., 17. Bezirk) im Umfeld der Krankenhäuser Wilhelminenspital, Hanusch-Krankenhaus und Göttlicher Heiland durchgeführt. Es werden alle relevanten Partner/innen im intra- und extramuralen Bereich einbezogen.
In der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses Göttlicher Heiland werden im Rahmen dieses Projekts folgende Maßnahmen umgesetzt:

- Patient/innen-Merkblätter über Aufnahmemodalitäten werden bei geplanten Aufnahmen übergeben und enthalten Informationen über Termin, Ort der Aufnahme, über Verhalten vor der Aufnahme, über Befunde, Ausweise und Toiletteartikel, die die Patientinnen mitbringen sollen usw.;
- Aufnahmegespräch durch eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester;
- Entlassungsgespräch im Rahmen der Abschlussuntersuchung durch den/die Ärzt/in; eine Mappe mit Entlassungsdokumenten, unter anderem der integrierte ärztlich-pflegerische Entlassungsbrief, wird durch die betreuende diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester übergeben; das Entlassungsgespräch bietet auch die Möglichkeit zu ausführlichen Fragen.

9.8.3.2 Qualitätssicherungsprojekte an Abteilungen mit internistischen oder geriatrischen Patient/innen

Das Verhältnis von Frauen zu Männern beträgt bei den Patient/innen an internistischen oder geriatrischen Abteilungen wegen der höheren Lebenserwartung von Frauen 3:1; die Ergebnisse der nachfolgend beschriebenen Projekte beziehen sich also vorwiegend auf Frauen.

Rehabilitation geriatrischer Patient/innen

Welche medizinischen und sozialen Faktoren sind dafür verantwortlich, ob alte Menschen nach ihrer Krankenhausentlassung in ihrer gewohnten Umgebung weiterleben können oder ob sie in stationäre Langzeiteinrichtungen überstellt werden müssen? Wie bewältigen diejenigen Patient/innen, die in die eigene Wohnung zurückkehren, ihren Alltag? Welche Serviceleistungen nehmen sie dafür in Anspruch? Diesen Fragen ging eine Panelstudie zwischen 1984 und 1986 in einem Wiener Krankenhaus nach, wobei 198 Patient/innen im Alter von über 65 Jahren kurz vor ihrer Entlassung interviewt wurden, ein Jahr später konnten 126 dieser Patient/innen ambulant ein weiteres Mal befragt werden (Findl et al., 1992). Bei den Befragten überwiegen die Frauen (73 Prozent), insgesamt leben zwei Drittel der Patient/innen allein, von den Frauen sogar achtzig Prozent, hingegen leben nur 35 Prozent der Männer allein. Mehr als die Hälfte der Befragten hat nur die Pflichtschule besucht, darunter vor allem weibliche Patient/innen.

In fast allen Interviews kam zum Ausdruck, dass das Pflegeheim oder *die Versorgung* die am wenigsten gewünschte Lebensform ist. Vor dem Krankenhausaufenthalt lebte die Mehrzahl der Interviewten - 93 Prozent - in der eigenen Wohnung, 88 Prozent konnten wieder dorthin zurückkehren und lebten auch nach einem Jahr noch dort, vier Prozent (nur weibliche Patienten) zogen ins Pflegeheim, der Rest ins Pensionistenheim oder zu Angehörigen.

Welche Faktoren waren für eine Veränderung der Wohn- und Lebensform ausschlaggebend? Eine multivariate Regressionsanalyse zeigte, dass vor allem der cerebrale Zustand und die funktionale Mobilität signifikante Prädiktoren für das Ausmaß der Selbstversorgungsfähigkeit sind. Von den demografischen Faktoren hatte nur der Familienstand (Alleinlebende) noch größeren Einfluss; wie oben gesagt, betrifft dies vor allem Frauen. Interessant ist auch, dass Patient/innen mit höherer Schulbildung und jene, die in guten finanziellen Verhältnissen lebten, gar nicht ins Pflegeheim kamen, sondern - falls eine Institutionalisierung unausweichlich war – ins Pensionistenheim. Die Pflegeheimeinweisungen betrafen zu neunzig Prozent Mindestrentner/innen.

Nach der Krankenhausentlassung wurde von den Patient/innen nur der Heimhilfedienst in größerem Ausmaß beansprucht: insgesamt von jedem/jeder dritten Patient/in. Von den kinderlosen Alleinlebenden benötigte sogar jeder/jeder zweite den Heimhilfedienst. Alleinlebende mit reduzierter funktionaler Mobilität konnten nur Dank des Heimhilfedienstes in der eigenen Wohnung verbleiben.

Rehabilitation von Schlaganfallpatient/innen

In welchem Ausmaß sich die Pflegebedürftigkeit von Schlaganfallpatient/innen reduzieren und ihre Selbständigkeit steigern lässt, wurde an 44 Patient/innen (zwei Drittel davon waren Frauen) mit cerebralem Insult demonstriert, die im Zeitraum 1986 bis 1988 an einer internistischen Abteilung in Wien stationär aufgenommen worden waren (Koller et al., 1992). Die medizinischen und sozialen Parameter wurden den Krankengeschichten und Entlassungsbriefen entnommen. Die funktionale Mobilität verbesserte sich durch die medikamentöse Therapie und die intensive physio- und ergotherapeutische Behandlung signifikant. Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren fast zwei Fünftel der Patient/innen pflegebedürftig, am Entlassungstag waren es nur noch drei Prozent. Der Anteil der Selbständigen erhöhte sich von zehn auf 28 Prozent. Schlechter rehabilitierbar waren Patient/innen, die älter als 75 Jahre alt waren, die nicht innerhalb von sieben Tagen nach dem Insult rehabilitiert wurden und Patient/innen mit Re-Insult. Ein wesentliches Ziel der therapeutischen Bemühungen ist die Rückkehr der Patient/innen in ihre Wohnung, das konnte bei 85 Prozent erreicht werden.

Rehabilitation und soziale Reintegration von Parkinsonpatient/innen

Ziel eines Qualitätssicherungsprojekts an einer geriatrischen Abteilung in Wien war die Bestimmung von Faktoren, die eine Reintegration nach Hause von Patient/innen mit Morbus Parkinson verhindern oder begünstigen (Findl et al., 1993).

Daten von 136 Patient/innen (53 Frauen und 20 Männer) mit Morbus Parkinson wurden zwischen 1990 und 1997 analysiert: Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren 15 Prozent der Patient/innen vollständig mobil und selbständig, 58 Prozent eingeschränkt mobil und 27 Prozent pflegebedürftig. Durch medikamentöse Therapie und funktionelle therapeutische Behandlung verbesserte sich die funktionale Mobilität signifikant: Die größten Verbesserungen konnten beim Gehen, der Körperpflege und dem Anziehen erzielt werden. Zum Zeitpunkt der Entlassung waren nur mehr drei Prozent der Patient/innen pflegebedürftig, 33 Prozent waren vollständig selbständig. Dank der intensiven Rehabilitation kehrte der weitaus größte Teil der Patient/innen in die eigene Wohnung zurück (87 Prozent), zwölf Patient/innen mussten ins Pflegeheim ziehen.

Welche Faktoren sind dafür verantwortlich, dass eine Reintegration nach Hause bei diesen Patient/innen nicht stattfindet? Folgende Risikofaktoren für eine Pflegeheimaufnahme wurden ermittelt (mit Hilfe eines statistischen Log-linear-Modells):

- Patient/innen mit reduzierter funktionaler Mobilität in den Basisaktivitäten haben ein höheres Risiko als selbständige Patient/innen.
- Inkontinente Patient/innen haben ein höheres Risiko als nicht inkontinente.
- Alleinlebende (vorwiegend Frauen) haben ein höheres Risiko als Patient/innen mit Partner/innen.

Von diesen drei Risikofaktoren sind zwei medizinisch und therapeutisch beeinflussbar, die funktionale Mobilität und die Inkontinenz. Durch Rehabilitation, Selbständigkeitstraining, Toilettetraining, Blasentraining und Verordnung von Inkontinenz-Hilfsmitteln konnten Defizite kompensiert und damit die Risikofaktoren minimiert werden.

Panel Studie über Medikamenten Compliance

Eine Studie an geriatrischen Patient/innen verfolgte die Ziele: (1) die Risikofaktoren zu erkennen, die zur Medikamenten Noncompliance führen, (2) Risikopatient/innen zu identifizieren, die nicht fähig sind, zu Hause ihre Medikamente selbständig einzunehmen und (3) Strategien zu entwickeln, die zu einer Verbesserung der Compliance der Patient/innen führen (Findl et al., 1997).

In diese Panel-Studie wurden im Jahre 1995 113 stationäre geriatrische Patient/innen (davon 94 Frauen und 19 Männer) einbezogen. Bei der stationären Aufnahme wurden alle Patient/innen nach dem Zufallsprinzip zu einer von zwei Gruppen zugeteilt: Vor der Entlassung erhielten die Patienten der ersten Gruppe eine intensivere und qualitativ andere Medikamentenschulung als die andere Gruppe. Bei einer drei Wochen später erfolgten Kontrolluntersuchung wurde die Medikamentencompliance durch Pill Counting - und falls möglich – Medikamentenspiegel im Blut gemessen. Die Compliance der geschulten Patient/innen war signifikant besser als die der ungeschulten, auch kannten sich die geschulten Patient/innen signifikant besser mit den Medikamenten aus. Durch das geriatrische Assessment konnten Risikopatient/innen identifiziert werden, für diese Patient/innen wurden schon vor der Krankenhausentlassung Angehörige oder ambulante Dienste organisiert, die bei der Medikamenteneinnahme halfen.

Aus dieser Studie konnten eine Reihe von Strategien gefolgert werden, um eine adäquate Compliance sicherzustellen:

- Vereinfachung eines komplexen Medikamentenregimes
- Klare Anweisungen in schriftlicher Form
- Umgangssprachliche Erklärung der Medikamentenwirkung (mündlich und schriftlich)
- Eingehen auf motorisch und visuell bedingte Beschränkungen der Patient/innen in Bezug auf Verpackung und Darreichungsform der Medikamente
- Instruierung von Angehörigen und ambulanten Diensten bei Risikopatient/innen
- Regelmäßige Kontrolle unerwünschter Nebenwirkungen und Interaktionen.

Entwicklung und Standardisierung eines Medikamentenanwendungstests für geriatrische Patient/innen

Nach einer Reihe von negativen Erfahrungen mit der Medikamenteneinnahme bei geriatrischen Patient/innen stellten sich folgende Fragen: Können die geriatrischen Patient/innen zu Hause überhaupt mit den verordneten Medikamenten adäquat umgehen? Erhalten Risikopatient/innen dabei genügend Hilfe und Unterstützung? Schätzen sie selbst und ihre behandelnden Ärzt/innen ihre Fähigkeiten angemessen ein, d.h. entsprechen diese Einschätzungen den Ergebnissen des geriatrischen Assessments? Um diese Fragestellungen zu klären, wurde an einer internistisch-geriatrischen Abteilung von 1997 bis 1998 eine Studie an zweihundert geriatrischen Patient/innen durchgeführt (Findl et al., 2001). Zu diesem Zweck wurde ein Medikamentenanwendungstest entwickelt und standardisiert. Dieser Test sollte alle relevanten kognitiven und funktionalen Fähigkeiten abdecken und in ein geriatrisches Assessment integrierbar sein, das im stationären oder ambulanten Bereich durchgeführt werden kann.

Zweihundert Patient/innen - 159 Frauen und 41 Männer - mit einem Durchschnittsalter von 79 Jahren wurden während des stationären Aufenthalts einem vollständigen geriatrischen Assessment unterzogen. Der an der Abteilung entwickelte Medikamentenanwendungstest (MAT) enthält drei kognitive, drei feinmotorische und drei komplexe funktionell-motorische Aufgaben. Nur jede/r vierte Patient/in löste alle Aufgaben richtig, im Durchschnitt wurden 6,4 Aufgaben gelöst. Der wichtigste Einflussfaktor für die Bewältigung der Aufgaben ist die kognitive Kompetenz: Patient/innen, mit leichter kognitiver Beeinträchtigung lösten durchschnittlich fünf Aufgaben, diejenigen mit schwerer Beeinträchtigung nur zwei.

Vor der Durchführung der Tests wurden die Patient/innen selbst und die behandelnden Ärzt/innen gebeten, die Leistungen bei der Medikamentenanwendung einzuschätzen. Gemessen an den tatsächlichen Leistungen überschätzte jede/r zweite Patient/in und jede/r vierte Ärzt/in die Fähigkeiten der/des Patient/in. Ohne Test wäre also zumindest bei einem Viertel der Patient/innen übersehen worden, dass sie zu Hause Hilfe bei der medikamentösen Therapie brauchen. Vor dem Krankenhausaufenthalt erhielten schon ein Viertel der Patient/innen irgendeine Art von Hilfe bei der Medikamenteneinnahme. Bezogen auf die Leistungen beim Test waren aber dennoch circa vierzig Prozent unterversorgt. Alleinlebende hatten ein fünf Mal höheres Risiko der Unterversorgung als Patient/innen mit Partner/innen. Bei einer zufällig ausgewählten Untergruppe von fünfzig Patient/innen wurde der Test nach einer Woche wiederholt und es zeigten sich deutliche Verbesserungen, vor allem bei den kognitiven Aufgaben. Daher kann der Test auch im Rahmen des ergotherapeutischen Selbständigkeitstrainings als Übungselement eingesetzt werden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen deutlich, dass der MAT für ein geriatrisches Assessment unverzichtbar ist (1) zur Identifizierung von Risikopatient/innen, (2) zur Prognose der Art und des Ausmaßes der Hilfe bei der medikamentösen Heimtherapie und (3) zur Anpassung der Verordnungen in Bezug auf Darreichungsformen und Regime an die Fähigkeiten der Patient/innen.

Durch den Medikamentenanwendungstest kann eine Lücke im Bereich des geriatrischen Assessments insofern geschlossen werden, als schon während des stationären Aufenthaltes überprüft werden kann, ob die geriatrischen Patient/innen überhaupt fähig sind, mit der Medikamenteneinnahme fertig zu werden. Für Risikopatient/innen kann der Test Teil des Lernprogramms für ein Selbständigkeitstraining sein, damit soll das Problem der poststationären Versorgung positiv beeinflusst werden.

Konzept einer Angehörigenberatung zur Verbesserung der poststationären Betreuung von chronisch Kranken

Die Betreuung geriatrischer Patient/innen stellt für alle Beteiligten eine Herausforderung dar, integrative Versorgungsmodelle werden in Zukunft immer wichtiger werden. Die Sichtweise eines ganzheitlichen Menschenbildes verlangt die Integration medizinisch-pflegerischer und psychosozialer Aspekte in der Versorgung. In der Fachliteratur wird die subjektiv wahrgenommene Belastung von Angehörigen als ein entscheidender Prädiktor für die Entwicklung der zukünftigen Pflegesituation, d.h. dafür ob eine Aufnahme ins Pfle-

geheim erforderlich wird oder nicht, angegeben. Die subjektive Einschätzung der Betreuungsperson stimmt nicht immer mit der von Pfleger/innen und Ärzt/innen überein.

Im Rahmen eines geriatrischen Assessments (Lehner et al., 2001) sollen die Probleme von Patient/innen und deren Angehörigen in der Alltagsbewältigung erfasst werden um,

1. frühzeitig Belastungssituationen und Burn-out des/der Angehörigen zu erkennen;
2. Entlastungsstrategien und Interventionsmaßnahmen anzubieten und zu organisieren;
3. alltagsorientierte handicapbezogene Rehabilitation während des stationären Aufenthaltes durchzuführen;
4. durch Beratungsgespräche die Kommunikation zu verbessern;
5. für die betreuenden Angehörigen ein Sicherheitsnetz (u. a. Kontakt zur behandelnden Abteilung) aufzubauen;
6. Wiederaufnahmen aus sozialer Indikation zu verhindern;
7. praktikable Indikatoren zur Erfassung von Betreuungssituationen zu definieren;
8. Schwachstellen im Betreuungsangebot für Patient/innen und Angehörige aufzuzeigen.

Die Stichprobe bestand aus vierzig chronisch kranken Patient/innen, die vor der stationären Aufnahme mindestens sechs Monate lang von Angehörigen betreut worden waren. Die Betreuungssituation bestand aus regelmäßigen Besuchen, Hilfe bei Alltagsverrichtungen, bei Einkäufen, bei Ärzt/innenbesuchen, bei der Beschaffung und Einnahme von Medikamenten und falls notwendig auch aus Pflegeverrichtungen. Während des stationären Aufenthaltes wurde ein geriatrisches Assessment durchgeführt. Im Jahr 2000 wurden vierzig Patient/innen in die Studie aufgenommen, 33 Frauen und sieben Männer; das Durchschnittsalter betrug 83 Jahre. 63 Prozent werden von ihren Töchtern betreut. Während des stationären Aufenthalts verstarben drei Patientinnen (eine Patientin völlig unerwartet an einem Herzinfarkt, die anderen beiden an einer Tumorerkrankung). 14 Patient/innen wurde zugetraut, alleine in einer Wohnung zu leben. Nach dem stationären Aufenthalt wurde für drei Patientinnen ein Anschlussverfahren in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung organisiert, nur ein Patient wurde direkt in eine Langzeitpflegebetreuung aufgenommen.

Bei Kontrolle nach drei Monaten waren vier Patient/innen verstorben, fünf leben derzeit im Pflegeheim, 25 leben in der gewohnten häuslichen Umgebung. Von drei Patient/innen gab es trotz wiederholter Versuche der Kontaktaufnahme keine Rückmeldungen. Durch das geriatrische Assessment wurde bei der Hälfte der Patient/innen ein kognitives Defizit festgestellt, nur 21 Prozent konnten ihre Medikamente völlig selbständig handhaben, siebzig Prozent waren bei der Aufnahme in den Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig, bei der Entlassung erhöhte sich dieser Anteil auf 84 Prozent. Bei zwei Fünftel der Patient/innen wurde ein erhöhtes Sturzrisiko festgestellt.

Fast ein Drittel der Patient/innen war mit der Unterstützung durch das soziale Umfeld zufrieden, mit der Lebensqualität aufgrund ihrer körperlichen Verfassung waren jedoch die meisten (90 Prozent) unzufrieden.

Fast die Hälfte der Patient/innen wurden bereits länger als fünf Jahre von zumeist weiblichen Angehörigen betreut, zwei Fünftel der betreuenden Angehörigen waren noch berufstätig, demnach also mehrfach belastet. Die subjektive Belastung wurde anhand der *Häuslichen Pflegeskala nach Gräßel* bewertet, danach fühlten sich mehr als die Hälfte der Angehörigen mittelgradig belastet. Dieser Belastungsgrad konnte weder durch beratende Gespräche noch durch das Entlassungsmanagement verändert werden.

Durch die problembezogene Rehabilitation und Einbeziehung der Betreuungspersonen wurden bei den Kontrollen bzw. telefonischen Befragungen durchwegs positive Rückmeldungen erhalten. Keine/r der untersuchten Patient/innen wurde in den drei Monaten nach Entlassung wegen Problemen bei der Betreuung aus sozialer Indikation neuerlich stationär aufgenommen.

Entlassungsmanagement im Krankenhaus

Ziel des Entlassungsmanagements ist es, die nahtlose Übernahme eines/einer Patient/in aus dem Krankenhaus in die Hauskrankenpflege sicherzustellen. Damit ist eine Kontinuität der Versorgung zwischen stationärem und ambulantem Bereich gewährleistet. Unnötige stationäre Wiederaufnahmen sollen vermieden werden, der Spitalsaufenthalt, falls medizinisch vertretbar, verkürzt werden und sowohl Patient/innen als auch die Spitalsmitarbeiter/innen über extramurale Angebote hinsichtlich Versorgung und Heilbehelfen informiert werden. Diese Kooperation zwischen intra- und extramuralem Bereich ermöglicht eine Koordination der professionellen Partner/innen und der Angehörigen, die an der Betreuung beteiligt sind und sichert damit die Kontinuität der Betreuung.

Seit Dezember 1999 gibt es im Hanusch-Krankenhaus in Wien das Angebot eines Entlassungsmanagements, das von einer Diplomkrankenschwester des Wiener Roten Kreuzes durchgeführt wird; seit Oktober 2000 besteht zusätzlich eine Kooperation mit der Volkshilfe Wien. Elf Stationen des Krankenhauses sind involviert. Das Entlassungsmanagement wurde auf der Grundlage der Methode des Case- und Care-Managements im Modellprojekt *Daheim gesund werden* entwickelt. Dieses Projekt wurde von April 1998 bis Juni 1999 an der Vierten Medizinischen Abteilung und der Unfallabteilung des Hanusch-Krankenhauses durchgeführt (Wiener Rotes Kreuz, 2001).

Die Case-Managerin besucht täglich die Station. Sie ist Kontaktperson für den/die Patient/in, für Angehörige und Leistungserbringer/innen und gewährleistet so die optimale Integration aller benötigten Dienstleitungen. Die Case-Managerin ist die koordinierende Person der Abteilung geworden, sie vereinigt alle Informationen des intra- und extramuralen Bereiches und stimmt die möglichen Betreuungsangebote ab.

Zielgruppen des Entlassungsmanagements

- Patient/innen, die eine Einleitung oder Wiedereinleitung extramuraler Dienste brauchen und zwar Grund- und Behandlungspflege und Unterstützung durch soziale Dienste (z.B. Heimhilfen, Essen, Reinigung usw.);
- Patient/innen, die von Angehörigen gepflegt werden, diese erhalten Anleitung und Beratung;
- Patient/innen, die Heil- und Hilfsmittel brauchen, es erfolgt Beratung und Organisation dieser Produkte.

Leistungen der Case-Manager/in

- Beratung der Patient/innen und Angehörigen über poststationäre Betreuungsmöglichkeiten;
- Einschätzung des voraussichtlichen Bedarfs (qualitativ und quantitativ);
- Entlassungsplanung;
- Organisation der poststationären Betreuung (Pflegehilfskräfte, soziale Dienste, Heil- und Pflegehilfsmittel, Medikamente);
- Dokumentation und Evaluierung dieser Prozesse, um Leistungen nachzuweisen und zu optimieren.

Einmal pro Woche findet eine Sozialbesprechung statt, Teilnehmer/innen sind die behandelnden Ärzt/innen, die Stationsschwester, die Physio- und Ergotherapeutin, der Sozialarbeiter und die Case-Managerin. Durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit wurden die Entlassungsvorbereitungen optimiert und so maßgeschneiderte Lösungen für jede/n Patient/in gefunden. Im Stationsablauf ist es zu einer deutlichen Entlastung des Personals gekommen: langwierigen Recherchen, Telefonate und Hilfsmittelerhebungen fallen weg, außerdem werden von Patient/innen und Angehörigen Ängste und Probleme geäußert und rückgemeldet, entkoppelt von der hierarchischen Spitalsstruktur. Von den rund 850 Patient/innen über siebzig Jahre (zwei Drittel davon sind Frauen), die im Jahr 2003 von der Vierten Medizinischen Abteilung entlassen wurden und zuvor in der eigenen Wohnung gelebt hatten (die Hälfte davon allein), konnten dank der Bemühungen des Entlassungsmanagements 97 Prozent dorthin zurückkehren. Nur drei Prozent mussten ins Pflegeheim übersiedeln.

Modellprojekt Patient/innenorientierte Integrierte Krankenbetreuung (PIK)

Das *Modellprojekt Patient/innenorientierte integrierte Krankenbetreuung (PIK)* versucht, Lücken in der Versorgungskette zu schließen. In einer Machbarkeitsstudie des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Gemeinde Wien wurde ein Katalog von 32 Maßnahmen zur Verbesserung der Betreuungsqualität von Patientinnen und Patienten entwickelt, der in den Wiener Gemeindebezirken 14 – 17 umgesetzt werden soll. Das Modellprojekt wurde von Juli 2002 bis Dezember 2004 durchgeführt. Schwachstellen im Schnittstellenmanagement vom Krankenhaus aus gesehen sind derzeit mangelnde Kenntnisse der vorhandenen Angebote der einzelnen Institutionen; fehlende Rückmeldung, ob die organisierten Leistungen angenommen wurden; unterschiedliche Dokumentationsunterlagen bei Aufnahme und Entlassung ins Krankenhaus; fehlende EDV-Vernetzung zum Austausch medizinischer Befunde und Entlassungsbriefe; fehlende Kenntnis der Kapazitäten der Medizinisch-Technischen Dienste im niedergelassenem Bereich; Apothekenservices; usw. Vor allem aber fehlen Kommunikationsstrukturen zwischen Krankenhausärzt/innen und niedergelassenen Ärzt/innen. Vor der stationären Aufnahme ist der Kontakt schon deshalb selten vorhanden, da andere Strukturen wie Rettung oder Krankenhausambulanz zwischengeschaltet sind. Der/die Hausärzt/n, die ihre Patient/innen ins Krankenhaus überweisen will, ruft in den meisten Fällen bei der Bettenzentrale an, von dort aus wird ein Bett organisiert, wobei der/die Hausärzt/in nicht automatisch erfährt, wo die Patient/in eingeliefert wird und es ist daher nicht möglich ist, Kontakt mit dem Krankenhaus aufzunehmen. Das setzt sich meistens während des stationären Aufenthalts fort und nach der Entlassung des/der Patient/in besteht nur eine einseitige Kommunikation über den oft verspätet kommenden Ärzt/innenbrief. In den meisten Fällen erfährt der/die Hausärzt/in erst jetzt, dass der/die Patient/in wieder zu Hause ist und in welchem Krankenhaus er/sie versorgt worden ist.
Zur Umsetzung dieser Qualitätsverbesserungen wurden in der Machbarkeitsstudie vier Maßnahmenbündel entwickelt:

1. Optimierung der Zuweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsprozesse durch Verbesserung der Kommunikation und Abstimmung zwischen intra- und extramuralen Partner/innen;
2. Case Management und Weiterentwicklung multiprofessioneller Betreuungsangebote zu Hause;
3. Weiterentwicklung von Betreuungsangeboten für spezifische Patient/innengruppen (z.B. onkologische Patient/innen);
4. verstärkte Patient/inneneinbeziehung in der Region.

Die oben genannten regionalen Partner/innen erproben die Maßnahmenbündel als drei Teilprojekte. Die Ergebnisse bei der Umsetzung der Maßnahmen werden analysiert und evaluiert. Im Rahmen der begleitenden wissenschaftlichen Evaluation sollen zudem Erkenntnisse gewonnen werden, die im Sinne des Modellcharakters des Projektes den Transfer erfolgreicher Verbesserungsmaßnahmen für ganz Wien und gegebenenfalls auch bundesweit ermöglichen.

In der ersten Hälfte des Jahres 2003 wurde eine Baseline-Erhebung durchgeführt, im Hanusch-Krankenhaus wurden stationär behandelte Patient/innen der Vierten Medizinischen Abteilung und der Unfallabteilung in die schriftliche Erhebung einbezogen (zwei Drittel davon waren Frauen). Es ging um Zuweisungs- und Entlassungsprozesse aus der Sicht der Patient/innen, der Mitarbeiter/innen (Pflege und Ärzt/innen), der extramuralen Pflege- und Sozialdienste und der Hausärzt/innen. Die Antworten wurden auf der Ebene der geplanten Maßnahmen ausgewertet, um Problembereiche und Verbesserungspotentiale zu analysieren. Insgesamt konnten durch die Daten die vorher getroffene Auswahl der Maßnahmen zwar bestätigt, aber auch modifiziert und erweitert werden.

Maßnahmenbündel Eins bestand in einem **integrierten Zuweisungs- und Entlassungsmanagement für Normalpatient/innen:**
- Zuweisung: Informations- und Dokumentationstransfer bei geplanter Zuweisung durch niedergelassene Ärzt/innen und Ambulanzen bzw. bei ungeplanter Zuweisung durch die Rettung
- Entlassung: Integriertes interdisziplinäres Entlassungsgespräch; Neukonzeption des Kurzbriefes, des ausführlichen Ärzt/innenbriefes und des Pflegeberichtes; lückenlose Versorgung mit Medikamenten zu Hause

Maßnahmenbündel Zwei umfasste eine **integrierte Krankenbetreuung für Patient/innen mit erhöhtem Betreuungsbedarf zu Hause:**
- Gesundheitsmappe: Patient/innen mit erhöhtem Betreuungsbedarf zu Hause sollen zur Verbesserung des Informationstransfers eine Mappe mit ihren Befunden und medizinischen Dokumenten erhalten, die im Krankenhaus und extramural interdisziplinär beschickt wird.
- Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Übernahmekriterien für poststationäre Betreuung (Entlassungscheckliste)
- Rechtzeitige Vorinformation poststationärer Betreuung
- Wöchentliche Sozialbesprechungen auf der Station
- Gemeinsame Informationsveranstaltung von freiberuflichen Therapeut/innen und Krankenhausmitarbeiter/innen
- Differentialdiagnostischer Ausgang

Patient/innenbefragungen zur Zufriedenheit mit der Betreuung im Krankenhaus

In einer Patient/innenbefragung im Wiener Hanusch-Krankenhaus wurden folgende Aspekte der Zufriedenheit mit der Betreuung erfasst: die Beurteilung der Verbesserung des Gesundheitszustands zum Zeitpunkt der Entlassung; die Hotelfunktion des Krankenhauses; die Zufriedenheit mit dem Tagesablauf; die Aufklärung über Krankheit und Behandlung; die Visite; die medizinische und pflegerische Betreuung; die Schmerzbehandlung und die Entlassungsvorbereitung.

Die Befragung fand im Jahr 2002 bei stationären und ambulanten Patient/innen statt. Insgesamt lagen aus vier internistischen Abteilungen (sieben Stationen) verwertbare Fragebögen von 245 Männern und 243 Frauen vor. Nachfolgend werden nur jene Ergebnisse beschrieben werden, die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patient/innen beinhalten.

- Insgesamt waren rund achtzig Prozent der Männer und Frauen mit dem Krankenhausaufenthalt zufrieden. Es gab altersspezifische Unterschiede: In der Altersgruppe der unter Fünfzigjährigen sind Männer (83 Prozent) zufriedener als Frauen (62 Prozent). 86 Prozent der Männer in dieser Altersgruppe würden im Vergleich zu 75 Prozent der Frauen das Krankenhaus weiterempfehlen.
- Der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Entlassung wurde von den befragten Frauen generell schlechter eingeschätzt als von den Männern, das lag vor allem an den älteren Frauen: Von den über siebzigjährigen Frauen beurteilten nur 48 Prozent ihren Gesundheitszustand positiv im Gegensatz zu 56 Prozent der gleichaltrigen Männer. Die jüngeren Frauen (unter fünfzig Jahre) waren weniger zufrieden mit der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes (35 Prozent) als die unter fünfzigjährigen Männer (48 Prozent).
- Im Krankenhaus unter Schmerzen gelitten zu haben, gaben 22 Prozent der Frauen im Vergleich zu acht Prozent der Männer an, mit der Therapie waren aber alle Befragten gleichermaßen zufrieden: 77 Prozent der Befragten beurteilten die Schmerzmittelgabe immer als ausreichend, ein ebenso großer Anteil erhielt die Schmerzmittel rechtzeitig und 82 Prozent fanden, das Krankenhauspersonal habe sein Möglichstes getan, um die Schmerzen zu lindern.

Um zu analysieren, welches die wichtigsten Faktoren für die Gesamtzufriedenheit der Patient/innen sind, wurde eine multivariate lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Signifikante Faktoren, die eine Weiterempfehlung positiv beeinflussen sind *Vertrauen zu*

den Ärzt/innen, *Gesprächsbereitschaft der Ärzt/innen*, *Zufriedenheit mit den Entlassungsvorbereitungen* und *Verbesserung des Gesundheitszustandes*.

9.8.4 MedTogether – Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Ein Beitrag von Dr. Ursula Fronaschütz, BMGF, Abteilung IV/5, Qualitätssicherung und Gesundheitsökonomie

Das Projekt MedTogether wurde vom Strukturfonds des Bundes entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (2001-2004) initialisiert. Als Zielsetzung galt die Optimierung der Aufnahme- und Entlassungsabläufe im Krankenhaus unter Einbeziehung der extramuralen Partner. Dabei sollte die Patient/innenbetreuung verbessert, die Zufriedenheit der vor- und nachbetreuenden Einrichtungen gesteigert und die Effizienz im Sinne des ökonomischen Mitteleinsatzes gefördert werden. Die Teilnahme erfolgte Österreichweit in regionalen Netzwerken, in deren Zentrum jeweils Krankenhäuser mit ihren extramuralen Partnerinstitutionen (niedergelassene Ärzt/innen, Pflegeheime, mobile Dienste, Rehabilitations-Zentren) standen. Insgesamt nahmen 16 Krankenhäuser mit 29 Abteilungen sowie 106 weitere Gesundheitseinrichtungen mit mehr als 290 Mitarbeiter/innen teil. Die Durchführung des Projektes umfasste den Zeitraum von Oktober 2002 bis September 2004. Das Projekt gliederte sich in fünf Phasen:

1. In der **Startphase** wurden die regionalen Netzwerke konstituiert und über eine Projektvereinbarung in die Gesamtstruktur eingebunden. Parallel dazu wurde eine Vorstudie zu bestehenden Initiativen und Projekten auf regionaler sowie auf Bundesebene erstellt. Im Sinne der Konkretisierung und Veranschaulichung des Projektinhaltes wurden die Schnittstellen anhand von ausgewählten Fallgruppen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Katarakt) analysiert und bearbeitet.
2. In der **Benchmarking-Phase** wurde auf Basis eines differenzierten Evaluationskonzeptes eine Ausgangsmessung zur Qualität der Aufnahme- und Entlassungsprozesse durchgeführt. Ausgehend von der gemeinsamen Interpretation der Ergebnisse wurden in der Folge Instrumente zur Prozessanalyse eingesetzt, um Ansätze zur Optimierung des Schnittstellenmanagements zu identifizieren.
3. In der **Umsetzungsphase** wurden zunächst Soll-Prozesse entwickelt, die jeweils den optimalen Ablauf bei der Aufnahme und bei der Entlassung von Patient/innen abbilden. Dabei wurde das Hauptaugenmerk auf die Gestaltung des Informationsflusses in der Behandlungs- bzw. Betreuungskette, die Standardisierung der Kriterien zur Aufnahme bzw. Übernahme von Patient/innen in eine bestimmte Versorgungsform, die Gestaltung der Information und Kommunikation gegenüber Patient/innen und Angehörigen und deren Einbindung in die Aufnahme- und Entlassungsplanung sowie die Standardisierung der Abläufe im Krankenhaus gelegt. Zur Etablierung dieser Soll-Prozesse wurden entsprechende Maßnahmenpakete ausgearbeitet und eingeführt.
4. In der **Evaluationsphase** wurde überprüft, inwieweit die Verbesserungsmaßnahmen auch zu darstellbaren positiven Veränderungen geführt haben. Der Projekterfolg drückt sich am deutlichsten in der Reduktion der Rate an ungeplanten Wiederaufnahmen sowie in der Steigerung des Standardisierungsgrades der Entlassungsprozesse aus. Aber auch die generelle Reduktion der Varianz der Verweildauer sowie die Senkung der die Verweildauer und die Verbesserung der Patient/innenzufriedenheit in einigen wesentlichen Dimensionen stehen für die Umsetzungskraft des Projektes. Weniger deutlich zeigt sich der Projekterfolg bei der Befragung der Mitarbeiter/innen.
5. In der **Abschlussphase** erfolgte die Sicherstellung der Ergebnisse. Im Sinne einer Zusammenfassung der Erkenntnisse wurden Musterprozesse ausgearbeitet, denen eine allgemeine Gültigkeit bzw. eine vorbildhafte Funktion für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement zukommt.

Neben der Optimierung der Schnittstellen in der realen Praxis rückte im Projektverlauf die Auseinandersetzung mit den erschwerenden Rahmenbedingungen für die Verbesserungsbemühungen im Aufnahme- und Entlassungsmanagement immer mehr in den Vordergrund. Die explizite Aufarbeitung dieses Themas erfolgte im Rahmen einer Expert/innengruppe, die inhaltlich von den Projekteilnehmer/innen unterstützt wurde, und

mündete in ein entsprechendes **Positionspapier**, das Forderungen an die Auftraggeber zur nachhaltigen Verbesserung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements enthält.

Weitere Informationen zum Projekt sind unter www.medtogether.at zu finden.

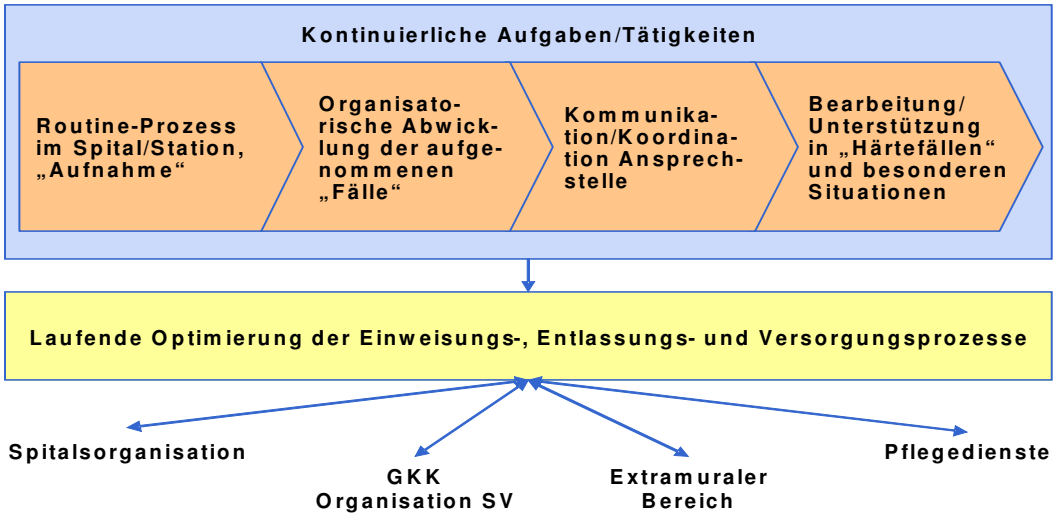
9.8.5 Entlassungsmanagement im Bezirk Hartberg: Modellprojekt zur Optimierung des Zusammenwirkens im regionalen Gesundheitswesen

Ein Beitrag von Frau Mag. Martina Haring, Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Die Schnittstellensituation zwischen Spitalsbereich, niedergelassenen Ärzt/innen und Pflegeorganisationen sowie anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen ist zwar einer ständigen Diskussion ausgesetzt, jedoch Lösungen wurden trotz vieler Bemühungen bislang nur in rudimentären Bereichen erreicht. Auf Initiative der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse wurde daher in den Jahren 2002/2003 im Rahmen eines Modellprojektes versucht, im Bezirk Hartberg das Zusammenwirken von unterschiedlichen Gruppen im Gesundheitswesen unter Einbeziehung der am Entlassungsprozess Beteiligten zu optimieren. Im Sinne einer integrierten Patient/innenversorgung sollten Lösungen gefunden werden, die die Versorgungskontinuität nach einer stationären Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. den weiteren Bestand der stationär erzielten Pflegeerfolge gewährleisten. Zentrales Ziel der Projektarbeit war, die Qualität des Entlassungsprozesses nachhaltig aus Sicht der Patienten/innen und Angehörigen zu verbessern.

Nach ausführlicher Erhebung und Analyse aller Prozessinformationen (Erhebung der Sichtweisen aller Beteiligten mittels strukturierter Befragungen) in der ersten Pilotphase des Projektes hat sich herausgestellt, dass eine Beratungs- und Koordinierungsstelle fehlt. Aus diesen Grunderkenntnissen heraus entwickelte sich die zentrale Lösungsidee des/der Versorgungskoordinator/in, der als koordinierende schnittstellenübergreifende Person vor Ort im Krankenhaus tätig ist. Der/die Versorgungskoordinator/in ist ein/e Mitarbeiter/in der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, der/die direkt vor Ort im Krankenhaus im Einsatz ist und im regionalen Gesundheitswesen für die Patienten aller Sozialversicherungsträger wirkt. Er/sie wird bereits während des Spitalsaufenthaltes der Patienten/innen tätig. In Absprache mit dem/der Stationsärzt/in und des Stations-Diplomgesundheitspflegepersonals werden gemeinsam mit den Patienten/innen und Angehörigen die entlassungsrelevanten Maßnahmen in die Wege geleitet. Der/die Hausärzt/in wird im Vorfeld der Entlassung über die bereits gesetzten Maßnahmen für seine/ihre Patienten/innen informiert und die extramuralen Pflegedienste je nach Bedarf im Entlassungsprozess rechtzeitig involviert.

Aufgaben und Tätigkeiten des/der Versorgungskoordinator/in:



Die Ergebnisse des Einsatzes von Versorgungskoordinator/innen in der Pilotphase zeigten eine deutliche Steigerung der Patient/innen- und Angehörigenorientierung, eine Entlastung der verschiedenen Verantwortungsträger/innen im Krankenhaus und eine Verbesserung der Qualität im Zusammenspiel aller am Entlassungsprozess Beteiligten. Befragungen der Patient/innen, der Spitalsärzt/innen und des Pflegepersonals, der niedergelassenen Ärzt/innen sowie der extramuralen Pflegepersonen zeigten eine signifikante Verbesserung der aufgezeigten Schwachstellen des Entlassungsprozesses im Zuge der Evaluierung im Bezirk Hartberg. Dies führte zur positiven Beurteilung durch die Entscheidungsgremien der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und zur Projektfortsetzung mit dem Ziel, die Entscheidung für eine flächendeckende Einführung zu evaluieren und vorzubereiten.

Im Bezirk Fürstenfeld wurde im Herbst 2003 erstmals ein Einführungsprozess für die Umsetzung der in Hartberg erprobten Maßnahmen und des/der Versorgungskoordinators/in mit allen Beteiligten geplant, durchgeführt und evaluiert. Mit der Burgenländischen Gebietskrankenkasse kam es hierbei, bedingt durch den großen Anteil von burgenländischen Patient/innen im Landeskrankenhaus Fürstenfeld, zu einer trägerübergreifenden Adaptierung der Leistungspalette.

Das große Engagement aller Beteiligten und die bereits in Fachkreisen bekannten Erfolgsberichte aus Hartberg führten zu einer hohen Akzeptanz des/der Versorgungskoordinator/in, seiner/ihrer Arbeit und den in Verbindung stehenden Maßnahmen wie z.B. Entlassungscheckliste, Fax-Bewilligungen, Informationen an die niedergelassenen Ärzt/innen. Die Umsetzung der in Hartberg entwickelten und erprobten Maßnahmen führte zu einer Bestätigung des eingeschlagenen Weges. Der in Fürstenfeld erprobte Einführungsprozess des/der Versorgungskoordinator/in wurde dokumentiert und dient jetzt für alle weiteren Krankenanstalten der Steiermark als Standard-Einführungsprozess.

In der Projektgruppe wurden die weiteren Umsetzungen geplant. Die Krankenhäuser in der Steiermark südlich der Mur-Mürz-Furche (außer Graz) wurden schrittweise 2004 mit Versorgungskoordinator/innen ausgestattet, die nördlichen werden 2005 sukzessive nachgezogen. Sämtliche Sozialversicherungsträger wurden über die Projekttätigkeiten bzw. werden über die laufenden Umsetzungsaktivitäten informiert, des weiteren wurden Kommunikationsspielregeln bzw. Informationsverantwortlichkeiten eingeführt. Eine künftige finanzielle Beteiligung der Sozialversicherungsträger ist noch nicht entschieden, die Bereitschaft wurde von vielen signalisiert.

Die Krankenhäuser sehen die Tätigkeit der Versorgungskoordinator/innen vor Ort als sehr positive Unterstützung der Sozialversicherung im Rahmen des Entlassungsprozesses. Die niedergelassenen Ärzt/innen begrüßen die Maßnahmen sehr und betrachten die Arbeit der Versorgungskoordinator/innen auch als Unterstützung und Betreuung für sie. Extramurale Pflegedienste sprechen ebenfalls von einer positiven Entwicklung ihrer Anliegen. Auch wenn noch nicht alle Patient/innen immer lückenlos betreut werden können, gibt es von den Betroffenen und deren Angehörigen sehr positive Rückmeldungen.

Das allgemeine Interesse für die Einführung von Versorgungskoordinator/innen ist nicht nur in der Steiermark sehr hoch, was wiederholte Einladungen der Projektverantwortlichen zu Vorträgen und Diskussionen innerhalb und außerhalb der Landesgrenzen deutlich beweisen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, unter deren Leitung ähnliche Projektvorhaben (z.B. MedTogether) stattfinden, war im Lenkungsausschuss eingebunden und begrüßt und unterstützt diese Initiative der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse. Als Resümee ist festzuhalten, dass die Etablierung von Versorgungskoordinator/innen in allen steirischen Krankenhäusern (ausgenommen die spezifische Situation in Graz) eine positive und erfolgreiche Maßnahme zur nachhaltigen Optimierung im regionalen Gesundheitswesen darstellt.

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 ökono-

misch 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).

Eine Analyse der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich macht die Schwerpunkte deutlich, die bis Mitte der 1990er Jahren in diesen Bereichen gesetzt worden sind. Demnach wurde im Jahr 1996 im öffentlichen Bereich (Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherung) ein Betrag von 630 Millionen Euro für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben, davon neun Millionen Euro für Gesundheitsförderung, 62 Millionen Euro für Primärprävention, 117 Millionen Euro für Sekundärprävention und 442 Millionen für Tertiärprävention. Es wird geschätzt, dass zu den 630 Millionen aus öffentlicher Hand 174 Millionen an Kosten aus präventiven Leistungen im niedergelassenen Bereich (Ärzt/innen, Vertragseinrichtungen) hinzukommen, also wurden im Jahr 1996 804 Millionen Euro für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben, das waren 4,28 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben bzw. 0,34 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (ÖBIG, 2000). Dies erscheint eine geringe Investition, wenn man beispielsweise bedenkt, dass von der WHO die Gesamtkosten, die einer Volkswirtschaft durch die direkten und indirekten Folgen des Alkoholkonsums entstehen, auf rund acht Prozent des Bruttosozialprodukts geschätzt werden, die Erlöse aus der Alkoholproduktion aber auch in den Ländern, die zu Großproduzenten alkoholischer Getränke gehören, nicht mehr als zwei Prozent des Bruttosozialprodukts betragen. Ein weiteres Beispiel sind die Folgekosten von Übergewicht und Adipositas: Hier liegen Schätzungen vor, dass in Europa zwischen zwei und vier Prozent der Gesundheitsausgaben - in Amerika gar sieben Prozent – Kosten sind, die im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas stehen (International Obesity Task Force, 2002; S.8).

Tabelle 10-1. Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich (1996), in Millionen Euro

Gesundheitsförderung	**9**	**Primärprävention**	**62**	**Sekundärprävention**	**117**	**Tertiärprävention**	**442**
Euro pro Kopf	**1**		**7**		**15**		**55**
Gesunde Städte	3	Zahngesundheit	20	Mutter-Kind-Pass U	52	Rehabilitation	439
Gesunde Schule	0,9	Impfungen	17	Vorsorge-U	50	Pat-Information	0,2
GF Krankenhaus	0,2	TBC-Vorsorge	5	Schulärztliche U	12	Selbsthilfegruppen	0,2
GF Kindergarten	0,1	AIDS	5	Jugendlichen-U	3	nicht zuordenbar	1,4
Gesunder Betrieb	0,01	Elternberatung	4	nicht zuordenbar	1		
		Drogen	3				
		Sucht	3				
		Psychologische Beratungsstellen	2				
		Weiterbildung	0,7				
		Bewegung	0,6				
		Ernährung	0,4				
		Alkohol	0,3				
		Krebs	0,3				
		Herz-Kreislauf	0,1				
		Rauchen	0,04				

Legende: GF = Gesundheitsförderung; U = Untersuchungen; Pat = Patient/innen; Quelle: ÖBIG, 2000

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 vorliegt, 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* (FGÖ), 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 *Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit* (PGA), 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 1990 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.

Definitionen und Ziele

Sowohl der krankheitsorientierte Ansatz der Prävention als auch der ressourcenorientierte Ansatz der Gesundheitsförderung zielen – wenn auch aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien – auf die verbesserte Gesundheit des einzelnen sowie der Bevölkerung und sollten als einander ergänzend betrachtet werden.

Gesundheitsförderung definiert sich durch das Zusammenführen von zwei strategischen Ansätzen: der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt. Die strategischen Schlüsselpunkte sind:

1) *Empowerment*, das heißt die Stärkung von Kompetenzen und Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit und

2) *Intersektoralität*, das heißt die Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in einer Vielzahl von Politikbereichen.

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Ausmaß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.

Prävention im Sinne von Krankheitsverhütung sucht – anders als die Gesundheitsförderung – eine bestimmte gesundheitliche Schädigung oder Erkrankung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.

Primärprävention (allgemeine Prävention) umfasst alle spezifischen Aktivitäten zur vollständigen Vermeidung einer Gesundheitsschädigung. Ziel ist, die Neuerkrankungsrate einer bestimmten Erkrankung in der Bevölkerung bzw. die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum zu senken. Prinzipiell ist zu unterscheiden zwischen:

- struktureller Prävention: gesetzliche und organisatorische Maßnahmen (Gesetze, Verbote, …)

- gruppen- und individuenzentrierter Prävention: Gesundheitserziehung (Eltern, Schule), Gesundheitsaufklärung (Erwachsenenbildung) und Gesundheitsberatung (durch Gesundheitsprofessionen)

Sekundärprävention (selektive Prävention) umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung klinisch symptomloser Frühstadien einer Erkrankung (Früherkennung, Vorsorgeuntersuchungen) und ihre erfolgreiche Frühtherapie; Ziel ist das Verhindern von Kosten, Leid und Risiken, die durch ein weiter fortgeschrittenes Erkrankungsstadium auftreten könnte.

Tertiärprävention (gezielte Prävention) ist die wirksame Behandlung einer bereits manifesten Erkrankung mit dem Ziel, Verschlimmerung und bleibende Funktionsverluste zu verhüten (Rehabilitation).

Quelle: Kickbusch, 2003; S.188ff.

Für Frauen und Mädchen relevante Handlungsfelder, Zielgruppen, Settings der Gesundheitsförderung

Handlungsfelder, Ressourcen und Risiken	
Körperliche Erkrankungen	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Adipositas, Diabetes, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Allergien, ...
Psychische Erkrankungen	Depressionen, Essstörungen, Psychosen, Suizide, ...
Lebensstil und psychische Gesundheit	Ernährung, Bewegung, Entspannung, Wohlbefinden, Lebensqualität; Alkohol, Nikotin, Medikamente, Sucht, Stress, Burnout, Mobbing, Gewalt (psychisch, körperlich, 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, Erwerbslose, Berufstätige, Behinderte, Drogenkonsumierende, Entscheidungsträger/innen, Gesundheitsförderungsexpert/innen, Ärzt/innen, Angehörige psychosozialer Berufsgruppen, zu Hause und beruflich Pflegende, Schwangere, Familien/Eltern/Väter/Mütter, Migrant/innen, Homosexuelle, Lesben, Obdachlose, Strafgefangene, Sexarbeiter/innen, …
Zielgruppen nach Alter	
Säuglinge, 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, …
Jungendliche 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-Patient/innen, 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 Diabetespatient/innen, Erhalt der Selbständigkeit, mentales Training, gesellschaftliche Akzeptanz, psychosoziale Unterstützung, Betreuung in Alteneinrichtungen, …
Settings	
	Familie, Arbeitsplatz, Betrieb, Wohnraum, Freizeitbereich, Kindergarten, Schule, Universitäten etc., Fachinstanzen, Vereine (Sport, soziokulturell), Spitäler/Heime, Ärzt/innenpraxen, Verwaltung, …

Quelle: Schwartz, 2003; S.196; modifiziert

10.3 Maßnahmen zur Früherkennung

Querverweis: Kapitel 2. Brustkrebs-Screening/-Vorsorge

10.3.1 Vorsorgeuntersuchungen

Seit 1974 ist es für alle Österreicher/innen 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 abgegolten. Es ist eine stetige Steigerung der Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchungen zur 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 (siehe nachfolgende Tabelle).

Tabelle 10-2. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht und Bundesländern (1997-2001)

	Basisprogramm 1997 bis 2001				Gynäkologisches Zusatzprogramm 2002		
	Männer		Frauen				
	Ø Anzahl 1997-2001	Prozent der über 19-Jährigen	Anzahl	Prozent der über 19-Jährigen	Frauen über 19 Jahre	Gynäkologische Untersuchungen	Untersuchungen pro 1.000 Frauen über 19 Jahren
Burgenland	76.841	14,8	94.209	16,8	113.375	106	1
Kärnten	136.515	13,5	279.156	24,9	226.529	18.476	82
Niederösterreich	144.580	5,1	154.949	5,1	620.874	1.571	3
Oberösterreich	249.817	10,1	312.533	11,7	541.961	3.057	6
Salzburg	107.637	11,8	151.450	15,0	206.933	3.101	15
Steiermark	255.531	11,7	331.678	13,8	482.391	3.762	8
Tirol	201.977	16,9	397.255	30,6	267.680	41.765	156
Vorarlberg	82.845	13,3	276.894	42,3	134.952	33.143	246
Wien	224.180	7,8	278.810	8,3	669.380	3.506	5
Österreich	1.479.923	10,1	2.276.934	14,1	3.264.075	108.487	33

Quelle: ÖBIG, 2004 (Tab. 241); Hauptverband, 2003 (Tab. 2.37)

Eine Eurobarometer-Befragung in den EU-15-Ländern ergab, dass die Inanspruchnahme von gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen in Österreich weit über dem EU-Durchschnitt liegt, bei Mammographien und Osteoporose-Vorsorgeuntersuchungen steht Österreich sogar an erster Stelle (European Commission, 2003; S.3).

Tabelle 10-3. Inanspruchnahme gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen im EU-15-Vergleich (1996,2002)

Angaben in Prozent	1996		2002		Rangplatz 2002
	Ö	EU-15	Ö	EU-15	
Mammographie	29,0	17,7	35,8	20,2	1
Selbstuntersuchung der Brust	51,7	36,6	43,8	27,6	3
Kontrolle der Ovarien	32,5	23,8	31,8	16,8	2
PAP-Abstrich	48,6	36,4	52,2	30,7	2
andere gynäkologische Kontrolle	56,6	44,1	33,9	20,1	2
Osteoporose	15,6	8,3	15,9	6,9	1
keine gynäkologische Kontrolle	-	-	25,1	43,4	2

Quelle: European Commission, 2003; S.3 (Eurobarometer 186/59.0)

Vorsorgeuntersuchung NEU

Mit 1.1.2006 wird in Österreich die neue Vorsorgeuntersuchung eingeführt werden: Diese entspricht dem aktuellen internationalen Stand der Wissenschaft. Als Basis für die Entscheidung, welche Vorsorgeziele und welche Untersuchungsmethoden in das Programm aufgenommen wurden, dienten international anerkannte Kriterien und Leitlinien, zum Beispiel aus den U.S.A. und Großbritannien, die speziell den Anforderungen für die österreichische Bevölkerung angepasst wurden.

Die Vorsorgeuntersuchung NEU orientiert sich dabei 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.

Die allgemeinen Ziele einer Vorsorgeuntersuchung sind klar definiert. **Aus der Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens zählen dazu**

- Verhinderung von Krankheit;
- Verhinderung von Risikofaktoren;
- Früherkennung von Krankheit;
- Früherkennung von Risikofaktoren;
- Verbesserung der Lebensqualität;
- Erhöhung der Lebenserwartung durch Früherkennung - Senkung der Mortalität;
- Erhöhung der Gesundheitserwartung - Herabsetzung der Morbidität;
- Erhöhen der Chancen für ein gesünderes Älterwerden und damit Senkung des frühzeitigen Pflegebedarfs und von Langzeitpflege.

Ziele aus Sicht der teilnehmenden Menschen:

- Bild über den eigenen Gesundheitszustand;
- Früherkennung von schweren Erkrankungen, die noch rechtzeitig behandelt werden können, wenn die Therapien noch nicht einschneidend und weit reichend sind;
- Motivation für einen gesünderen Lebensstil;
- Überprüfung der bereits durchgeführten Maßnahmen aufgrund der Ergebnisse einer früheren Gesundenuntersuchung;
- Verbesserte Chancen für ein gesundes Älterwerden;
- Empowerment: Die Menschen sollen in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und Lebenserwartung beizutragen.

10.3.2 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. Mit dieser Novelle des Jahres 1974 ging der Beschluss einher, dass bei Nachweis bestimmter ärztlicher Untersuchungen eine erhöhte Geburtenbeihilfe von 1.090 Euro (ATS 15.000) ausbezahlt wird. Im Januar 1997 wurde die erhöhte Geburtenbeihilfe auf einen Mutter-Kind-Pass-Bonus von 145 Euro (ATS 2.000) reduziert. 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 und der Säuglingssterblichkeit - letztere ist seit ihrer Einführung 1974 von 20 auf 4,2 Promille im Jahr 2000 gesunken - leisten die Mut-

ter-Kind-Pass-Untersuchungen wertvolle Präventionsarbeit. Im Rahmen der entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen können Lageanomalien, Anämien, EPH-Gestosen und Blutgruppeninkompatibilitäten erkannt werden und zu einer Verringerung von Komplikationen in Schwangerschaft und Geburt führen.

Tabelle 10-4. Das Untersuchungsprogramm des Mutter-Kind-Passes

Mutter	**Schwangerschaftswoche**
*gynäkologische Untersuchung + Laboruntersuchung	bis 16
*gynäkologische Untersuchung + Interne Untersuchung	17-20
Ultraschall	18-22
*gynäkologische Untersuchung + Laboruntersuchung	25-28
*gynäkologische Untersuchung	30-34
Ultraschall	30-34
*gynäkologische Untersuchung	35-38
Kind	**Lebenswoche**
*kinderärztliche Untersuchung	1
Hüftultraschall	1
*Kinderärztliche Untersuchung + orthopädische Untersuchung	4-7
Hüftultraschall	6-8
*kinderärztliche Untersuchung	3-5
*kinderärztliche Untersuchung + HNO	7-9
*kinderärztliche Untersuchung + Augenuntersuchung	10-14
kinderärztliche Untersuchung + Augenuntersuchung	22-26
kinderärztliche Untersuchung	34-38
kinderärztliche Untersuchung	46-50
kinderärztliche Untersuchung	58-62

*Voraussetzung für Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes ab dem 21. Lebensmonat

Quelle: www.bmgf.gv.at

Das *Mutter-Kind-Pass-Verfahren* ist in Abschnitt 9, §35 des KBGG geregelt. Die in §7 des KBGG vorgesehenen, für die Patient/innen kostenlosen ärztlichen Untersuchungen sind dabei von Trägern der gesetzlichen Krankenversicherungen durchzuführen, und zwar bei allen Personen, bei versicherten und nichtversicherten mit Wohnsitz in Österreich. Die Kosten dafür sind vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen. Zuständig für das Mutter-Kind-Pass-Verfahren ist generell das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

Das Untersuchungsprogramm wurde 2002 in folgenden Punkten verändert:

- Die zweite Hüftultraschalluntersuchung des Kindes wurde von der 12. bis 16. Lebenswoche auf die 6. bis 8. Lebenswoche vorverlegt und die zweite Untersuchung des Kindes von der 4. bis 6. Lebenswoche auf die 4. bis 7. Lebenswoche ausgedehnt.
- Eine Ausweitung des Mutter-Kind-Pass-Vorsorgeprogramms vom 4. auf das 5. Lebensjahr des Kindes (62. Lebensmonat des Kindes).
- Wie vor 2002 werden die Untersuchungen bis zum ersten Lebensjahr des Kindes (14. Lebensmonat) an finanzielle Anreize gebunden. Zuvor mit dem Mutter-Kind-Pass-Bonus, jetzt durch die Bindung an bis zu fünfzig Prozent des Kinderbetreuungsgeldes.

Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durch den PAP-Abstrich

Ein Kommentar von Magister Silvia Groth, Frauengesundheitszentrum, Graz

Zur Effektivität der Früherkennungsuntersuchung durch einen Zellabstrich des Gebärmutterhalses liegen bislang keine prospektiven Studien vor. Dennoch wird der so genannte PAP-Abstrich[65] von den Krankenkassen vergütet. Der Nachweis eines Rückgangs der Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs im Zusammenhang mit dem PAP-Abstrich erfolgte bislang ausschließlich über ökologische Studien, was im Sinne der evidenzbasierten Medizin einer niedrigen Evidenz entspricht. Die Sensitivität des PAP-Abstrichs liegt zwischen sechzig und achtzig Prozent, wobei die Sensitivität mit zunehmendem Grad an Malignität der Zellen steigt (Nanda et al., 2000). Dies beinhaltet aber die Gefahr von falsch-positiven Befunden vor allem im Bereich von niedrig-malignen Zellen. Eine weitere Sensitivitätssteigerung wäre über qualitätssichernde Maßnahmen zu erreichen. Die relativ niedrige Sensitivität des Tests ist der hauptsächliche Grund für die Empfehlung zu einer jährlichen Kontrolle mittels PAP-Abstrich.
In den letzten Jahren konnte ein Zusammenhang zwischen bestimmten Typen der sexuell übertragbaren Human Papilloma Viren (HPV) und der Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs nachgewiesen werden. Für den routinemäßigen Einsatz der HPV-Testung im Rahmen des Gebärmutterhalskrebs-Screenings fehlt jedoch bislang die wissenschaftliche Evidenz (U.S. Preventive Services Task Force, http://www.ahcpr.gov/clinic/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.htm). Die Anzahl der sexuell aktiven Frauen, die HPV-infiziert sind, unterliegt starken regionalen Unterschieden. Die Infektionen verlaufen in siebzig Prozent der Fälle nicht chronisch (Evander et al., 1995). Bei etwa zwei bis sechs Prozent der HPV-infizierten Frauen entwickelt sich innerhalb von drei Jahren aus einer niedrig-gradigen intraepithelialen Veränderung eine höher-gradige (Woodman et al., 2001).

Die österreichischen Frauengesundheitszentren fordern daher,

- die Gewährleistung des Rechts von Frauen auf umfassende Information durch unabhängige, interessensneutrale Informations- und Beratungseinrichtungen. Dies ist die Voraussetzung einer informierten Entscheidung von Frauen. Im Zusammenhang mit der Problematik des Gebärmutterhalskrebses muss die Aufklärung über besondere Risiken informieren und Fakten über die HPV-Testung und den Aussagewert des PAP-Abstriches allgemein und im Hinblick auf das individuelle Risiko jeder Frau beinhalten.
- Maßnahmen zur Verbesserung der Aussagekraft von PAP-Abstrichen als Methode der Wahl, da zu alternative Untersuchungsmethoden bislang noch keine evidenzbasierten Einschätzungen möglich sind. Über die derzeitige Praxis der Empfehlung des einjährigen PAP-Screening-Intervalls hinaus sind weitere Maßnahmen erforderlich, z.B. die Fortbildung von Ärzt/innen in der Abnahmetechnik und qualitätssichernde Maßnahmen in den befundenden Einrichtungen (Labor), die verpflichtend eingeführt und evaluiert werden müssen.
- die Information von Mädchen und Frauen über die sexuelle Übertragbarkeit des HP-Virus und dessen Rolle in der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs. Dies könnte z.B. durch eine öffentlichkeitswirksame Kampagne erfolgen.
- die Verbreitung der primärpräventiven Botschaft, dass Kondombenutzung eine Infektion mit dem HP-Virus und anderen sexuelle übertragbaren Erkrankungen verhindern kann.

(Siehe auch: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/cervicalcancer.html;
http://www.ffgz.de/kritschbetr.htm#pap)

[65] Die mittels Zellabstrich vom Gebärmuttermund entnommen Zellen werden mikroskopisch untersucht und die Ergebnisse anhand eines Klassensystem kategorisiert, das nach dem griechischen Begründer der Zytodiagnostik Papanicolaou benannt ist (Abkürzung PAP).

10.4 Geschlechtsspezifische Ansätze in der Gesundheitsförderung

Querverweis auf die Kapitel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gewalt, Essstörungen, Altern(n)

10.4.1 Ansatzpunkte für die Entwicklung geschlechtsspezifischer Prävention und 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 Männer deutlich häufiger 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"[66] 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).

Vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wurden zwischen 1999 und 2004 Föderzusagen für vierzig Projekte mit Hauptzielgruppe Frauen bzw. Hauptthematik Frauengesundheit, acht Projekte mit Hauptzielgruppe Männer bzw. Hauptthematik Männergesundheit, sieben Projekte mit Genier-Thematik und drei Projekte mit Hauptthematik Familie und speziellem Fokus auf Frauen erteilt.

Für den vorliegenden Bericht wurde eine Auswahl von Ansätzen der Gesundheitsförderung getroffen, die – im engeren oder weiteren Sinn – in den Bereich der Frauengesundheit fallen; ein vollständiger Überblick ist in diesem Rahmen nicht möglich. Vorausschickend sei auf die Kapitel des vorliegenden Berichtes zu den Themenbereichen Essstörungen und Gewalt hingewiesen, wo auch auf Prävention Bezug genommen wird. Auf folgende Schwerpunkte wird Bezug genommen:

- **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, es wird über ein bevölkerungsbezogenes Programm berichtet.
- 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 über-**

[66] http://www.bips.uni-bremen.de/pdf/geschlecht.pdf

tragbarer 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 Krankenpfleger/innen, aber auch die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit gemeint.

10.4.2 Psychische Gesundheitsförderung

Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen zählen derzeit zu den zentralen Herausforderungen der Public Health. Depressionen, Angststörungen und psychosomatische Störungen als die häufigsten psychischen Störungen betreffen rund ein Fünftel der Bevölkerung – vor allem Frauen. Da die Erhaltung der psychischen Gesundheit und das Entstehen psychischer Krankheiten multikausale Prozesse sind, müssen gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen auf mehreren Ebenen ansetzen: sowohl auf der Ebene der allgemeinen Bevölkerung (*universelle Prävention*), aber auch bei Risikogruppen (*selektive Prävention*) und bei Personen mit psychischen Symptomen unterhalb der Krankheitsschwelle in Form von Früherkennung und Frühintervention (*indizierte Prävention).*

Ein umfassendes bevölkerungsweites Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit wurde von der EU im Jahr 1999 in Form der Gemeinschaftsmaßnahme zur *Förderung der psychischen Gesundheit und zur Bekämpfung der psychischen Erkrankungen in Europa* beschlossen, in dem die Mitgliedsstaaten aufgefordert sind, zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen tätig zu werden, des Weiteren den Austausch von Daten und bewährten Verfahren sowie gemeinsame Projekte mit anderen Mitgliedstaaten zu fördern und die Forschung im Bereich der psychischen Gesundheit und ihrer Förderung voranzutreiben. Dieses Rahmenprogramm wurde vom *European Network Mental Health Policy* entwickelt, einer 1995 gegründeten Vereinigung unter der Koordination des finnischen STAKES (Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit) (Lathinen et al., 1999).

Tabelle 10-5. Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Bekämpfung der psychischen Erkrankungen

Ziele	- Wertschätzung und Sichtbarmachen von Problemen der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung, bei definierten Zielgruppen und Individuen - Psychische Gesundheit bewahren, erhalten und verbessern - Kampf gegen Stigma und Diskriminierung von Individuen und Gruppen mit psychischen Problemen und ihre Förderung ihrer sozialen Integration - Verbesserung der Qualität, Wirkungsgrad, Effektivität von Strategien zur psychischen Gesundheitsförderung	
Zielgruppen (Auswahl)	- die gesamte Bevölkerung - Frauen - Schwangere - Jugendliche - Familien, junge Eltern, Familien in sozialer Not - Arbeitnehmer/innen, Arbeitslose, Menschen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit - pflegende Angehörige	- Alleinlebende - Migrant/innen und Flüchtlinge - Gefängnisinsassen - Alkohol- und Drogenkranke - chronisch körperlich Kranke - Menschen mit geringer Ausbildung - Opfer von Kindesmisshandlung - Menschen in ländlichen und abgelegenen Gemeinden - Medienschaffende
Teilziele und Schwerpunktthemen	- Maßnahmen zur Erhöhung der psychischen Widerstandskraft vulnerabler Gruppen - Maßnahmen zur Reduzierung von Risikofaktoren - Schaffen von Arbeitsbedingungen, die die psychische Gesundheit fördern - Verbessern des Wissens und der Wahrnehmung über Themen der psychischen Gesundheit und Krankheit	
Akteur/innen	- die Betroffenen selbst - Gesundheitseinrichtungen und Angehörige der Gesundheitsberufe - Politisch Verantwortliche - Arbeitgerber/innen und Arbeitsorganisationen - Medien - Selbsthilfegruppen	

Quelle: Bramsfeld et al., 2003; S.225ff.

10.4.3 Geschlechtersensible Ansätze in der Suchtprävention

Zentrale Zielsetzungen der Suchtprävention sind die Vermeidung und/oder Hinauszögerung des Einstiegs in den Konsum legaler und illegaler Drogen, die Früherkennung und Frühintervention bei riskantem Konsumverhalten und die Verringerung von Missbrauch und Sucht. Als besonders wirksam in der Suchtprävention hat es sich erwiesen, die Zielgruppen in ihren Lebenswelten anzusprechen: Kinder und Jugendliche in Familie, Schule und Freizeit; erwachsene Menschen werden am besten über den Arbeitsplatz und über das Gesundheitswesen erreicht; Multiplikator/innen und Kooperationspartner/innen müssen in eine nachhaltige Zusammenarbeit eingebunden werden (www.bzga.de >Suchtprävention). Die Motive des Substanzkonsums sind bereits bei Jugendlichen von einem deutlichen Geschlechtsunterschied geprägt: Burschen zeigen vor allem nach außen gerichtetes Risikoverhalten (erhöhten Alkoholkonsum, riskantes Verkehrsverhalten, …), bei Mädchen sind innenorientierte und autoaggressive Verhaltensweisen wie z.B. problematisches Ess- und Diätverhalten oder Medikamentenkonsum häufiger (Kolip, 1997; Helfferich, 1994; Franzkowiak et al., 1998; Pott, 2003).

Eine Analyse der drogenspezifischen Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen in Österreich betont die Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Forschung, muss aber auch bestehende, nicht nur geschlechtsspezifische Defizite feststellen. In der Frage nach ergänzenden Angeboten, die erforderlich sind, diese Defizite abzubauen, wird der Ausbau einer die Drogenproblematik integrierenden außerschulischen Jugendarbeit bzw. Jugendhilfe der Schaffung drogenspezifischer Angebote im Rahmen der Drogenhilfe vorgezogen – mit dem Argument, dass das Probieren und der Konsum legaler und illegaler Drogen zum Jugendalter dazu gehöre (ÖBIG, 2001; S.14ff).

Im Hinblick auf konkrete Maßnahmen empfiehlt diese österreichische Analyse der drogenspezifischen Präventionserfordernisse die Etablierung von Modellen der Kooperation zwischen Jugend und Drogenarbeit in Form von aufsuchender Drogenarbeit, wie z.B. mobile Drogen-Berater/innen, die Jugendeinrichtungen oder auch Raves und andere Szene-Treffpunkte aufsuchen. Es wird betont, dass ein akzeptierender Ansatz, Lebensweltorientierung und Szene-Adäquanz, Partizipation und Erlebnisorientierung in die Planung erfolgreicher Drogenprävention einbezogen werden müssen. Weitere Forderungen sind die Schaffung bedürfnisgerechter Räume für Jugendliche, Verbesserung von Lebensperspektiven und -chancen von Jugendlichen, verstärkte positive Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Entkriminalisierung des Drogen-Themas und Qualitätssicherung (ÖBIG, 2001).

Gender Budgeting im Bereich der Suchtbekämpfung

Im Mai 2004 wurde im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ein Pilotprojekt zur Analyse des Budgets zur Suchtbekämpfung nach Kriterien des *Gender Budgeting* gestartet. Dabei werden die Verteilung der finanziellen Ressourcen und die Maßnahmen des Ministeriums sowie ausgewählter regionaler Drogenbekämpfungseinrichtungen nach ihren Auswirkungen auf weibliche und männliche Drogenabhängige analysiert. In einer zweiten Phase wird anhand der gewonnen Erfahrungen mit der Analyse eines Ressortbudgets ein Leitfaden für die praktische Umsetzung von Gender Budgeting im Bundesdienst erarbeitet (www.bmgf.gv.at).

10.4.4 Prävention im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Sexualpädagogik und HIV/AIDS/STD-Prävention

Kinder und Jugendliche erhalten Informationen über Sexualität in unterschiedlichen Settings: die wichtigsten sind Familie, Schule, Freund/innen und Medien. Sexualerziehung in Schulen ist in Österreich erst seit den 1970er Jahren verankert, in Schweden etwa gab es erste Ansätze bereits in den 1920er Jahren. Mit Beginn der HIV/AIDS-Epidemie zu Beginn der 1980er Jahre wurden neue und massive Herausforderungen an die Prävention im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gestellt: war doch bis zur Entwicklung wirksamer Therapien vor wenigen Jahren die Diagnose einer HIV-Infektion mit Unheilbarkeit und Tod assoziiert. Eine Integration der schulischen Sexualpädagogik und der vor-

wiegend von nicht öffentlichen psychosozialen Vereinen geleisteten HIV/AIDS/STD-Prävention in ein gemeinsames Konzept zur Förderung und Erhaltung sexueller und reproduktiver Gesundheit ist bislang noch nicht gelungen, wird aber – wie im europäischen Kontext bereits realisiert - angestrebt (Baldaszti, 2002, 2003). Der Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ist einer der wenigen Bereiche, in dem es explizit frauenspezifische Präventionsprogramme gibt, in diesem Bereich wird im Gegenzug das Fehlen entsprechender Programme für Männer moniert, zum Beispiel wenn es um die Mit-Verantwortung der Männer bei der Verhütung unerwünschter Schwangerschaften geht – Verhütung wird nach wie vor überwiegend als Frauensache gesehen. Besonders im Bereich der HIV/AIDS-Prävention, die für andere Gesundheitsbereiche modellhafte Präventionsansätze entwickelt hat, wurden in den vergangenen Jahren frauenspezifische Projekte und Programme erarbeitet (Hilgefort, 2000; Weilandt et al., 2001). Die Aids Hilfe Wien hat die besondere Bedeutung der frauenspezifischen Prävention anerkannt und eine eigene Abteilung für HIV/AIDS-Prävention bei Frauen eingerichtet.

Stand der Sexualpädagogik in Österreich

Sexualerziehung ist in österreichischen Schulen durch einen ministeriellen Grundsatzerlass aus dem Jahr 1970 legistisch-administrativ geregelt. Demnach ist Sexualerziehung als "Unterrichtsprinzip" aufzufassen. Fragen der Sexualität und Partnerschaft werden nicht einem oder wenigen Unterrichtsgegenständen zugeordnet, sondern sind fächerübergreifende Lernbereiche im gesamten Unterricht. Im Grundsatzerlass des Bildungsministeriums *Sexualerziehung in den Schulen* wird des Weiteren betont:

„In der Sexualität ist von einer biologisch fundierten Basis auszugehen; die Schule hat aber nicht nur die Aufgabe, sexualkundliche Information zu vermitteln, sondern echte Lebenshilfe zu bieten. Die Sexualerziehung soll nicht wertfrei sein. In unserer pluralistischen Gesellschaft gibt es aber in diesem Bereich keine einheitlichen Auffassungen. Dementsprechend sind die Leitvorstellungen der verschiedenen Gesellschaftsgruppen zur Sexualerziehung darzulegen (Aufbau eines Wertewissens) und im Geiste gegenseitiger Achtung zu diskutieren."

Der Grundsatzerlass definiert zudem die Aufgaben der Schulärzt/innen und dass außerschulische Angebote heran gezogen werden können. Trotz des Grundsatzerlasses zur Sexualerziehung und trotz der Bereitstellung von Unterrichtsmaterialien wird seither wiederholt festgestellt, dass die Umsetzung des Unterrichtsprinzips Sexualerziehung Defizite aufweise: Die Materialien zur Sexualerziehung würden eher selten eingesetzt, es werde auch kaum fächerübergreifend gearbeitet, Sexualerziehung bleibe vor allem auf den Biologieunterricht beschränkt. Insgesamt wird Sexualerziehung von vielen Lehrer/innen auch als persönlich schwierige Aufgabe gesehen.
Eine Diskussion der Ist-Situation der Sexualaufklärung in Österreich bemängelte, dass außerschulische Sexualerziehung zu wenig präsent und nicht institutionalisiert sei und u. a. aus diesen Gründen auch ohne nennenswerte öffentliche Förderung bleibe. Es gibt keine Qualitätssicherung der sexualpädagogischen Ausbildung, aber auch nicht im Bereich der gesamten Sexualerziehung. Eine Vernetzung der Informationsangebote und mehr Transparenz wären erstrebenswert. Von inhaltlicher Seite ist vermehrte Mitbestimmung von Jugendlichen und eine Diskussion der Wertneutralität bei der Vermittlung von Sexualaufklärung notwendig (Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung, 2002).

Die Praxis der Sexualpädagogik und der HIV/AIDS/STD-Prävention

Trotz vieler Defizite gibt es in der Praxis der Sexualerziehung und der HIV/AIDS/STD-Prävention eine Reihe von effektiven elterlichen, schulischen und außerschulischen frauen- und mädchenspezifische Aktivitäten, dazu einige Beispiele:

Die seit 1966 tätige, vom Familienministerium unterstützte Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF) bietet eine breite Palette von sexualpädagogischen Angeboten an. Lokalisiert in sechs Wiener Spitälern und in einem in Niederösterreich ist sie spezialisiert auf Verhütungs- und Schwangerenberatung für Frauen und Männer; spezifische Angebote für Migrant/innen, sozial Benachteiligte und Frauen mit Behinderung, aber vor allem für Jugendliche stehen zur Verfügung. Das Modell der *First Love*-Sexualambulanzen für Jugendliche, die es ursprünglich nur in Wiener Spitälern gab, wurde von anderen Trä-

gern übernommen und wird inzwischen auch in Spitälern in den Bundesländern Kärnten, Steiermark, Salzburg und Oberösterreich angeboten. Anonyme Telefonberatung, E-mail Beratung und sexualpädagogische Gruppenarbeit und eine Vielzahl von Informationsmaterialien (z.B. ein Verhütungsmittelkoffer, ein Methodenhandbuch zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, …) vervollständigen das Angebot.

Das sexualpädagogische Modell *Love Talks*-Programm des Österreichischen Instituts für Familienforschung (ÖIF) zielt auf das gegenseitige Verständnis zwischen Eltern, Lehrer/innen und Schüler/innen ab, die unter Anleitung einer/s externen Moderator/in gemeinsam die konkreten sexualpädagogischen Maßnahmen planen und die Auswahl der behandelten Themen treffen. Das seit 1985 in Österreich erfolgreich durchgeführte Modellprojekt wird seit 1998 mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auch in Deutschland umgesetzt (BZgA, 1998).

Die Servicestelle für Gesundheitsbildung des Österreichischen Jugendrotkreuzes (GIVE), unterstützt von den Ministerien für Gesundheit und Bildung, hat sich als Informationsdrehscheibe für Schulen etabliert und bietet umfangreiche Information zum Thema Sexualität, aber auch zu vielen anderen Gesundheitsthemen.

Zentrale Instanz der HIV/AIDS-Prävention in Österreich sind die 1985 gegründeten und 1991 reorganisierten sieben regionalen AIDS-Hilfen (in allen Bundesländern mit Ausnahme von Niederösterreich und Burgenland), die mit Unterstützung der Länder und des Gesundheitsministeriums niederschwellig präventive Maßnahmen zu HIV/AIDS und sexuell übertragbaren Erkrankungen umsetzen (www.aidshilfen.at). Neben allgemeiner Beratung werden anonyme HIV-Tests und Begleitung von Menschen mit HIV/AIDS und deren Angehörigen angeboten.

Besonders hervorzuheben ist, dass die AIDS Hilfe Wien im Jahr 1997 eine eigene Abteilung für HIV-Prävention bei Frauen eingerichtet hat. Neben der Zielgruppe der Frauen insgesamt werden Frauen mit Migrationshintergrund angesprochen, etwa in Form von des von UNAIDS als Model of Best Practice ausgezeichneten *Parkprojekts*, das mit der Methode der aufsuchenden Präventionsarbeit Migrant/innen in Wiener Parks über Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit informiert. Auf europäischer Eben ist die Frauen-Präventionsabteilung mit dem europäischen *AIDS & Mobility*-Projekt vernetzt (www.aidsmobility.org). Ein weiterer Schwerpunkt der frauenspezifischen HIV/AIDS-Prävention ist die Vernetzung mit den österreichischen Frauenhäusern, wo vor allem von Gewalt betroffene Migrantinnen angesprochen werden.

10.4.5 Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheits- und Krankenpflege

Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege bedeutet, dass beruflich Pflegende und Ärzt/innen über die Kranken- und Altenpflege hinaus in zunehmendem Maße Gesundheitspflege übernehmen: dies findet ja bereits seinen Ausdruck in der Berufsbezeichnung *Gesundheits- und Krankenpflege*. Eine Verbindung von Pflege mit Gesundheitsförderung und Prävention wird auch durch den Begriff der *Pflegeprävention* hergestellt, der als gesundheitsförderliches, präventives und rehabilitatives pflegerisches Handeln zur Erhaltung von Selbständigkeit und Gesundheit oder zur Vorbeugung und Abmilderung von Pflegebedarf definiert ist. Zwei Bedeutungen werden im Begriffe der Pflegeprävention zusammengefasst: zum einen das inhaltliche Ziel, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zugleich benennt der Begriff auch, wie des geschehen soll, nämlich durch präventives pflegerisches Handeln (Ströbel, 2004; S.251).

Auf europäischer Ebene hat die zweite WHO-Gesundheitsministerkonferenz zum Pflege- und Hebammenwesen in Europa im Juni 2000 in München in der *Erklärung von München – Pflegende und Hebammen: ein Plus für Gesundheit* zunächst die bedeutende Rolle hervorgehoben, die die sechs Millionen Pflegenden und Hebammen in Europa in der gesundheitlichen Entwicklung und der Erbringung gesundheitlicher Leistungen spielen und betont, wie wichtig es sei, das berufliche Prestige von Pflegenden und Hebammen zu stärken und das präventive Potenzial dieser Berufsgruppen voll auszuschöpfen. Pflegenden und Hebammen kommt eine Schlüsselrolle zu sowohl in der Bewältigung der Public-Health-Herausforderungen als auch bei der Sicherstellung von hochwertigen, zugänglichen, chancengleichen, effizienten und gegenüber den Rechten und sich wandelnden Be-

dürfnissen der Menschen aufgeschlossenen Gesundheitsdiensten, die die Kontinuität der Versorgung sichern.

Folgende Maßnahmen zur **Stärkung von Pflege- und Hebammenwesen** werden angeregt:

- sicherstellen, dass Pflegende und Hebammen auf allen Ebenen der Grundsatzarbeit und der Umsetzung von Konzepten zur Entscheidungsfindung beitragen;
- sich mit den Hindernissen, insbesondere mit der Nachwuchspolitik, mit geschlechtsspezifischen und das berufliche Prestige von Pflegenden und Hebammen betreffenden Problemen und mit der ärztlichen Dominanz auseinandersetzen;
- finanzielle Anreize bieten sowie bessere Laufbahnmöglichkeiten eröffnen;
- die Aus- und Fortbildung sowie den Zugang zu einer akademischen Pflege- und Hebammenausbildung verbessern;
- Pflegenden, Hebammen und Ärzten Möglichkeiten bieten, in der Aus- und Weiterbildung gemeinsam zu lernen, um im Interesse einer besseren Patient/innenversorgung ein stärker auf Kooperation und Interdisziplinarität ausgerichtetes Arbeiten sicherzustellen;
- die Forschung und die Verbreitung von Informationen unterstützen, um die Wissens- und Faktengrundlage für die Pflege- und Hebammenpraxis zu erweitern;
- nach Möglichkeiten suchen, um in der Gemeinde familienorientierte Pflege- und Hebammenprogramme und -dienste, darunter gegebenenfalls auch für die Familiengesundheitspflege, zu schaffen und zu unterstützen;
- die Rolle von Pflegenden und Hebammen in Public Health, Gesundheitsförderung und gemeindenaher Entwicklungsarbeit ausweiten.

Trotz derartiger Initiativen sind der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege bislang noch gering und häufig auf medizinische sekundärpräventive Maßnahmen der Verhinderung von Folgeerkrankungen beschränkt. Umfassende Konzepte, wie Gesundheitsförderung im direkten Patient/innenkontakt zu gestalten sei, fehlen bislang und sind auch in der Ausbildung unterrepräsentiert. Als Zukunftsoptionen wird eine Ablöse der so genannten sequenziellen Modelle der Gesundheitsarbeit - wonach Pflege an das Ende der Versorgungskette gestellt wird und auf die kompensatorische Versorgung schwerstbeeinträchtiger reduziert wird – angestrebt. Im Gegensatz dazu erscheint eine Ausweitung der pflegerischen Strategien auf das gesamte Spektrum eines *Kontinuums der Pflege* sinnvoll, das gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative, begleitende (Langzeit) und palliative Aspekte beinhaltet. Präventives pflegerisches Handeln, das derzeit vor allem als sekundär- und tertiärpräventiver Aufgabenbereich verstanden wird, soll auf primärpräventive Aufgaben ausgeweitet werden; positive Erfahrungen mit diesem Ansatz konnten bereits im Rahmen von Case-und Care-Management-Projekten gesammelt werden, z.B. im Entlassungsmanagement oder in der Vermittlung niederschwelliger Betreuungsleistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger (Brucker et al., 2004, S.314; Robert-Bosch-Stiftung, 2000, S.101; Ströbel, 2004, S.250).

Hausbesuche in der Pflege älterer Menschen

Als empfehlenswertes Praxismodell für präventive pflegerische Maßnahmen sind präventive Hausbesuche zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit alter Menschen zu sehen. Dabei wird zunächst die Lebenssituation mittels multidimensionaler Kriterien erfasst (Gesundheitszustand, personenbezogene Faktoren, Umweltfaktoren) und darauf aufbauend individuelle Präventionspläne gemeinsam mit den Klient/innen erarbeitet, die in den Folgebesuchen bezüglich ihrer Umsetzung hinterfragt und dementsprechend modifiziert werden und somit den individuellen Bedürfnissen angepasst bleiben (Kruse, 2002).

Die Familien-Gesundheitsschwester

Im Gesundheit21-Rahmenkonzept der WHO für die Europäische Region wird ein neuer Typ von Pflegenden eingeführt, nämlich die Familien-Gesundheitsschwester. Die WHO hat im Jahr 2000 ein Ausbildungs-Curriculum dazu vorgelegt, der nach erfolgreichem Abschluss des Ausbildungsgangs einen postgraduellen akademischen Grad und die Fachqualifikation *Familien-Gesundheitsschwester* vorsieht (WHO, 2000). Die WHO knüpft in der Konzeption von Rolle und Funktion der Familien-Gesundheitsschwester an die in einigen europäischen Ländern bereits etablierten Gemeindeschwestern bzw. der so genannten Public-Health-Schwestern an, die vor Ort und niederschwellig Pflege übernehmen. Als

mögliche Zielgruppen und Settings werden im vorliegenden WHO-Curriculum folgende Szenarios der Pflege durch Familien-Gesundheitsschwestern als Beispiele angegeben: die Pflege allein stehender Frauen mit Brustkrebs; die Betreuung einer Familie mit psychischen und alkoholbedingten Gesundheitsproblemen; die Betreuung einer Familie mit einem Neugeborenen; die Pflege eines älteren Witwers mit multipler Krankheitspathologie; die Betreuung einer Familie, wo der Vater starker Raucher ist, das Rauchen aber aufgeben möchte; die Betreuung einer allein stehenden Schwangeren, die drogenabehängig ist; die Betreuung einer Teenager-Mutter; die Betreuung einer Flüchtlingsfamilie, die einer ethnischen Minderheit angehört; Unfallverhütung und Abbau von gesundheitlichen Chancenungleichheiten (WHO, 2000; S.33ff.).
Das Curriculum wurde in Österreich vom BMGF an alle Bundesländer geschickt, bislang ist es jedoch noch zu keiner Umsetzung gekommen.[67]

10.4.6 Prävention ungünstiger Ernährungsweisen: das Versagen des Rationalitätsprinzips

Das herrschende Schönheitsideal eines schlanken Körpers wirkt sich erheblich auf das Essverhalten aus, wie man beispielsweise am exzessiven Diätverhalten von Mädchen und Frauen sehen kann. *Gesunde Ernährung* hingegen findet viel schwerer – und vor allem auf einer rationalen Ebene – Akzeptanz. Seitens der Ernährungswissenschaften liegt exaktes Wissen vor, welche Nährstoffzufuhr erforderlich ist, um von *gesunder Ernährung* sprechen zu können. Angesichts der epidemischen Verbreitung von Adipositas wird in Fachkreisen jedoch ein *Versagen des Rationalitätsprinzips* konstatiert: Das individuelle Essverhalten orientiert sich nur selten an den Vorgaben der Ernährungswissenschaften, sondern ist von unterschiedlichen psychischen Motiven und Bedürfnissen gesteuert. Häufig entsteht eine Diskrepanz zwischen dem ernährungsphysiologischen Bedarf und den psychischen Bedürfnissen, das Essverhalten führt zu einer Ernährungsweise, die den Bedarf des Körpers nicht deckt oder übersteigt; Fehl-, Mangel-, Unter- oder Überernährung ist die Folge (Pudel, 2001). Unter diesen Voraussetzungen müssen Präventionsansätze, die sich nur auf die Vermittlung ernährungsphysiologischen Wissens beschränken, scheitern. Ebenso sind Präventionsprogramme, die nur das Essverhalten modifizieren wollen, begrenzt wirksam: In jedem Fall müssen die vielfältigen psychologischen Motive des Essverhaltens berücksichtigt werden, wenn man langfristige und nachhaltige Veränderungen ungünstiger Ernährungsgewohnheiten erreichen will. Tut man dies nicht, wird der *Jojo-Effekt* – der Rückfall in alte Ernährungsgewohnheiten nach einer Diät – nicht ausbleiben. Essen ist ein zentrales menschliches Grundbedürfnis und von dementsprechend starker emotionaler Bedeutung. Es ist eine leicht zugängliche Form des Lustgewinns und erhält durch diese Eigenschaft häufig die Rolle einer Ersatzbefriedung bei Frustration anderer grundlegender menschlicher Bedürfnisse wie Liebe, Sexualität, soziale Anerkennung. In der psychologischen Therapie gestörten Essverhaltens sind geringer Selbstwert, Aggressionshemmung und mangelnde soziale Abgrenzung zentrale Themen. Diese Aspekte dürfen bei der Planung von Programmen zur Prävention von Ernährungsstörungen nicht vergessen oder ausgeklammert werden.

[67] Persönliche Mitteilung von Frau Generaloberin Charlotte Staudinger, Leiterin des Geschäftsbereichs Strategische Planung und Qualitätsmanagement, Generaldirektion des Wiener Krankenanstaltenverbunds (KAV)

Motive für das Essverhalten

Geschmacksanspruch	Erdbeeren mit Schlagobers sind der höchste Genuss
Hungergefühl	ich habe einfach Hunger, ich muss das jetzt essen
ökonomische Bedingungen	das ist im Sonderangebot, das kaufe ich
Esskultur	in der Früh Kaffee mit Kipferl
traditionelle Einflüsse	Omas Kekse zu Weihnachten
Gewohnheiten	ich esse immer eine Suppe vor der Mahlzeit
emotionale Wirkung	ein Stück Schokolade in der Stresssituation
soziale Gründe	bei Fondue lässt sich gut unterhalten
sozialer Status	die Hubers laden wir zum Lachsessen ein
Angebotslage	man isst das Kantinenessen, weil es das gerade gibt
Fitnessüberlegungen	soll gut fürs Joggen sein
Schönheitsansprüche	halte Diät, um schlank zu bleiben
Verträglichkeit	Kohl esse ich nicht, das vertrage ich nicht
Neugier	mal sehen, wie das schmeckt
Angst vor Schaden	Rindfleisch esse ich nicht wegen BSE
pädagogische Gründe	wenn Du Hausaufgaben machst, bekommst Du ein Zuckerl
Krankheitserfordernisse	Zucker darf ich nicht essen, wegen meines Diabetes
magische Zuweisungen	Sellerie esse ich für die Potenz
pseudowissenschaftlich	Trennkost zum Abnehmen
Gesundheitsüberlegungen	soll gesund sein, also esse ich das

Quelle: Hurrelmann et al., 2004; S.113

Verhältnisprävention zur Veränderung ungünstiger Ernährungsgewohnheiten

Es darf nicht vergessen werden, dass Diäten und Bewegungsprogramme keine gesundheitsfördernden oder primär präventiven Maßnahmen darstellen: ungünstige Ernährungsgewohnheiten oder Bewegungsmangel bestehen bereits und sollen sekundärpräventiv verändert werden. Gesundheitsfördernde Ernährungs- und Bewegungsmuster müssen also vorher ansetzen, das heißt so früh als möglich in der Kindheit. Lebenslang realisierbare Verhaltensstrategien müssen erlernt werden, kurzfristige Maßnahmen, die nach Tagen oder Wochen wieder eingestellt werden, haben keine präventive Wirkung (Hurrelmann 2004; S.117).

Exkurs: Du bist, wie Du isst. Plädoyer für eine neue Esskultur

Johanna Ehmsen-Höhnl, MAS, DGKS und DAS; BM für Gesundheit und Frauen, Abteilung III/B/10, Wien

Die Vorteile einer gesunden, abwechslungsreichen und schmackhaften Ernährung sind inzwischen bekannt, zudem wissenschaftlich ausreichend nachgewiesen. Es genügt aber nicht, die daraus folgenden Ernährungsempfehlungen mehr oder weniger konsequent umzusetzen. Was in unserem Kulturkreis oft fehlt sind adäquate Rahmenbedingungen als unabdingbare Voraussetzung, um mit Genuss und Stil, Freude und Gelassenheit so oft wie möglich bewusst und dankbar die Mahlzeiten einzunehmen, diese nicht nur bei besonderen Anlässen zu zelebrieren. Es geht nämlich um viel mehr als durch die bloße Aufnahme von Nahrungsmitteln den Hunger zu stillen! Sattwerden sollte nicht vordringlich eine Frage der dafür benötigten Minimalzeit sein, sondern ganz bewusst eine maximale Auszeit für Probleme, Konflikte und Erziehungsmaßnahmen. Die fatalen Auswirkungen negativer sozialer und psychischer Einflüsse werden oft nicht erkannt, eher verdrängt oder einfach nicht akzeptiert und Ernährungsstörungen selten in deren tatsächlichen kausalen Zusammenhang gebracht. Die Lebensqualität steigt demnach nicht nur mit der Lebensmittelqualität und diese nicht nur durch die Zubereitungsqualität. Aber durch eine neue Koch-, Ess- und Kommunikationskultur kann ein neuer lustvoller Umgang mit und für Körper und Seele, ein neuer Gesamtzugang entstehen. Im Sinne der Salutogenese als wesentlicher Gesundheitsfaktor, als Präventionsstrategie durch Paradigmenwechsel, könnten - neben der Vermittlung von naturwissenschaftlichen Ernährungsempfehlungen - Weichen für eine positivere soziale Identifikation, für eine neue Ess- und Kommunikationskultur während eines gesunden, schmackhaften und liebevoll zubereiteten Essens gestellt werden. Ernährungsverhalten und Ernährungsmuster lassen sich beobachten, analysieren, auswerten – jedoch nicht leicht ändern. Sozialisierte Gewohnheiten werden bekanntlich bereits im Säuglingsalter erlernt, angenommen und gefestigt. Andere Faktoren wie Wissen, Geschlecht, Ressourcen, aber auch die Einwirkung von Umgebung, Vorbildern und Lebensstile sind zudem noch maßgeblich an der Lebensführung beteiligt. Die Weichen für eine positive Esskultur werden zwar sehr früh gestellt, ob das Essen letztlich zur Last oder zur Lust wird kann jederzeit bei gutem Willen und einer entsprechenden Bildung gefördert und kultiviert werden: „Sage mir nicht nur was, sondern auch wie du isst..."

10.4.7 Der Gender-Aspekt in der Prävention der Nikotinabhängigkeit

Die Zunahme der Zahl nikotinabhängiger Frauen und Mädchen lässt die Frage nach geschlechtsspezifischen Strategien der Prävention aktuell werden. Im Zusammenhang mit der Nikotinabhängigkeit ist zwischen der Primärprävention bei nichtrauchenden Kindern und Jugendlichen und der Sekundärprävention durch Rauchertherapie zu unterscheiden.

Die Primärprävention des Rauchens, die Kinder und Jugendliche davor bewahren soll, je mit dem Rauchen zu beginnen, sind in der Altersgruppe der Zehn- bis Zwanzigjährigen angesiedelt, da nach dem zwanzigsten Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit erstmals mit dem Rauchen zu beginnen, abnimmt. Das bedeutet, dass ein Großteil der primärpräventiven Programme zum Thema Nikotinsucht in der Schule angesiedelt sein sollte. Generell kam es seit den Anfängen der schulischen Präventionsmaßnahmen zu einem Paradigmenwechsel, der von Maßnahmen, die auf Wissensvermittlung, Aufklärung und Abschreckung basierten, zu neueren Ansätzen führte, die bei den psychosozialen Ressourcen ansetzt mit dem Ziel der Stärkung von individuellen Kompetenzen, sich für ein *Nein* zum Nikotinkonsum zu entscheiden (Jerusalem und Mittag, 2002; S.172). In Österreich wurde im Herbst 2004 ein Programm „Die rauchfreie Schule – gemeinsam gegen das Rauchen" gestartet, geschlechtsspezifische Präventionsansätze sind darin nicht explizit ausgewiesen (BMBWK, 2004). Umfangreiches Informationsmaterial vor allem für Schulen wird von GIVE, der Servicestelle für Gesundheitsbildung im Österreichischen Jugendrotkreuz, im Internet zur Verfügung gestellt (www.give.or.at).

Rauchertherapie wird in Österreich von unterschiedlichen Berufsgruppen und Ansprechpartner/innen angeboten: Ärzt/innen, Psycholog/innen, Krankenhäuser, Betrieben, etc. Die erste öffentliche Raucherberatungsstelle wurde 1973 im Gesundheitsamt der Stadt Wien eingerichtet. Seit 1997 ist in Österreich eine rund dreiwöchige stationäre Nikotinentwöhnung möglich, die derzeit in fünf stationären Einrichtungen in Graz, Nieder- und Oberösterreich angeboten wird. Die Nichtraucher/innenquote beträgt nach einem Jahr rund fünfzig Prozent (Püringer, 2004; S.50). Aktuelle geschlechtsspezifische Studien zur Wirksamkeit der unterschiedlichen Therapieansätze im Vergleich liegen für Österreich nicht vor. Das *US Department of Health and Human Services* hat umfassende Meta-Analysen zur Wirksamkeit unterschiedlicher Therapieansätze zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit durchgeführt und darauf aufbauend Richtlinien und Empfehlungen erstellt, wobei auch zielgruppenspezifische Analysen und Empfehlungen zur Rauchertherapie beinhaltet sind, und zwar für Männer vs. Frauen, schwangere Frauen, ethnische Minderheiten, psychiatrische Patient/innen, Kinder und Jugendliche bzw. alte Menschen (DHHS, 2000; S.91ff).

Die Empfehlung bezüglich möglicher Geschlechtsunterschiede in der Therapie der Nikotinabhängigkeit lautet dahingehend, dass Therapien der Raucherentwöhnung generell bei Frauen und Männer wirksam sind und daher – mit Ausnahme schwangerer Frauen – dieselben Interventionen zum Einsatz kommen können. Eine Einschränkung besteht in der Wirksamkeit von Nikotinersatztherapien, wo einige Befunde vorliegen, dass diese bei Frauen weniger wirksam sind als bei Männern. Das DHHS weist außerdem darauf hin, dass Frauen und Männer unterschiedliche Stressoren und Barrieren gegen die Raucherentwöhnung aufweisen, wie größere Wahrscheinlichkeit von Depressionen, stärkere Betroffenheit durch Gewichtsprobleme, hormonelle Schwankungen, etc. Programme zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit, die diese Aspekte ansprechen, haben vermutlich eine bessere Wirkung; es gibt jedoch kaum derartige Angebote. Nahezu keine wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt es zu Fragen, wie z.B. Motive im Zusammenhang mit Aspekten der Unfruchtbarkeit und Osteoporose sich auf den Erfolg von Raucherentwöhnungstherapien auswirken (DHHS, 2000; S.92).

Für Schwangere lautet die Empfehlung der DHHS, dass aufgrund der schwerwiegenden Risiken für Mutter und Kind in jedem Fall ausgiebige psychosoziale Interventionen angeboten werden müssen. Obwohl eine Nikotinentwöhnung in frühen Phasen der Schwangerschaft gesundheitlich am günstigsten wäre, ist eine Beendigung des Nikotinkonsums in jeder Phase der Schwangerschaft von Vorteil (DHHS, 2002; S.92).

Novelle zum Tabakgesetz

Die Novelle zum Tabakgesetz trat mit 1.1.2005 in Kraft und sieht folgende Neuerungen vor:

1. Es herrscht **Rauchverbot** an geschlossenen öffentlichen Orten, also an jedem Ort, der von einem nicht von vornherein beschränkten Personenkreis ständig oder zu bestimmten Zeiten betreten werden kann. Ausgenommen sind die Gastronomie, Trafiken, Privatzimmervermietungen, Gastronomiebereiche in Tankstellen, Buschenschanken, Schutzhütten und z.B. Rauchzonen in Dienstleistungsbetrieben, durch die der Schutz der Nichtraucher/innen nicht gefährdet ist.
2. **Rauchverbotszonen** sind gut ersichtlich auszuschildern. Im Sinne einer Übergangsphase wird Zuwiderhandeln ab 1. Jänner 2007 mit bis zu 720 Euro bestraft.
3. **Ausweitung des Werbeverbots** nach der europäischen Richtlinie ab 1. August 2005 auf Printprodukte, ab 1. Jänner 2007 auf Kino und Plakat. Vom Werbeverbot ausgenommen sind u. a. Trafiken. Ausländische Zeitungen oder Druckschriften, die nur dem Tabakhandel dienen, bleiben erlaubt, auch wenn sie Tabakwerbung enthalten. Das Werbeverbot wird im Einklang mit der EU, insbesondere der Bundesrepublik Deutschland, eingeführt. Das Werbeverbot richtet sich nicht an Medien, sondern lediglich an die Tabakindustrie, bei Verstößen wird also z.B. eine Zeitung nicht zur Verantwortung gezogen werden.
4. **Sponsoringverbot** ab 1. August 2005 für grenzüberschreitende Aktivitäten, ab 1. Jänner 2007 für alle weiteren Sponsoringaktivitäten, die dem Verkauf eines Tabakerzeugnisses dienen.
5. **Mindestpackungsgröße** von zwanzig Stück. Ausschließlich in Trafiken wird es weiterhin erlaubt sein, **Sampling**, die stückweise Gratisabgabe von Zigaretten bei der Neueinführung einer Marke, durchzuführen. Dadurch soll es erleichtert werden, neue, weniger schädliche Produkte einzuführen.

10.5 Praxisbeispiele für frauenspezifische Gesundheitsförderung

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 (Landesrät/innen für Gesundheit, Frauenbüros, …) und Multiplikator/innen (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 Expert/innenbeirät/innen). 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 veröffentlicht.

Ziel der Suche nach Praxisbeispielen für frauenspezifische Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung war, Beispiele zu finden, die über etablierte Angebote hinausgehen und neue Ansatzpunkte für zukünftige Entwicklungen bieten. Die Erhebung hatte des Weiteren das Ziel, einen Einblick in Umsetzungsstrategien, Methoden, Stärken und Schwächen frauenspezifischer Angebote und Projekte zu geben. Quantitative Aussagen können aus der Recherche nicht abgeleitet werden und sie erhebt keinesfalls den Anspruch, vollständig oder repräsentativ sein, sie soll lediglich einen Einblick in die aktuelle Praxis der Frauengesundheitsförderung geben.

Außerdem wurde im Zuge der Recherchen deutlich, dass im Bereich der frauenspezifischen Gesundheitsförderung zwar bereits vielfältige Vernetzungsprozesse im Gang sind,

es aber kaum koordinierende Instanzen gibt bzw. diese nicht miteinander vernetzt sind (z.B. Berufsverbände, Träger von Vereinen, die Gesundheitsförderung anbieten, …).

Zusammenfassung der Sammlung von Praxisbeispielen zur Frauengesundheitsförderung

- Ein Großteil der frauenspezifischen Gesundheitsförderungsangebote, die in der vorliegenden Recherche erfasst wurden, wird von (Frauen)Beratungsstellen geleistet, die auf Projektbasis meist ein- bis zweijährige Projekte durchführen. Es wurden kaum längerfristige oder unbefristete Projekte berichtet. Dies liegt vor allem daran, dass viele der Beratungsstellen jährliche Finanzierung von Förderstellen erhalten.
- Positiv ist zu bemerken, dass auch häufig marginalisierte Zielgruppen wie wohnungslose Frauen, Frauen im Sexgewerbe, Frauen in Frauenhäusern, … mit besonders engagierten Gesundheitsförderungsprojekten erreicht werden. Generell entsteht aber der Eindruck, dass Frauengesundheit noch immer stark mit reproduktiver Gesundheit assoziiert wird (Schwangerschaft, Geburt, Stillen, …).
- Ein großer Teil der Projekte ist altersspezifisch ausgerichtet, das heißt speziell für junge Mädchen oder alte Frauen.
- Viele Angebote sind im Bereich der Prävention von Essstörungen und zum Essverhalten zu finden, hingegen gibt kaum Angebote zur frauenspezifischen Suchtprävention oder zur Alkohol- und Nikotinprävention. Eine gezielte Suche nach Projekten zum Thema Alkohol- und Nikotinkonsum in der Schwangerschaft blieb bis auf wenige Ausnahmen erfolglos.
- Eine gezielte Recherche zu Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung von Frauen mit Behinderung konnte Projekte in mehreren Bundesländern ausfindig machen. Weniger erfolgreich war die Suche nach frauenspezifischen Projekten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung.
- Was die Methoden betrifft, die in den berichteten Projekten zum Einsatz kommen, ist zusammenfassend zu sagen, dass diese meist individuell entwickelt werden, es werden kaum Ansätze aus vorhandenen Praxismodelle übernommen. Generell entsteht der Eindruck, dass die Ansätze der aufsuchenden Gesundheitsförderung am zielführendsten sind.
- Evaluation wird meist intern in Form von Dokumentation geleistet, es gibt nur wenige extern evaluierte Projekte.

Überblick über Zielgruppen, Themen und Methoden der Praxisbeispiele zur Frauengesundheit:

Zielgruppen	- Frauen generell - Frauen mit Behinderung - Migrantinnen - Mädchen und junge Frauen - Ältere Frauen
Gesundheitsthemen, -risiken	- Sexualpädagogik, HIV/AIDS-Prävention - Schwangerschaft, Geburt, Stillen - Gewalt (Prävention und Betreuung) - Essstörungen (Prävention und Betreuung) - Arbeit und Gesundheit
Erkrankungen	- Brustkrebs - Psychische Erkrankungen - Essstörungen
Umsetzungsstrategien, Methoden	- Trainings, Workshops, Kurse, Vorträge, Broschüren - Interne Evaluation und Dokumentation ist sehr häufig, externe Evaluation kaum vorhanden

Die detaillierten Beschreibungen der Projekte sind in einem eigenen Band begleitend zu vorliegendem Bericht veröffentlicht (*Frauengesundheit – Beispiele aus der Praxis; 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 Klient/innen 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 Expert/innenbeirats 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 inDeutschland)
- 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:

(I)	**Gesundheitliche Chancengleichheit** von Frauen sichern durch solidarisches Handeln bei Armut, Gewalt, Diskriminierung und Stigmatisierung [HFA Ziele 1 und 2]
	Die soziale Lage bestimmt Gesundheit, Krankheit und den Zugang zum Gesundheitssystem. Frauen sind überproportional von Armut bedroht. Das Gesundheitssystem spielt eine zentrale Rolle in der Bekämpfung von Armut, Gewalt, Diskriminierung und Stigmatisierung.
Ziel 1	Die Gewährleistung gesundheitlicher Chancengleichheit für Frauen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen
(II)	**Bessere Gesundheit für alle** [HFA-Ziele 3-5, 7-9]
	Primäres Ziel ist die Reduktion von Morbidität und Mortalität bei den häufigsten und schwersten Erkrankungen von Mädchen und Frauen während ihres Lebens.
Ziel 2	Reduzieren und Bekämpfen von Erkrankungen, von denen Frauen hauptsächlich betroffen sind, das sind Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, …
Ziel 3	Berücksichtigung der besonderen Gesundheitsbedürfnisse in den einzelnen Lebensphasen von der Geburt bis zu den Hochbetagten
(III)	Nachhaltige Förderung und Bewahrung der Gesundheit durch eine **bewusste Lebensweise** und die **Schaffung gesunder Umwelten** [HFA-Ziele 6, 10-13]
	Bewusste Lebensweise muss von Kindheit an erlernt werden. Trends wie immer jüngeres Alter des ersten Konsums von Alkohol, Nikotin, Psychopharmaka und illegaler Drogen muss entegegengesteuert werden. Eine wichtige Strategie dabei ist die psychische Gesundheitsförderung.
Ziel 4	Eindämmung von Tabak-, Alkohol- und Psychopharmaka-Missbrauch und andere durch die Lebensweise bedingter Gesundheitsrisiken
Ziel 5	Förderung der psychischen Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung frauen- und genderspezifischer Belastungen
Ziel 6	Stärkung des Bewusstseins der Bedeutung von gesunden Umwelten, sowohl die natürliche Umwelt als auch die soziale Umwelt in Familie, Schule, Arbeitsplatz, …
(IV)	**Bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung von Frauen** [HFA-Ziele 14-18]
	Eine Berücksichtigung frauen- und genderspezifischer Bedürfnisse kann essenziell zur Qualitätssicherung des gesamten Gesundheitssystems beitragen. Eine geschlechtersensible Verbesserung der Prozessabläufe und eine Vernetzung von Gesundheitsangeboten sind erstrebenswert.
Ziel 7	Qualitätssicherung und Transparenz sowohl in der primären Gesundheitsversorgung als auch in der Krankenhausversorgung von Frauen
Ziel 8	Berücksichtigung von Patient/innenrechten, Selbsthilfe für besondere gesundheitliche Bedürfnisse, Empowerment und Partizipation im weitesten Sinn
(V)	**Verfolgung konkreter Strategien** zum Erreichen der Gesundheit für alle [HFA-Ziele 19-21]
	Eine adäquate Infrastruktur ist erforderlich, um die genannten Zielbereiche nachhaltig umzusetzen. Dabei gilt es, Defizite im Bereich der Gesundheitsforschung auszugleichen. Gesundheitsförderung und Prävention – bevorzugt mit gender-, zielgruppen- und settingspezifischem Ansatz – ist vermehrt strukturell zu fördern und zu festigen.
Ziel 9	Frauen- und genderspezifische Gesundheitsforschung entsprechend dem Public Health Ansatz zur Erlangung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen
Ziel 10	Ausbau der gender-, zielgruppen- und settingspezifischen Gesundheitsförderung

11.1 Ziele- und Forderungskatalog

Zu den zehn genannten Gesundheitszielen ist eine Konkretisierung der wichtigsten Handlungsfelder erforderlich:

(I)	**Gesundheitliche Chancengleichheit**
Ziel 1	*Die Gewährleistung gesundheitlicher Chancengleichheit für Frauen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen*
	Entwicklung vor 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	*Reduzieren und Bekämpfen von Erkrankungen, von denen Frauen hauptsächlich betroffen sind, das sind Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, …*
	- 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	*Berücksichtigung der besonderen Gesundheitsbedürfnisse in den einzelnen Lebensphasen von der Geburt bis zu den Hochbetagten*
	- 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	*Eindämmung von Tabak-, Alkohol- und Psychopharmaka-Missbrauch und andere durch die Lebensweise bedingter Gesundheitsrisiken*
	- Verstärkte gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten in den Settings Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz, Freizeit - Öffentlichkeitsarbeit
Ziel 5	*Förderung der psychischen Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung frauen- und genderspezfischer Belastungen*
	- Grundvoraussetzung ist die Gleichstellung der Frau in Gesellschaft, Arbeit und Familie - Gewährleistung angemessener Versorgung für Frauen in Langzeitbetreuung - gendersensible Angebote der gemeindenahen Psychiatrie (beschütztes 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 niederschwelligen und aufsuchenden Angebote zur besseren Erreichung benachteiligter Gruppen
- bessere Koordinierung der Versorgungsebenen
- Sicherstellung der pflegerischen Versorgung
- Berücksichtung der Patientinnenzufriedenheit im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung
- Erfolgskontrolle der Krankenhausleistungen an Patientinnengesundheit, -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- und 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 Informationsmaterialen erhöhen
- Zweitmeinung als Standard etablieren

- shared decision making als Leitlinie
- Information durch nicht-medizinische Expert/innen 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 - Multiplikator/innen in der Gesundheitsförderung der gesellschaftlichen Diversität entsprechend aus-, fort- und weiterbilden

12. Anhang

12.1 Gesundheitsstatistische Quellen in Österreich

Es sind zwei wesentliche Arten von Gesundheitsstatistiken zu unterscheiden:

1. Administrative Gesundheitsstatistiken: Mortalitätsstatistik, Bericht der Krankenanstalten, Leistungsstatistik der Sozialversicherung, spezielle Register (Krebsinzidenz, …)
2. Gesundheitssurveys: Gesundheitsverhalten (Förderung und Erhaltung der Gesundheit, Risikoverhaltensweisen, gesundheitliche Belastungen), Beschwerden bzw. selbst berichtete chronische Erkrankungen (Rheuma, Diabetes, ischämische Herzkrankheiten, bösartige Neubildungen, …), subjektives Befinden, Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen und Gesundheitsdiensten

Amtliche Statistiken werden in Österreich von Statistik Austria erstellt (z.B. Todesursachenstatistik, Statistik der Krebsinzidenz, Spitalsentlassungsstatistik, …). Zu erwähnen sind u. a. auch gesundheitsrelevante Daten aus der Sozialversicherung, die ebenfalls z. T. von der Statistik Austria publiziert werden. Im Rahmen des vierteljährlichen Mikrozensus werden unregelmäßig und in großen Abständen Gesundheitsthemen behandelt (z.B. Fragen zur Gesundheit 1991, 1999; Rauchgewohnheiten 1997, Behinderung 2002)

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) erstellt in 3-Jahres-Abständen Berichte an Nationalrat (ÖBIG, 1997, 2000, 2003); 2002 wurden erstmals fünf Länderberichte (Burgenland, Kärnten, Salzburg, Tirol, Vorarlberg) herausgegeben. Der erste österreichische Männergesundheitsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen wurde ebenfalls vom ÖBIG erarbeitet (ÖBIG, 2004).

Darüber hinaus gibt es regionale Initiativen in der Gesundheitsstatistik (z.B. Gesundheits-Survey in der Steiermark, Wien, ...). Umfassendste regionale Berichterstattung gibt es in Wien mit regelmäßigen Gesundheitsberichten zum Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener und ebenso vielfältigen wie zahlreichen Spezialberichten (z.B. der Wiener Frauengesundheitsbericht 1996, der Wiener Männergesundheitsbericht 1999, Spezialberichte zur Kinder- und Jugendgesundheit, zu Lebenserwartung und Mortalität, zu Lebensstil-Faktoren in der Gesundheit in Wien, zu chronischen Erkrankungen, zur psychischen Gesundheit).

Demografische Indikatoren

Die wesentlichsten Datenquellen für Indikatoren auf EU-15-Ebene sind Berichte der Europäischen Kommission (EUROSTAT, Themenkreis 3, Bevölkerung und soziale Bedingungen), vor allem die aktuellen Berichte zur Gesundheit von Frauen und Männern und zur sozialen Lage in der Europäischen Union (EUROSTAT, 2002 und 2003). Die Österreichischen Daten wurden dem Jahrbuch der Gesundheitsstatistik und dem Statistischen Jahrbuch Österreich 2004 (Statistik Austria, 2004 und 2003). Weiterführende Analysen sind unter anderem im Bericht über die soziale Lage (BMSG, 2002) und den einschlägigen Publikationen des Institutes für Demographie an der Österreichische Akademie der Wissenschaften (z.B. 1999, 2001) zu finden.

Bevölkerungsstatistik: Geburtenentwicklung und Bevölkerungsbewegung

Wesentlichstes Instrumentarium der Bevölkerungsstatistik ist die laufende Fortschreibung der Bevölkerung auf Basis der Volkszählungen. Erhoben werden natürliche Bevölkerungsbewegungen (Geburten, Sterbefälle, Eheschließungen, Scheidungen) und räumliche Bevölkerungsbewegungen (Zuzüge und Fortzüge = Wanderungen).

Zentrale Indikatoren der Geburtenentwicklung sind:

- die *Geburtenrate* (Lebendgeborene pro 1.000 Einwohner)
- die *allgemeine Fertilitätsrate* (Lebendgeborene je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis 44 Jahren)
- die *Gesamtfertilitätsrate* (Lebendgeborene, die eine Frau im Laufe ihres Lebens zur Welt bringen würde, wenn ihre Geburtenhäufigkeit in jedem Alter in Zukunft so beschaffen wäre, wie sie im Berichtsjahr in der Bevölkerung zu beobachten war (Summe über alle Alter von den im Berichtsjahr auf eine Frau eines bestimmten Alters entfallenden Lebendgeborenen).
- die *Netto-Reproduktionsrate* (weibliche Lebendgeborene pro Frau; gibt an, in welchem Umfang ein weiblicher Geburtenjahrgang bei den aktuellen Fruchtbarkeits- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch ihre Töchtergeneration zahlenmäßig ersetzt wird; eine Netto-Reproduktionsrate von 1,0 entspricht dem Bestandserhaltungsniveau, bei einem Wert über 1 wächst die Bevölkerung, bei einem Wert unter 1 schrumpft sie) (Statistik Austria, 2003; S.28).

Statistik der stationär behandelten Patient/innen (Spitalsentlassungsstatistik)

Die Statistik der stationär behandelten Patient/innen (Synonyme sind Spitalsentlassungsstatistik, Krankenhaus-Morbidität) ist eine nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Krankenanstalt, Dauer des Aufenthaltes und Hauptdiagnose bei der Entlassung (nach ICD-10-Klassifikation, der 10. Revision der *International Classification of Diseases*) differenzierte Statistik, die von Statistik Austria jährlich veröffentlicht wird. Die Spitalsentlassungsstatistik ist eine wesentliche Auskunftsquelle über den Krankheitszustand und die Krankenversorgung in Österreich – auch wenn sie keine Rückschlüsse auf die Gesamtmorbidität zulässt. In dieser Statistik werden stationäre Erkrankungsfälle angeführt, d.h. eine Person, die mehrmals pro Jahr stationär aufgenommen wird, wird auch mehrfach erfasst.

Todesursachenstatistik

Die Todesursachenstatistik erfasst für alle in Österreich wohnhaften Personen, die hier verstorben sind, jene Diagnose (laut ICD-10-Klassifikation), die primär zum Tod geführt hat, Multimorbidität wird dadurch nicht erfasst. Auswertung nach Alter, Geschlecht, Region, Todesjahr sind möglich.

Inzidenzstatistik des Österreichischen Krebsregisters

Das von Statistik Austria geführte Österreichische Krebsregister anhand der ICD-10-Klassifikation lässt Auswertungen nach Geschlecht, Alter, Lokalisation (ICD-10-Klassifikation) und Tumorstadium – jeweils im regionalen und im Zeitvergleich. Um fehlende Meldungen zu ergänzen, werden die Daten des Krebsregisters mit der Todesursachenstatistik abgeglichen und in weiterer Folge die so genannten DOC-Fälle (Death Cerftificate Only) ermittelt.

Mikrozensus

Seit 1973 führt Statistik Austria regelmäßige Mikrozensus-Erhebungen zu Gesundheitsthemen durch, aktuellste derartige Erhebung ist das im Rahmen des Mikrozensus September 1999 durchgeführte Sonderprogramm *Fragen zur Gesundheit* (Statistik Austria, 2002c).

Schwerpunkte dieser Erhebungen sind der Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung, subjektive Beschwerden); die Beanspruchung von Gesundheitsdiensten; der demografische und sozioökonomische Hintergrund der Befragten (Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Erwerbsstatus, berufliche Stellung, regionale Gesichtspunkte).

Inhalte der Befragung sind Lebensstil und Risikofaktoren (Gesundheitsverhalten, körperliche Betätigung in der Freizeit, Rauchen, Körpergröße und –gewicht, Belastungen Erwerbstätiger); Selbsteinschätzung der Gesundheit; Art der gesundheitlichen Beschwerden; Häufigkeit des Krankseins; Dauer und Art der Erkrankung; Art der chronischen Erkrankungen; Häufigkeit des Bedarfs an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen und Aktivitäten des täglichen Lebens; Impfstatus für ausgewählte Erkrankungen; Teilnahme an Gesundenuntersuchungen; Teilnahme an Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und an den vorgeschriebenen Untersuchungen des Kindes; Häufigkeit, Grund für den Besuch von Ärzt/innen unterschiedlicher Fachdisziplinen und von Ambulatorien (Spitalsambulanzen), Weg- und Wartezeit; Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte; Art des Medikamentenkonsums.

Der Mikrozensus ist eine vierteljährlich durchgeführte Stichprobenerhebung in Privathaushalten; das Sonderprogramm *Fragen zur Gesundheit* richtet sich an alle im Mikrozensus befragten Personen. Mit einer Stichprobengröße von 58.745 in rund 30.000 Wohnungen konnten im Mikrozensus September 1999 0,8 Prozent der österreichischen Wohnungen einbezogen werden. Der Mikrozensus ist eine mündliche Befragung, die Teilnahme ist freiwillig. Die Ablehnungsquote betrug bei der Befragung von September 1999 22,4 Prozent, wobei vor allem ältere Frauen überdurchschnittlich häufig ablehnten; die fehlenden Daten wurden imputiert, d.h. durch Schätzwerte ersetzt. Nur 58,8 Prozent der in den Mikrozensus einbezogenen Personen haben über sich selbst Auskunft gegeben, die restlichen Daten basieren auf Fremdauskünfte durch andere Haushaltsmitglieder (weitere methodische Aspekte siehe Österreichisches Statistisches Zentralamt, 1996).

Altersstandardisierung statistischer Daten

Ein wichtiges Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist der Vergleich gesundheitspolitisch relevanter Kennziffern über einen längeren Zeitraum, zwischen verschiedenen Regionen oder auch zwischen den Geschlechtern. Dabei gewinnt die Frage nach der Altersstruktur der jeweiligen Bevölkerung besondere Bedeutung. Ein Weg, um verzerrende Effekte aufgrund des unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung zu verschiedenen Zeitpunkten, in verschiedenen Regionen oder zwischen den Geschlechtern auf Sterbeziffern, Krankheitsraten etc. auszuschalten, ist die Berechnung altersstandardisierter Raten. Das methodische Vorgehen der Altersstandardisierung besteht darin, dass die jeweiligen Morbiditäts- und Mortalitätsindikatoren auf eine Referenzbevölkerung bezogen werden. Referenzbevölkerung für die von der Statistik Austria errechneten altersstandardisierten Raten ist die WHO-Weltstandardbevölkerung.

12.2 Literatur (zitiert und weiterführend)

Abele AE (2001) Rollenvielfalt von Frauen. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg.) Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hofgrefe-Verlag; S.559-576.

Ackermann-Liebrich U, Leuenberger Ph, Schwartz J, Schindler Ch, Monn Ch, Bolognini G, Bongard JP, Brändli O, Domenighetti G, Elsasser S, Grize L, Karrer W, Keller R, Keller-Wossidlo H, Künzli N, Martin BW, Medici TC, Perruchoud AP, Schöni MH, Tschopp JM, Villiger B, Wüthrich B, Zellweger JP, Zemp E and SAPALDIA-Team (1997) Lung function and long term exposure to air pollutants in Switzerland. AM J Respir Crit Care Med 1997;155:122-129.

Adler C, Gunzelmann T, Machold C, Schumacher J, Wilz G (1996) Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1996;20:143-149.

Adzersen KH, Eustachi A, Gerhard I (2004) Stellungnahme zu Umwelt, Ernährung, körperlicher Aktivität und Brustkrebs. Arbeitsgemeinschaft Naturheilkunde und Umweltmedizin (NATUM) der DGGG.

Aids Hilfe Wien (2003) AIDS & Mobility. Country report 2002/2003. Wien: Aids Hilfe Wien.

Aktionsgemeinschaft der autonomen österreichischen Frauenhäuser (1997) Gegen Gewalt an Frauen und Kindern handeln. Wien: Bundeskanzleramt, Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz.

Al Mufti R, McCarthy A, Fisk NM (1996) Obstetricians' personal choice and mode of delivery. Lancet 1996;347:544.

Al Mufti R, McCarthy A, Fisk NM (1997) Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997 May;73(1):1-4.

Allan Guttmacher Institute (1999). Sharing responsibility. Women, society, and abortion worldwide. New York: AGI.

Alpen Therme Gastein (oJ) Balneologische Therapien. http://www.alpentherme.com/de/druck.html

Altgeld T (Hrsg.) (2004) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Ambulatorium Kurhaus Bad Schallerbach der Pensionsversicherungsanstalt (2003) Heilverfahren nach Brustkrebsoperationen. NÖ: PVA.

American Geriatric Society, British Geriatric Society, and American Academy of Orthopedic Sugeons Panel on falls prevention (2001) Guidelines for the prevention of falls in older persons. Journal of the American Geriatric Society 2001;49:664-672.

American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Surgeons Panel of falls prevention (2001) Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc 2001;49(5):664-672.

American Psychiatric Association (1994) DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000) Fact Sheet Gay and Lesbian Issues. New York: APA December 2000. http://www.thebody.com/apa/apafacts.html

American Psychological Association (oJ) Answers to your questions about sexual orientation and homosexuality http://www.apa.org/pubinfo/answers.html

Amesberger H (2004) Postpartale Depression – Mutterglück – glückliche Mutter? Abstract/Vortrag; Fachtagung „Postpartale Depression. Mutterglück – glückliche Mutter? Daten, Fakten, Maßnahmen; Wien, 3. Mai 2004.

Amesberger H, Dimitz E, Finder R, Schiffbänker, Wetzel P (2001) Alleinerzieherinnen in Wien. Studie der Arbeiterkammer Wien. Wien: AK plus.

Amesberger H, Halbmayr B, Liegl B (2003) Gesundheit und medizinische Versorgung von ImmigrantInnen. In: Fassmann H, Stacher I (Hrsg.) Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Demografische Entwicklungen – sozioökonomische Strukturen – rechtliche Rahmenbedingungen. Klagenfurt: Drava Verlag.

Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung IVa - Gesellschaft und Soziales (Hrsg.) (2002) Vorarlberger Drogenkonzept 2002. Vorarlberg: Amt der Vorarlberger Landesregierung

AMWF - Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (1998) Leitlinie Behandlung des Lymphödems. Nr. 36/004. http://leitlinien.net/ (Zugriff am 25.11.2004).

Anderson GL, Limbacher M, Assaf AR et al. (2004) Effects of conjugated euquine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized control trial. JAMA 2004 Apr 14;291(14):1701-12.

Anspaugh D, Hamrich M, Rosato F (2003) Wellness. Concepts and applications. Boston, Burr Ridge, Dubuque etc.: Mc Graw Hill.

Anthuber C, Dannecker C, Hepp H (2000). Vaginale Geburt. Morphologische und funktionelle Veränderungen am Beckenboden - Einfluss auf den Blasenverschluss und Analsphincterfunktion. Gynäkologe 2000;33:857-863.

Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Hrsg. von Alexa Franke. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 25. Tübingen: dgvt-Verlag.

AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband u.a. in Kooperation mit BAGH, DPWV, DAG SHG (2000) Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß §20 Abs. 4 SGB V. In: DAG SHG e.V. (Hrsg.), Selbsthilfejahrbuch 2000; Eigenverlag, Gießen; S. 168-176.

Arbeitsgruppe Migrantinnen und Gewalt (Hrsg.) (2003) Migration von Frauen und strukturelle Gewalt. Wien: Milena Verlag.

Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.) (1998) Frauen

und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Verlag Hans Huber.

Arbeitskreis für chinesische Phytotherapie (2004) Kursprogramm von Herbst 2004 bis Herbst 2005. http://www.chinphyto.at

Arbeitsprogramm zur österreichischen Nachhaltigkeitsstrategie (2004) Auf dem Weg zu einem Nachhaltigen Österreich. http://www.nachhaltigkeit.at/strategie/pdf/Arbeitsprogramm2004komplett.pdf

Augustin / BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2003) Wer A sagt, muss auch B sagen … Dokumentation der Enquete der Straßenzeitung Augustin und der BAWO zu „psychisch krank und wohnungslos" am 14.2.2003 in Wien.

Austad SN (1994) Menopause: An evolutionary perspective. Experimental Gerontology 1994;29:255-263.

Avanian JZ, Epstein AM (1991) Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. N Engl J Med 1991;325:221–225.

AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2001). Referate der Sitzung des Arbeitskreises "Ärzte und Juristen" am 23. und 24. März 2001 in Würzburg unter der Leitung von Prof. Dr. med. W. J. Bock. Die geplante Geburt - Kaiserschnitt auf Wunsch: Prof. Dr. med. d. Berg, Amberg. Düsseldorf: Protokoll Arbeitskreis "Ärzte und Juristen" - 23. und 24. März 2001.

Ayurvedic-Resort Landhaus Carnia (o.A.). Ayurveda für die Wechseljahre. http://www.landhaus-carnia.com/gesamt.htm

Backes G (1993) Frauenerwerbslosigkeit und Alter(n). In: Mohr G (Hrsg.), Ausgezählt. Theoretische und empirische Beiträge zur Psychologie der Frauenerwerbslosigkeit; Bremen: Deutscher Studien Verlag.

Backes G (1994) Männer und Frauen: Unterschiedliche Lebensbedingungen im Alter. Bundesministerium für Soziales (Hrsg.), Die Zukunft des Alterns, Soziales Europa 4, Wien, S.177-196.

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.

Badelt C, Holzmann-Jenkins A et al. (1996) Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung. Wien: Böhlau Verlag.

Badelt C, Holzmann-Jenkins A, Matul C, Österle A (1997) Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Bader A, auf dem Keller S, Puteanus U, Wessel T (2003) Erhalten die Bewohner von Pflegeheimen vor Ort die richtigen Arzneimittel? Gesundheitswesen 2003;4:236-242.

Badger C, Preston N, Seers K, Mortimer P (2004) Physical therapies for reducing and controlling lymphoedema of the limbs. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley & Sons.

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2003) HIV-Testung während der Schwangerschaft. Empfehlungen der Fachkommission Klinik und Therapie HIV/AIDS. Bulletin Februar 2003;9:152-153.

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2003) Nationales HIV/Aids-Programm. Bern: BAG Sektion Aids.

Baillie AJ, Mattick RP (1996) The benzodiazepine dependence questionnaire: development, reliability and validity. British Journal of Psychiatry 1996;169:276-281.

Baldaszti E (2002) Prevention of HIV and STIs among women in Europe. Garcia-Sanchez I, Mens L, Rivadeneyra Sicilia A, de Schutter M (Eds.). Utrecht: Women's Network PHASE.

Baldaszti E (2003) Best practices in HIV/AIDS & STI prevention for women in Western Europe. Mens L, Garcia-Sanchez I, de Schutter M, Pinzon Pulido S (Eds.). Utrecht: Women's Network PHASE.

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.

Baltes PB, Mayer KU (Hrsg.) (1999) The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100. New York: Cambridge University Press.

Bauer S, Kiesswetter P, Kirisits M, Snieder K (2004) Neue Gesundheitsberufe. Expansionsmöglichkeiten für die Dienstleistungsgesellschaft. Graz: Kammer für Arbeiter und Angestellte Steiermark.

BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (1998) Grundsatzprogramm. Innsbruck: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe.

Becker RC, Terrin M, Ross R, Knatterud GL, Desvigne-Nickens P, Gore JM, et al. (1994) Comparison of clinical outcomes for women and men after acute myocardial infarction. Ann Intern Med 1994;120:638–645.

Becker-Witt C, Ludtke R, Weisshuhn TE, Willich SN (2004) Diagnoses and treatment in homeopathic medical practice. Forsch Komplementaermed Klass Naturheilkd 2004 Apr;11(2):98-103.

Beham M, Kränzl-Nagl R, Ortmair M (1995) Gesundheit Linzer Frauen. Lebensbedingungen von Frauen und ihre Bedeutung für die Gesundheit. Linz: Linzer Frauenbüro.

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.

Benard C, Schlaffer E, Mühlbach B, Sapik G (1991) Gewalt gegen Frauen. Über die Ausmaße eines gesellschaftlichen Problems und die Notwendigkeit konsequenterer Maßnahmen. Erstellt von der Ludwig Boltzmann Forschungsstelle für Politik und zwischenmenschliche Beziehungen. Wien: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie.

Benazzi F (1999) Gender differences in bipolar II and unipolar depressed outpatients: a 557 case-study. Am Clin Psychiatry 1999;11:55-59.

Bencic W (2003) Versorgung mit Antidepressiva. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Uni Linz, Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften", Band 23.

Bender R, Jöckel KH, Trautner C et al. (1999) Effect of age on excess mortality in obesity. JAMA 1999;281:1498-1504.

Berberich J, Brähler E (Hrsg.) (2000) Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. Beiträge zur

Sexualforschung. Gießen: Psychosozial-Verlag.

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.

Berglund B, Lindvall T, Schwela DH (1999) WHO Guidelines for Community Noise. http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/a68672.pdf

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

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2004) Präimplantationsdiagnostik (PID). Wien: BBB.

Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. Soc Sci Med 1999;48:745-755.

Birkhäuser M (2002) Women's Health Initiative und Hormontherapie: Was gilt? Journal für Menopause 2002;9(3);9-10.

Bitzer J (2003) Die Sexualität des älteren Paares. Journal für Menopause 2003;3:21-25.

Blaumeiser H, Blinkert B, Klie T (2001) Zwischen Heim und daheim. Die Munderkingen-Studie zum Wandel pflegekultureller Orientierungen. SWS-Rundschau 2001;41(4):405-419.

BLC - Bundesverband der LebensmittelchemikerInnen (2004). http://www.lebensmittel.org

Bleijenbergh I, de Bruijn J, Dickens L; European Foundation for the Improvement of Work and Life Conditions (1999) Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Dublin: EFIWLC.

Bleimund K (2002) Es geht mir besser. In: Schnepp W (Hrsg.), Angehörige pflegen; Bern: Huber; S. 90-111.

Blinkert B, Klie T (2000) Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. Sozialer Fortschritt 2000;49:237-245 .

Blow FC (1991) Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (MAST-G). University of Michigan Alcohol Research Center. Michigan: Ann Arbor.

BMAS - Bundesministerium für Arbeit und Soziales (1992) Das Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung. Wien: BMAS.

BMBWK – Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst (2002) Frauenbericht 2002. Erweiterter Sonderdruck zum Hochschulbericht 2002. Wien: BMBWK.

BMBWK – Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst (2004) Die rauchfreie Schule – gemeinsam gegen das Rauchen. 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 (2002) Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland.

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 Bielfeld in Kooperation mit infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH. Berlin: BMFSFJ.

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004) Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht krankenversicherten Personen in Österreich. Erstellt vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien: BMGF.

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2003) Österreichischer Ernährungsbericht 2003. Erstellt vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien. Wien: BMGF, 2003.

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (oJ) Der ganz "normale" Alkoholkonsum und seine gesundheitlichen Folgen. Broschüre. Wien: BMGF.

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (oJ) Früherkennung der gesundheitlichen Folgen des "normalen" Alkoholkonsums. Broschüre. Wien: BMGF.

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).

BMLFUW - Österreichischen Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (2002) Siebenter Umweltkontrollbericht. Kapitel 6.1 Treibhausgasemissionen und Klimawandel. Wien: BMLFUW.

BMLFUW - Österreichischen Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (2003) Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2003. Wien: BMLFUW.

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.

BMUJF – Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie (1991) Gewalt in der Familie. Wien, 1991.

BMWV - Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr (Hrsg.) (1997) 100 Jahre Frauenstudium. Zur Situation der Frauen an Österreichs Hochschulen. Reihe: Materialien zur Förderung von Frauen in der Wissenschaft, Bd. 6. Wien: BMWV.

Boeger A, Pickartz A (1998) Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. Pflege 1998;11:319-323.

Böhmer F (2004) Die temporäre Harninkontinenz. Journal für Urololgie und Urogynäkolgie 2004; Sonderheft 5:15-16.

Bonaiuti D, Shea B, Iovine R, Negrini S, Robinson V, Kemper H et al. (2004) Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley & Sons.

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 Hippe; GEK-Edition, Band 28.

Borgetto B (2004) Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Buchreiche des Schweizer Gesundheitsobservatoriums. Bern: Verlag Hans Huber.

Boston Women's Health Collective (1971) Our Bodies, Ourselves. New York: Simon & Schuster.

Boulet MJ, Oddens BJ, Lehert P, Vemer HM, Visser A (1994) Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries. Maturitas 1994;19:157-176

Bowman MA, Frank E, Allen DI (2002) Women in Medicine. Career and life management. 3rd edition. Berlin u.a.: Springer Verlag.

Bracker M, Dallinger U et al. (1988) Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen. Voraussetzungen, Belastungen und sozialpolitische Schlussfogerungen. Die Bevollmächtige der hessischen Landesregierung (Hrsg.), Wiesbaden: Eigenverlag.

Bradford J, White JC (2000) Lesbian Health Research. In: Goldman MB, Hatch MC (Eds.), Women and Health, San Diego: Academic Press; p. 64-78.

Bradford J, White JC (2000) Lesbian Health Research. In: Goldman MB, Hatch MC (Eds.), Women and Health, San Diego: Academic Press; p.46-78.

Brähler E, Felder H (Hrsg.) (1999) Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen: Leske und Budrich.

Brähler E, Goldschmidt S (Hrsg.) (1998) Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen. Bern u.a.: Huber.

Bramsfeld A, Wismar M, Albrecht D (2003) Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen: Gibt es bevölkerungsbezogene Konzepte? Gesundheitswesen 2003;65:226-235.

Brandrup-Wognsen G, Berggren H, Hartford M, et al. (1996) Female sex is associated with increased mortality and morbidity early but not late, after coronary artery bypass grafting. Eur Heart J;1996;17:1426–1431.

Braun C, Stephan I (2000) (Hrsg.) Gender Studien. Eine Einführung. Stuttgart: Verlag Metzler.

Braun-Fahrländer C (1997) Atemwegserkrankungen und Allergien bei Schulkindern. Soziale Medizin 1997,24(5):22-24.

Breza A, de Cordoba U, Fischer G (2002) Substanzabhängigkeit und Gravidität. In: Fischer G (Hrsg.) Therapie mit Opioden; Wien: Facultas Verlag; S.199-215.

Brigo B, Serpelloni G (1991) Homeopathic treatment of migraines: a randomized double-blind study of 60 cases (homeopathic remedy versus placebo) Berl J Res Hom 1991;1:98-106.

Brink L (2002) Was belastet pflegende Angehörige von Apoplexiebetroffenen. In: Schnepp W (Hrsg.), Angehörige pflegen; Bern: Huber; S.219-238.

Brinkman C, Wiedemann E (1994) Zu den psycho-sozialen Folgen der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern. Aus Politik und Zeitgeschichte 1994;B16:16-28.

Brinkmann C (1984) Die individuellen Folgen langfristiger Arbeitslosigkeit. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 1984;4:455-473.

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.

Bruder J (1998) Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen demenzerkrankter Menschen. In: Kruse A (Hrsg.), Psychosoziale Gerontologie, Bd. 2: Interventionen; Göttingen: Hogrefe; S. 275-295.

Brussaard JH, van Erp-Baart MA, Brants HA, Hulshof KF, Lowik MR (2001) Nutrition and health among migrants in The Netherlands. Public Health Nutr. 2001 Apr;4(2B):659-64.

BSAFGJS - Bremer Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2001) Bremer Frauengesundheitsbericht 2001. Bremen: Abteilung Gesundheitswesen; Referat Gesundheitsberichterstattung.

Bucksch J, Deitermann B, Kolip P (2003) Hormontherapie in den Wechseljahren – Analyse der Webseiten von Gynäkologinnen und Gynäkologen zum Thema „Wechseljahre/Hormontherapie". Projekt im Auftrag des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen. Endbericht. http://www.aok-bv.de/gesundheit/themen

Bueno H, Vidan T, Almazan A, et al. (1995) Influence of sex on the short term outcome of elderly patients with a first acute myocardial infarction. Circ 1995;92:113–114.

Bühringer G, Türk D, Künzel J (1998) Versorgungssituation für ältere Suchtkranke in Deutschland. In: Havemann-Reinecke U, Weyerer S, Fleischmann H (Hrsg.), Alkohol und Medikamente - Missbrauch und Abhängigkeit im Alter, Freiburg: Lambertus; S. 170-187.

Buijssen H (1996) Die Beratung von pflegenden Angehörigen. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

BundesärztekammerDeutschland (Hrsg.) (1998) Gesundheit im Alter. Köln: BÄK.

Bundeskriminalamt (2004) Kriminalstatistik 2003. Sonderauswertung zu Gewalt und sexuellem Missbrauch. Übermittelt von OR Mag. Paul Marouschek, RI Maria Ullmann. Wien: Bundesministerium für Inneres, Büro 4.5. Kriminalprävention und Opferhilfe.

Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (2004) Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Bericht der BLK vom 5. Juli 2004. BLK: Materialien zur Bildungsplanung und Forschungsförderung.

Büro für Frauenfragen und Gleichbehandlung des Landes Salzburg, Frauenbüro der Stadt Salzburg (2000) Salzburger Frauengesundheitsbericht. Salzburg.

Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB) (2004) Präimplantationsdiagnostik. Praxis und rechtliche Regulierung in sieben ausgewählten Ländern (Belgien, Dänemark , Norwegen, Italien, Frankreich, UK, USA). TAB-Arbeitsbericht Nr. 94, Februar 2004. http://www.tab.fzk.de (Stand: Februar 2004).

Busse EW, Blazer DG (1995) Textbook of geriatric psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000) Love Talks, Love Tour, Love Line. Themenheft. Forum Sexualaufklärung 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.

Caracci G, Miller N (1991) Epidemiology and diagnosis of alcoholism in the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry 1991;6:511-515.

Cardini F, Weixin H (1998) Moxibustion for correction of breach presentation: a randomised controlled trial. Journal of the American Medical Association 1998;280:1580-1584.

Caritas Erzdiözese Wien (2003) Caritas Wohnungslosenhilfe – Gruft / Jahresbericht 2002. Wien: Caritas.

Carr PL et al. (1998) Relation of family responsibilities and gender to productivity and career satisfaction of medical faculty. Ann Intern Med 1998;129:532-38.

CDC – Centers for Disease Control (2001) Revised Recommendation for HIV Testing of Pregnant Women. MMWR Nov 2001; 50(RR19);59-86.

Chalubinski K, Husslein P (2000) Entbindungsmodus bei Zustand nach Kaiserschnitt. Speculum 2000;18(2):14.

Chesler P (1977) Frauen – das verrückte Geschlecht. Reinbeck: Rowohlt.

Chesnut CH, Rosen CJ for the Bone Quality Discussion Group (2001) Perspective: reconsidering the effects of

antiresorptive therapies in reducing osteoporotic fracture. J Bone Miner Res 2001;16:2163-2172.

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

Colebunders R, Dreezen C, Florence E, Pelgrom Y, Schrooten W; Eurosupport Study Group (National Coordinator Austria: Vetter N) (2003) The use of complementary and alternative medicine by persons with HIV infection in Europe. International Journal of STD and AIDS. 2003 Oct;14(10):672-4.

Consensus Development Conference (1994) Diagnosis, prophylaxis and treatment of osteoporosis. American Journal of Medicine 1994;94:646-650.

COPD Liga Österreich (2004). www.copd-liga.org

Courtenay WH (2000). Construction of masculinity and their influence on men's well being: a theory of gender and health. Soc Sci Med 2000;50:1385-1401.

Cramer DW, Missmer SA (2002) The epidemiology of endometriosis. Annals of the New York Academy of Sciences 2002 Mar;955:11-22; discussion 34-6, 396-406.

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

Dachverband der österreichischen Ärzte für Ganzheitsmedizin (2004) www.ganzheitsmed.at/ (Zugriff am 25.11.2004).

Dahlgren G, Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.

DAIG und ÖAG – Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG) und Österreichische AIDS-Gesellschaft (ÖAG) (2000) Diagnostik und Behandlung HIV-diskordanter Paare mit Kinderwunsch. Gemeinsame Empfehlung der DAIG und der ÖAG. Online-Version: http://www.awmf.org (AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)

DAIG und ÖAG – Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG) und Österreichische AIDS-Gesellschaft (ÖAG) (1999) German-Austrian Guidelines for HIV-therapy during pregnancy. European Journal of Medical Research 1999;4: 5-42. (Letztstand Mai 2003 – Online-Version: http://www.awmf.org (AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)

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 kulturgebundenes Syndrom? Frauenarzt 43:280-290.

Daviglus ML, Stamler L, Pirzada A et al (2003) Favorable cardiovascular risk profile in young women with long term risk of cardiovascular and all – cause mortality. JAMA 2003;292:1588–1592.

de Wolf CJM, Perry NM (1996) European guidelines for quality assurance in mammography screening. European Commission

de Zwaan M, Baldaszti E, Wimmer-Puchinger B (2001) Essstörungen und deren Vorstufen – Wie groß ist das Problem in Wien? Abstract zur 8. Internationalen wissenschaftlichen Tagung des Neztwerks Essstörungen in Alpach, Tirol; Oktober 2001.

de Zwaan M, Schüssler P (2000) Diagnostik und Therapie der Anorexia und Bulmia nervosa. Journal für Ernährungsmedizin 2000;1:16-19.

Dennerstein L, Burrows GD, Wood C, Hyman G (1980) Hormones and sexuality: effect of estrogen and progesterone. Obsterics and Gynaecology 1980;56:316-322.

Dennerstein L, Dudley EC, Burger H (2001) Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or due to menopause? Fertility and sterility 2001;76(3):456-460.

Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Burger H (1997) Sexuality, hormones, and the menopausal transition. Maturitas 1997;26(2):83-93.

Der Spiegel (2003) Geburt: Schnittig ins Leben. Berlin: Der Spiegel 6/2003 vom 3. Februar 2003 (Spiegel Online URL: http://www.spiegel.de/spiegel/0,1518,233339,00.html).

Der Standard (2003) "Kaiserschnitt light" dauert nur 20 Minuten. Wien: Der Standard vom 10. Jänner 2003; Rubrik "Wissenschaft".

Der Standard (2004) Ohne erhobenen Zeigefinger. Rechtliche und soziale Beratung für Sexarbeiterinnen – das EU-Equal-Projekt Sila feierte sein einjähriges Jubiläum in Wien. Wien: Der Standard vom 22. August 2004.

Dettelbacher, A. (2001). Ökonomiegebot und Krankenbehandlung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung : unter besonderer Berücksichtigung der Alternativmedizin. (Diplomarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz).

Devon HA, Zerwic JJ (2002) Symptoms of acute coroonary syndromes: are there gender differences? A review of the literture. Heart Lung 2002;31(4):235–45.

DGB – Deutscher Gehörlosenbund (1996). Gehörlose Frauen 95. Dokumentation einer bundesweiten Fragebogenaktion zur Situation gehörloser Frauen in Deutschland. Kiel: DGB.

DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2004) Stellungnahme zu Umwelt, Ernährung, körperliche Aktivität und Brustkrebs. AutorInnen: Adzersen KH, Eustachi A, Gerhard I. Online-Version:

http://www.dggg.de/leitlinien/pdf/2-2-11.pdf

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2000) Behandlungsleitlinie Essstörungen. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 4. Darmstadt: Steinkopff.

DHHS- Department of Health and Human Services (2000) Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Online http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf

Dibble, S., Chapman, J., Mack, K. & Shih, A. (2000). Acupressure for nausea: results of a pilot study. Oncology Nursing Forum, 20, 273-279.

Dießenbacher, H., Schüller, K. (1993), Gewalt im Altenheim. Eine Analyse von Gerichtsakten, Freiburg i. Breisgau: Lambertus.

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.

Dilling H, Weyerer S (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. In: Dilling H, Weyerer S, Castell R (Hrsg.), Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung, Stuttgart: Enke; S. 1-122.

DIMDI - Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2002) ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit. Behinderung und Gesundheit. http://www.dimdi.de; Stand 24. September 2002

Dinkel R (1999) Demografische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Health Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten. In: Häfner H (Hrsg.), Gesundheit – unser höchstes Gut?; Berlin: Akademie Verlag; S.61-82.

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.

DKG und DGS – Deutsche Krebsgesellschaft und Deutsche Gesellschaft für Senologie (2003) Fachliche Anforderungen für Brustzentren. http://www.deutsche-krebsgesellschaft.de

Döller W (o.A.) Alles für ein besseres Leben. http://www.lkh-wo.at (Zugriff am 24.11.2004)

Doyal L (1995) What makes women sick? London, 1995.

Doyal L (1998) A Draft Framework for Designing National Health Policies With a Gender Perspective. Paper prepared for the Expert Group Meeting, Women and Health: Mainstreaming the Gender Perspective Into the Health Sector, Tunisia, October, 1998.

Doyal L (2000) Gender equity in health: Debates and dilemmas. Soc Sci Med 2000;51:931-39.

Dresser R (1992) Wanted: single white male for medical research. Hastings Cen Rep 1992; 22: 24–29.

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.

EASHW – Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2002) Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002 bis 2006. Mitteilung der Kommission, KOM(2002) 118 endg.

EASHW – European Agency of Safety and Health at Work (2003) Gender issues in safety and health at work. A review. http://agency.osha.eu.int/publications/reports/209/en/ReportgenderEN.pdf

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.

Eberbach W (1999) Ethische und rechtliche Fragestellungen der HIV-Erkrankung. In: Jäger H (Hrsg.) Mit AIDS leben. Prävention, Therapie, Behandlungsalternativen, psychosoziale Aspekte. Landsberg/Lech: ecomed-Verlag 1999; 369-374.

EFSA - European Food Safety Authority (2004). http://www.efsa.eu.int/index_de.html

Ehrig H (1996) Verminderte Heiratschancen oder Perspektivengewinn? Bielefeld

Eichbauer H, Heuermann A, Krausbar P (2004) Gelebte Integration im Krankenhaus. Abschlussbericht zum Pilotprojekt zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation und Betreuung im Krankenhaus am Beispiel der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses. Wien.

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. AurotInnen: Freidl W., Stronegger WJ, Neuhold C; Wien: Stadt Wien.

Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL (1993) Unconventional medicine in the United States - prevalence, costs and patterns of use. N Engl J Med 1993;328:246-252.

Eitel A, Schoibel H (1999) Wohnungslos: Definitionen und Zahlen. Wien: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe.

Eitel G, Grohmann S, Gutlederer 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.

Elmadfa I, Burger P (1999) Expertengutachten zur Lebensmittelsicherheit. Wien: Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien.

Elmadfa I, Zarfl B, König J (1996) Ernährung älterer Menschen in Wien. WHO-Projekt: Wien- Gesunde Stadt. Wien: Stadt Wien.

Elston S (2001) Gender-bias gardens may aggravate allergies. Environmental News Network 2001, May 17.

Empacher C, Hayn D, Schubert S, Schultz I (2002) Analyse der Folgen des Geschlechterrollenwandels für Umweltbewusstsein und Umweltverhalten. Bonn: Unesco-Verbindungsstelle im UBA.

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-Dragässer 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 Kassandra.

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.

Ernst E (1996) Acupuncture for nausea: a best evidence analysis. European Journal of Physical Medicine and Rehabilitation1996;6(1):900-906.

Ernst E (ed.) (2001) The desktop guide to complementary and alternative medicine. An evidence based approach. Edinburgh, London, New York etc.: Mosby.

Ernst E, Resch KL, White AR Complementary medicine-what physicians think of it: a meta-analysis. Arch Intern Med 1995;155:2405-2408.

Ernst M, Füller I (1988) Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können. Köln: Verlag Kiepenheuer und Witsch

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 – Europäsiches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (1997) Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.

Europaforum Wien (2003) Diversity Management. Strategische Prozesssteuerung und operatives Umsetzungskonzept Diversitätsmanagement. Wien: Europaforum.

Europäische Kommission / Commission of the European Communities (1997) Report from the commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the state of women's health in the European Community. Office for the Official Publications of the European Communities: Luxembourg (COM (97) 224 final), 1997.

Europäische Union (2001) Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel. http://europa.eu.int/scadplus/leg/de/lvb/l21230.htm (Zugriff am 25.11.2004).

Europäisches Parlament, Ausschuss für die Rechte der Frau und Chancengleichheit (2003) Bericht über Frauen und Sport. 2002/2280(INI) vom 21. Mai 2003.

Europäisches Parlament, Ausschuss für die Rechte der Frau und Chancengleichheit (2003a) Bericht über die Wahl 2004 und die Frage, wie eine ausgewogene Vertretung von Frauen und Männern gewährleistet werden kann (Rapporteur: Lone Dybkjaer). Europäisches Parlament, Dokument A5-0333/2003; RR\509055DE.doc.

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (2004; in Vorbereitung) HIV-Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Verbesserung des Serviceangebots für MigrantInnen. Projekt gefördert von der EU (2002-2004). Wien: EZWS.

Europarat - Council of Europe (1998) Gender Mainstreaming – Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken. Schlussbericht über die Tätigkeit der Group of Specialists on Mainstreaming (EG-S-MS). Strassbourg. EG-S-MS (98)2.

Europarat – Council of Europe (2003) Kompass-Studie. Straßburg: CE.

European Commission (2003) EU Citizens & Sport. Eurobarometer 197, Wave EB60.0

European Commission (2003) Health, Food and Alcohol and Safety. Special Eurobarometer 186 / Wave 59.0. December 2003. EC.

European Commission, EUREF (2001) European guidelines for quality assurance in cancer screening. Third edition. Luxembourg: EC.

European Commission, SANCO (2003) The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2. Brussels: April 2003.

European Society of Cardiology (2003) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2003, 24(17):1601–1610 und Eur J of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2003; 10(4): 1–11.

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 uns 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 uns soziale Bedingungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

EUSOMA – Europäische Gesellschaft für Brustkunde (1999) The Requirements of a Specialist Breast Unit. European Journal of Cancer 2000;36:2288-2293.

Evander M, Edlund K, Gustafsson A et al. (1995) Human papillomavirus infection is transient in young women: a population-based cohort study. J Infec Dis 1995;171:1026-1030.

Feddersen J (2002) Der Weg in die Normalität. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Gleichgeschlechtliche Lebensweisen; Forum Sexualaufklärung 4/2002; Köln: BZgA.

Felberbaum R, Küpker W, Diedrich K (2004) Methoden der assistierten Reproduktion werden sicherer. Deutsches Ärzteblatt 101 (3): A 95–100.

Feldman T, Silver R. (2000) Gender differences and the outcome of interventions for acute coronary syndromes. Cardiol Rev 2000; 8(4): 240-247.

Fellowes D, Barnes K, Wilkinson S (2004) Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley and Sons.

Felsberger G (2003) Die Lokale Agenda 21. Auf dem Weg ins 21. Jahrhundert.

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.

FFGZ Berlin (2000) Lesben mit Kinderwunsch. Clio Heft 51, Herbst 2000.

FFGZ Köln "Hagazussa" (1999) Lesben und Kinderwunsch. Broschüre. Köln: FFGZ 1999.

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.

Fichter M, Quadflieg N, Koniarczyk, Greifenhagen, Wolz, Koegl, Wittchen U (1999) Psychische Erkrankung bei obdachlosen Männern und Frauen in München. Psychiatrische Praxis 1999;26: 6-84.

Fiegl J (2004) Unerfüllter Kinderwunsch. Das Wechselspiel von Körper und Seele. Walter-Verlag.

Fiegl J, Pritz A (1999) Richtlinien für die psychotherapeutische und soziale Betreuung im Rahmen der humangenetischen Beratung gemäß § 69 des Humangenetikgesetzes. Wien: ÖBVP.

Findeiß P, Schachl T, Stark W (2001) Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem. Abschlussbericht. Public Health Projekt C2 des Bayrischen Forschungsverbunds/FÖSS e.V. München (zitiert nach RKI, 2004).

Findl I, Fellinger G, Gerschpacher H, Kühnel E, Lehner E, Koller K (1993) Rehabilitation of patients with Parkinson's disease in a geriatric department. World Congress of Gerontology 1993, Budapest.

Findl I, Klaushofer K, Koller K, (1992) Rehabilitation alter Menschen im Krankenhaus - und was dann? In: Kytir J, Münz R (Hrsg.) Alter und Pflege. Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos. Schriftenreihe Gesundheitsökonomie Band 3. Berlin: Blackwell.

Findl I, Lehner E, Koller K (1997) Strategien zur Verbesserung der poststationären Medikamenten-Compliance geriatrischer PatientInnen. In: Grundböck A, Nowak P, Pelikan JM (Hg.) Gesundheitsförderung - eine Strategie für Krankenhäuser im Umbruch: Projekte aus Österreich und Deutschland. Wien: Facultas Universitätsverlag, S.285-296.

Findl I, Lehner E, Welsch K, Pleiner G, Klaushofer K, Koller K (2001) Geriatric Patients and Their Drugs: Assessment of Correct Intake. World Congress of Gerontology 2001, Vancouver.

Fischer G, Gutiérrez-Lobos K (2002) Aufstiegschancen von Ärztinnen: Wie notwendig sind Mentoringprogramme an der Medizinischen Fakultät? ÖKZ - Österreichische Krankenhaus-Zeitung 2002;12:33-38.

Fischer GC, Rohde JJ, Tewes U, Schug SH (1995) Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Schlussbericht zum interdisziplinären Forschungsprojekt, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 49. Stuttgart: Kohlhammer.

Fisher P, Ward A (1994) Complementary medicine in Europe. BMJ 1994;309:107-111.

Fleischmann H (1997) Behandlung und Prognose älterer Abhängigkeitskranker. In: Radebold H, Hirsch RD, Kipp J, Kortus R, Stoppe G, Struwe B, Wächter C (Hrsg.), Depressionen im Alter; Darmstadt: Steinkopff, S. 271-279.

Fleury J, Keller C, Murdaugh C (2000) Social and contextual etiology of coronary heart disease in women. J Womens Health Gend Based Med 2000;9:967–978.

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.

Franzkowiak P, Helfferich C, Weise E (1998) Geschlechtsbezogene Suchtprävention. Praxisansätze, Theorienentwicklung, Definitionen. Köln: BZgA.

Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K, Breteler MM, Copeland JR, Dartigues J, Lobo A, Martinez-Lage J, Soininen H, Hofman A (2000) Incidence of dementia and major subtypes in europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurology 2000;54(11;Suppl.5):10-15.

Frauenbüro der Stadt Wien / Magistratsabteilung 57 (2001) Gender Mainstreaming. Leitfaden. Wien Nov. 2001 (ISBN: 3-902 125-00-4) oder http://www.wien.gv.at/ma57/gender_mainstreaming/

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Amt für Gesundheit. Frauen und Gesundheit (2001) Empfehlungen für die Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg. Bericht der ExpertInnenkommission. Hamburg.

Friedmann H (2000) Das österreichische nationale Radonprogramm (ÖNRAP). Atemwegs- und Lungenkrankheiten 2000;26(12):625-630.

Friske A (1995) Als Frau geistig behindert sein. München.

Fuchs J (1999) Die Situation von Pflegenden. NDV Nachrichtendienst 1999:79:337-341.

Füsgen I (Hrsg.) (1992) Der inkontinente Patient. Bern Göttingen, Toronto

Gastpar M, Schulz M (1998) Therapiestrategien bei Abhängigkeit im Alter. In: Havemann-Reinecke U, Weyerer S, Fleischmann H (Hrsg.), Alkohol und Medikamente - Missbrauch und Abhängigkeit im Alter; Freiburg: Lambertus, S. 117-127.

Gatterer G, Croy A (2004) Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung. Wien, New York: Springer.

Geiger M, Steinert E, Schweitzer R (1991) Alleinstehende Frauen ohne Wohnung. Soziale Hintergründe, Lebensmilieus, Bewältigungsstrategien, Hilfeangebote. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Geiselmann B, Linden M (1991), Prescription and intake patterns in long-term and ultra-long-term benzodiazepine treatment in primary care practice. Pharmacopsychiatry 1991(24):55-61.

Gelles RJ, Straus MA (1988) Intimate Violence. New York.

Gender Kompetenz Zentrum (2004) http://www.genderkompetenz.info

Gerhard I, Reimers G, Keller C, Schmück M. Weibliche Fertilitätsstörungen: Homöopathie vs. Hormontherapie. Therapiewoche 1993;43,48,2582-2588.

Gerlinghoff M (1985) Magersüchtig. Eine Therapeutin und Betroffene berichten. München: Piper.

Gerlinghoff M, Angenendt J, Linington A (1991) Tagesklinisches Therapiemodell für psychosomatische Essstörungen. Verhaltenstherapie 1991; 1(1):61-65.

Gerisch B, Lindner R (2004) Epidemiologie von Suizid und Suizidversuchen. Nervenheilkunde 1996;15:495-506.

Gerlinghoff M, Angenendt J, Steidle B (1988b) Stationäre Kurztherapie der Anorexia und Bulimia nervosa. Psycho 1988; 14(7): 506-514.

Gerlinghoff M, Backmund H, Franzen U (1998) Evaluation eines tagesklinischen Behandlungsprogramms für Essstörungen. European Eating Disorders Review 1998; 6(2):96-106.

Gerlinghoff M, Gross G, Backmund H (2003) Eating disorder therapy with a preventive goal. Eur Child Adolesc Psychiatry 2003 Jan; 12 Suppl 1:I72-I77.

Gerlinghoff M, Mai N, Angenendt J, Steidle B, Backmund H (1988a) Verkürzung des Klinikaufenthalts von chronisch anorektischen Patienten durch ambulante Behandlung. In: Hardoff D, Chigier E; Eating disorders in adolescents and young adults: An international perspective. London: Freund, p. 349-358.

Gerlinghoff M, Ploog D (1987) Eine mehrdimensionale stationäre Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 1987; 37(9-10):312-316.

Gesunde Städte Österreichs (2000) Kommunale Gesundheitsberichterstattung unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsförderung. Wien: Verein Gesunde Städte Österreichs.

Gesundheitsressort Bad Tatzmannsdorf (2004) Osteoporose-Kur. http://www.kuren.at/thermen-vitalhotel/kur4_tvh.html (Zugriff am 23.11.2004).

Giacomuzzi SM, Ertl M, Riemer Y, Rössler H, Vigl A, Hinterhuber H, Kurz M (2004) Aktuelle Konsumformen bei Drogenabhängigkeit – Implikationen für Substitutionsprogramme in ambulanten Einrichtungen und bei behandelnden ÄrztInnen. Wiener Klinische Wochenschrift 2004;116(4):119-127.

Girardi C (2004) HELLP! Eine Albtraumnovelle oder ein Lehrbuch über ein Syndrom? Klosterneuburg: EDITION VA bENE.

Glaeske G, Janhsen K (2003) GEK-Arzneimittelreport 2003: Auswertungen der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001-2002. Gmündner Ersatzkasse – GEK. Herausgegeben von der Gmünder Ersatzkasse GEK. Sankt Augustin: Asgard-Verlag, Hippe.

Glaeske, G. (2000), Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Jahrbuch Sucht, Geesthacht: Neuland, S. 63-79.

GLMA – Gay and Lesbian Medical Association (2003) Sexual Minority Women's Health Survey. Our Right to Health Care. www.glma.org/healthsurvey2003/women

Gmeiner R (2003) Biopolitik in Österreich. Zeitschrift für Biopolitik 2003,2(3):159-168.

Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, Salamone L, Stellato R (2000) Relation of demographic and lifestyle factors to □ymptoms in a multi-racial/ ethnic population of women 40-55 years of age. American Journal of Epidemiology 152:463-473.

Golombok S, Brewaeys A, Giavazzi MT et al. (2002) The European study of assisted reproduction families. Human Reproduction 2002;17:830–840.

Gölz J, Büscher U, Grosch-Wörner M (2000) Integriertes Versorgungsmodell für HIV-infizierte Frauen mit Kinderwunsch und Schwangerschaft. Dokumentation des Workshops „Frauenspezifische AIDS-Forschung – Erfordernisse, Perspektiven, Kooperationen", Mannheim, 11/2000.
http://www.dagnae.de/Fachthemen/PatGruppen_4h/Modell.htm

Görres S (1993) Familienpflege und Angehörigenkarrieren. Entwicklung eines Forschungsparadigmas zur Belastung pflegender Angehöriger von chronisch kranken alten Menschen. Zeitschrift für Gerontologie 1993;26:378-385.

Görres S et al. (1998) Arbeitsbedingungen in der Altenpflege und die Einführung der Pflegeversicherung. Hochschulforum Pflege 1998;2:8-14.

Gotzsche PC (2001) Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. Lancet 2001;358:1340-1342.

Gotzsche PC, Olsen O (2000) Is screening for breast cancer with mammography justifiable? Lancet 2000;355:129-134.

Graham WJ, Hundley V, McCheyne AL, Hall MH, Gurney E, Milne J (1999) An investigation of women's involvement in the decision to deliver by a caesarean section. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1999;106:213-20.

Grande G et al. (2000) Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Versorgung und Rehabilitation. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg)., Gesundheit von Frauen und Männern. Gesundheitsberichte NRW, Landesgesundheitsbericht 2000, Bielefeld.

Gräßel E (1996) Psychische und physische Belastungen pflegender Angehöriger. In: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.), danken und dienen 1996. Thema: Pflege im Alter - Pflegende Angehörige, Stuttgart, S.12-18.

Gräßel E (1996) Psychische und physische Belastungen pflegender Angehöriger. In: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.), danken und dienen 1996, Thema: Pflege im Alter – Pflegende Angehörige. Stuttgart; S.12-18.

Greifenhagen A, Fichter M (1998) Verrückt und obdachlos – psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen. Wohnungslos 1998;40(3):89-98.

Greiser E (2001) Hormonersatztherapie und erhöhtes Risiko für Mamma-Ca und Endmetrium-Ca in Deutschland. Ergebnisse einer Schätzung der Attributivrisiken. Journal für Menopause 2001(2):59-64.

Greiser E et al. (2000) Weibliche Hormone – Eine Leben lang. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO); Bonn: Bremer Institut für Präventivforschung und Sozialmedizin (BIPS).

Greyez S, Gurtner F (2004) Integrierte Prävention der Frakturen im Alter. In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz; Bern, S .3-6.

Grob D (2004) Stürze im Alter. Risikofaktoren und Konsequenzen In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz; Bern, S. 16-20.

Grob D (2004) Stürze im Alter. Risikofaktoren und Konsequenzen. In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz, Bern, S.16-20.

Grobe TG, Schwartz FW (2003) Arbeitlosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Robert Koch Institut (RKI): Berlin.

Grobe TG, Schwartz FW (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Berlin: RKI – Robert Koch Institut.

Großbichler R, Pichler A (1999) Die Wunschsectio aus der Sicht der Österreichischen Hebammen. Österreichische Hebammenzeitung, 1999.

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 und Rásky E (Hrsg.) (2003) Das FrauenGesundheitsProgramm Graz. Gender Health Audit in sechs Grazer Betrieben. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften der Johannes Kepler Universität in Zusammenarbeit mit der Österreichsichen Gebietskrankenkasse. Linz: OÖGKK

Groth S (2004) Wechseljahre in Bewegung. Frauengesundheitsbewegt Interessen vertreten. In: Jahn I (Hrsg.); wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen frauen? Proceedings, „wechseljahre mulitdisziplinär", Kongress, Universität Bremen,21.-23. Februar 2003. GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 28, St. Augustin: Asgard-Verlag.

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.

Grünebaum G (2002) Naturheilkunde und Fruchtbarkeit.
http://9monate.qualimedic.de/Naturheilkunde_und_fruchtbarkeit.html (Zugriff am 18.11.2004)

Guthlin C, Lange O, Walach H (2004) Measuring the effects of acupuncture and homeopathy in general practice: an uncontrolled prospective documentation approach. BMC Public Health 2004 Mar 04;4(1):6.

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 Enquêtekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nord-

rhein-Westfalen". Universität Osnabrück.

Haller R (2002) State of the art: Die Drogensituation in Österreich. Österreichische Ärztezeitung 2002;5:32-36.

Haller R (2004) Brauchen wir eine neue Suchtmedizin? Wiener Klinische Wochenschrift 2004; 116(4):110-111.

Halon DA, Adawi S, Dobrecky-Mery I, Lewis BS (2004) Importance of increasing age on the presentation and outcome of acute coronary syndromes in erlderly patients. J Am Coll Card 2004; 43: 347–352.

Halsig N (1995) Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfemöglichkeiten. Zeitschrift für Gernontopsychologie und –psychiatrie 1995;8:247-262.

Halsig N (1995) Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfemöglichkeiten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie 1995;8:247-262.

Halsig N (1998) Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger: Möglichkeiten der Intervention. In: Kruse A (Hrsg.), Psychosoziale Gerontologie, Bd. 2: Intervention, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S.211-231.

Halsig N (1998) Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger: Möglichkeiten der Intervention. In: Kruse A (Hrsg.), Psychosoziale Gerontologie, Bd. 2: Intervention. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe: S.211-231.

Halvax C, Ohmacht S (2001) Wiener Wohnungslosenhilfe 2001. WWH-Bericht 2001 im Auftrag der MA 12 / wien sozial. Wien: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe.

Haschke, F. (1985) Säuglingsernährung in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz.

Hasdai A, Porter A, Rosengren et al. (2003) Effect of gender on outcomes of acute coronary syndromes. Am J Cardiol 2003; 91: 1466–1469.

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2003) Statistisches Jahrbuch der österreichischen Sozialversicherung 2003. Wien: HVÖSV.

Hauptverband der Sozialversicherungsträger (Hrsg.) (2003) Handbuch der medizinischen Rehabilitation. Wien: Print und Digimedia GmbH. http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/alt/15054.PDF (Zugriff am 20.11.2004).

Hausleitner T, Lechner F, Pammer M, Reiter W, Weissensteiner M (1996) Soziale Aspekte der Lebenssituation von Prostituierten. Wien: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten.

Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, Aragaki AK, Shumaker SA, Brzyski RG, LaCroix AZ, Granek IA, Valanis BG, for the Women's Health Initiative Investigators (2003) Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. NEJM 384(19): 1839-1854

Hay-Smith E, Berghmans L, Hendriks H, de Bie R, van Waalwijk van Doorn E (2004) Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley and Sons.

Healy B (1991) The Yentl syndrome. N Engl J Med 1991;325:274–276.

Heinemann K, Röhrig P, Stadie R (1983) Arbeitslose Frauen. Zwischen Erwerbstätigkeit und Hausfrauenrolle. Eine empirische Untersuchung. Weinheim: Beltz.

Heise L (1994) Violence against women: The hidden health burden. World Bank Discussion Paper. Washington D.C.: The World Bank.

Hejda M (2002) Was belastet pflegende Angehörige dementierender alter Menschen. In: Schnepp W (Hrsg.), Angehörige pflegen. Bern: Huber; S.197-218.

Helfferich C (1994) Jugend, Körper und Geschlecht. Auf der Suche nach sexueller Identität. Opladen: Leske und Burdrich.

Helfferich C (1996) Perpektiven der Frauengesundheitsforschung in Deutschland. In: Maschewski-Schneider U (Hrsg.). Frauen – das kranke Geschlecht? Opladen, Leske und Burdrich; S. 113-130.

Helfferich 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, Maschewsky-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.

Hemminki K, Zhang H, Czene K (2003) Time Trends and Familial Risks in Squamous Cell Carcinoma of the Skin. Archives of Dermatology 2003;139: 885–889.

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.

Herzog P, Rieger C T (2004) Risk of cancer from diagnostic X-rays. Lancet 2004 Jan 31;363(9406):340-1.

Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U (2002) Few women wish to be delivered by caesarean section. BJOG 2002;109(6):618-23.

Hilgefort G (2000) Handbuch HIV-Prävention für Mädchen und Frauen. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. .

Hill A, Rumpf HJ, Hapke U, Driesse, M, John U (1998) Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1998;(22):935-940.

Hirsch, R.D., Kreanzhoff, E.U. (1997), Problemfeld „Fixierung" in der Gerontopsychiatrie. Stichtagserhebung über Einflussfaktoren bewegungseinschränkender Maßnahmen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30, S.321-326.

Hochleitner M (1997) Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine Untersuchung der Geschlechtsunterschiede in den kardiologischen PatientInnenkarrieren an der Universitätsklinik Innsbruck. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft, Verkehr und Kunst.

Hochleitner M (1998) Tirol hat eine höhere weibliche als männliche Herz–Kreislauf-Mortalität: Sind Gender Differences an der Notfallaufnahme aufzeigbar? Studie im Auftrag der Gesundheits- und Frauenreferentin des Landes Tirol LR Dr. Elisabeth Zanon.

Hochleitner M (1999a) Tirol hat eine höhere weibliche als männliche Herz–Kreislauf-Mortalität: Sind Gender Differences bei den kardiologischen PatientInnenkarrieren an der Koronarangiographie aufzeigbar? Studie im Auftrag der Gesundheits- und Frauenreferentin des Landes Tirol LR Dr. Elisabeth Zanon.

Hochleitner M (1999b) Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der kardiologischen Versorgung in Tirol. J Kardiol 1999; 6 (8): 406-8.

Hochleitner M (1999c) Zur Situation der Älteren Frau ab dem 65. Lebensjahr in Tirol. Welche Folgerungen sind aus der erhobenen Pflege- und Sozialsituation abzuleiten? Studie zum Internationalen Jahr der älteren Menschen im Auftrag von LR Dr. Elisabeth Zanon.

Hochleitner M (1999d). Coronary Heart Disease: Sexual Bias in Referral for Coronary Angiogram. How Does It Work in a State-Run Health System? Journal of Womens Health and Gender Based Medicine 1999; 9 (1): 29-34.

Hochleitner M (2000) Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2000. Studie im Auftrag des bm:bwk 2000.

Hochleitner M (2001) Hypertension in Turkish Immigrant Women. 5th ICPC jointly with the 4th IHHC, Osaka, Japan, 2001.

Hochleitner M (2003a) Hier hat niemand auf Sie gewartet! Frau in der Medizin Ärztinnenstudie 2002. Innsbruck: university press. (ISBN 3-901249-73-7)

Hochleitner M (2003b) Hypertension: a prevention program for immigrant Turkish women. J Heart Disease 2003;3(1):314.

Hochleitner M, Bader A (2001) Hypertension in immigrant Turkish women. The ninth Annual Congress on Women's Health and Gender Based Medicine, Wshington D.C, 2001.

Hochleitner M, Bader A (2004) Health promotion in immigrant turkish women in Austria. Recent Advances in Health Promotion in Singapore 2004;4.

Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C (2004) Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley and Sons.

Hoffmann P (1993) Arbeitsbeanspruchung und –belastung von Frauen durch Nachtarbeit im Krankenhaus. Wien: Arbeiterkammer Wien.

Hoffmann-Doringer R, Schunder-Tatzber S, Schwabl H, Waltjen T, Hoffmann M, Nahrada F et al. (1999) Ganzheitsmedizin: Dokumentation, Information und Kommunikation. Bestandsaufnahme und Perspektiven aus österreichischer Sicht. Wien: Wiener Akademie der Ganzheitsmedizin.

Hofmarcher M, Röhrling G, Riedel M (2003) Gesundheitszustand in der EU. Schwerpunktthema: Versorgung mit Antidepressiva. In: Health System Watch IV.

Holz A, Jeune J (1998) Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.); Jahrbuch Sucht; Geesthacht: Neuland, S.154-174.

Höpflinger F (1994) Frauen im Alter – Alter der Frauen – ein Forschungsdossier. Zürich: Seismo (Zweite Auflage 1997).

Höpflinger F, Hugentobler V (2003) Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. 1. Aufl. Bern: Huber.

Hornung J (1996) Forsch Komplementärmed 1996;3:91-101.

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. Dezsy (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? Jatros 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.

ICAP (1997) The Dublin Principles. ICAP, 1997.

ICAP (2000) Genfer Partnerschaft für Alkoholfragen in Richtung Globale Charta. ICAP, 2000.

IFEW – Institut für Ernährungswissenschaften (1998) Ernährungsbericht 1998. Wien 1998

IFEW – Institut für Ernährungswissenschaften (2003) Ernährungsbericht 2003. Wien 2003

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 und Kurort, 06. S.136-138.

Ingrisch D (1992) Alles war das Institut! Eine lebensgeschichtliche Untersuchung über die erste Generation von Professorinnen an der Universität Wien. Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (Hg.), Reihe: Materialien zur Förderung von Frauen in der Wissenschaft, Bd. 2. Wien: BMWF.

Institut für Demographie (1998) Bevölkerungsvorausschätzung 1996 bis 2021 nach Teilgebieten der Wiener Stadtregion. Wien: Institut für Demographie.

Institut für Demographie (1999) Bevölkerung in Österreich. Demografische Trends, politische Rahmenbedingungen, entwicklungspolitische Aspekte. Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften – ÖAW.

Institut für Demographie (2001) Demografische Informationen. Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften (ÖAW).

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.

Integration:Österreich (2004) (Hrsg.) Weißbuch ungehindert behindert. Wien: Integration:Österreich.

International Obesity Task Force, European Associaton for the Study of Obesity (2002) Obesity in Europe. The Case for Action. London: IASO.

IOM - 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.

ISOE - Institut für sozial-ökologische Forschung (2004). http://www.isoe.de

Jacoby R (1997) Which scan, for whom and why? In: Ames D, Chiu E (Hrsg.), Neuoimaging in the Psychiatry of Late Life, Cambridge: University Press, S.217-226.

Jahn I (2004) wechseljahre 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 (2002) Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bremen: BIPS - Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin.

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.

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.

Jantzen W (1987) Behindertenpädagogik. Band 1. Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen.

Jones HW, Cohen J (1999) IFFS Surveillance 98. Fertility and Sterlitiy 1999;71(Suppl 2)

Jones HW, Cohen J (2001) IFFS Surveillance 01. Fertility and Sterlity 2001;76(Suppl 2)

Jones HW, Cohen J (2004) IFFS Surveillance 04. Fertility and Sterility 2004;81(5;Suppl. 4):S1-S55.

Jones RK, Henshaw SK (2002) Mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden. In: AGI (eds.) Perspectives on Sexual and Reproductive Health, May/June 2002. New York: Allan Guttmacher Institute.

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.

Junkermann H, Becker N, Peitgen HO (2001) Konzept und Durchführung der Modellprojekte für Mammographie-Screening in Deutschland. Der Radiologe 41:328-336.

Kaiser Therme Bad Ischl GmbH. (o.A.). Gesund durch Sole, Schwefel, Schlamm, Luft. www.kaisertherme.co.at/folges/kur_wellness_fitness.htm (Zugriff am 22.11.2004).

Kanis JA, Melton LJ, et al. (1994) The diagnosis of Osteoporosis. J Bone Miner Res 1994(9):1137-1141.

Kannus P, Parkkari J, Niemi S, Pesanen M, Palvanen M, et al. (2000) Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector. New England Journal of Medicine 2000;343:1506-1513.

Kaplan AS, Olmstedt MP (1997) Partial hospitalization. In: Garner DM, Garfinkel PE (Eds.), Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed., pp 354-360). New York: Guilford press.

Käsler-Heide H (1998) Wenn die Eltern älter werden: ein Ratgeber für erwachsene Kinder. Frankfurt am Main: Campus.

Katschnig H, Denk P, Scherer M (2004) Österreichsicher 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.

Katsouyanni K, Zmirou D, Spix C, Sunyer J, Schouten JP, Pönkä A, Anderson HR, Le Moullec Y, Wojtyniak B, Vigotti MA, Bacharova L (2003) Short-term effects of ambient particles on mortality in the elderly: results from 28 cities in the APHEA2 project. Eur Respir J Suppl. 2003 May;40:28s-33s.

Kaufmann E (1999) Wellness Tourismus. Marktanalyse und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie – Schnittestellen zur Gesundheitsförderung. Berner Studien zu Freizeit und Tourismus, Bd. 38. Bern: Forschungsinstitut für Freizeit und Tourismus (FIF) der Universität Bern.

Kelly A, Kavanagh J, Thomas J (2004) Castor oil and/or enema for cervical priming and induction of labour. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley & Sons.

Kelner M, Wellman B et al. (eds) (2000) Complementary and Alternative Medicine: Challange and change. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Kerschan-Schindl K, Uher E, Kainberger F, Kaider A, Ghanem AH, Preisinger E (2000) Long-term home exercise program: effect in women at high risk of fracture. Arch Phys Med Rehabil 2000;81:319-323.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 1994;51:8-19.

Khan SS, Nessim S, Gray R, Czer LS, Chaux A, Maltoff J (1990) Increased mortality of women in coronary artery bypass surgery: evidebce for referral bias. Ann Intern Med 1990;112:561–567.

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.

Kiefer I, Haberzettl C, Rieder A (2000) Ernährungsverhalten und Einstellungen zum Essen der ÖsterreicherInnen. Journal für Ernährungsmedizin 2000;2(5):2-7.

Kiefer I, Kunze M, Rieder A (2001) Epidemiologie der Adipositas. Journal für Ernährungsmedizin 2001(1):17-19.

Kiefer I, Wetzer K, Kunze M (2002) Lebensmittel- und Nährstoffverbrauch – Trends und internationaler Vergleich. Journal für Ernährungsmedizin 2002(3):20-24.

Kieselbach T (2000) Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Perspektiven eines zukünftigen Umgangs mit beruflichen Transitionen. Soziale Sicherheit und Strukturwandel der Arbeitslosigkeit 2000;103-136.

Kieselbach T, Klink E (1997) Interventionen bei Arbeitplatzverlust und Arbeitslosigkeit. In: von Rosenstiel L, Hockel CM, Molt W (Hrsg.) Handbuch der angewandten Psychologie. Landsberg.

Kieselbach T, Wacker A (Hrsg.) (1991) Bewältigung von Arbeitslosigkeit im sozialen Kontext. Programme, Initiativen, Evaluationen. Weinheim.

Kirschner-Hermanns R (1998) Harninkontinenz im Alter. Journal für Urologie und Urogynäkologie 1998;1:S.19-26.

Kirschner-Herrmanns R, Wein B, Niehaus S, Schaefer W, Jaske G (1993) The contribution of magnetic resonance imaging of the pelvic floor to the understanding of urinary incontinence. British Journal of Urology 1993;72(5 Pt 2):715-18.

KKH - Kaufmännische Krankenkasse Hannover und MHH - Medizinische Hochschule Hannover (2004) Weißbuch Prävention! HERZgesund? Hannover: KKH.

Kleijnen J, Knipschild P, Riet G (1991) Clinical trials of homeopathy. BMJ 1991;302:316-23.

Klotzenbuecher CM, et al. (2000) Patients with prior fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. J Bone Min Res 2000;15:721-739.

Knipschild P, Kleijnen J, Riet G (1990) Belief in the efficacy of alternative medicine among general practitioners in the Netherlands. Soc Sci Med 1990;31:625-626.

Knospe (oJ) Was ist die Knospe? www.knospe.at

Kohli M, Kühnemund H, Motel A, Szydlik M (2000) Grunddaten zur Lebenssituation der 40-85jährigen deutschen Bevölkerung. Ergebnisse des Alters-Survey. Berlin: Weissensee-Verlag.

Kolilp P, Hurrelmann K (2002) Geschlecht, Gesundheit, Krankheit: Eine Einführung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.); Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich; Bern: Verlag Hans Huber.

Kolip P (1997) Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske und Budrich.

Kolip P, Glaeske G, Strube H, Bucksch J (2003) Wechseljahre. Was Frauen wissen sollten. Düsseldorf: Verbraucherzentrale.

Kolip P, Koppelin F (2002) Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich. Bern: Huber.

Kolip P, Ladenmann J, Deitermann B (2004) Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen? In: Altgeld T (Hrsg.) Männergesundheit. Neue Herausforderungen und Perspektiven für Gesundheitsförderung und Prävention; Weinheim und München: Juventa Verlag; S.219-232.

Koller K, Findl I, Klaushofer K, Gerschpacher H, Kühnel E (1992) Rehabilitation von Insultpatienten an einer Internen Abteilung mit überwiegend geriatrischem Krankengut. In: Scherzer E (Hrsg.) Neurophysiologie und

Neurorehabilitation. Wien.

Komfüdrö (2003) Jahresbericht 2002. Innsbruck: Komfüdrö.

Kommission der Europäischen Gemeinschaft (1997) Bericht der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen zur gesundheitlichen Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft. Brüssel: 20. Mai 1997, KOM()/) 224. ISBN 92-78-19696-7.

Kommission der Europäischen Gemeinschaft / Commission of the European Communities (1997) Report from the commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the state of women's health in the European Community. Office for the Official Publications of the European Communities: Luxembourg (COM (97) 224 final), 1997.

Kraemer S (2000) The fragile men. Brit Med J 2000;321:1609-12.

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.

Kramer M (2004) Aerobic exercise for women during pregnancy. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley and Sons.

Krause M (2002) Wer wünscht sich was? Die Wunschsectio als Ausdruck mangelnder Kompetenz. Hebammen Forum, Februar 2002.

Kreilinger B (2002) Zwanzig Jahre Leben in der Psychiatrie. Wien

Kremla M, Dogan R (2004) Interkulturelle Altenpflege in Wien – Bedarf und Angebot sowie dessen notwendige Modifikationen. Laufendes Projekt. Unveröffentlichte, persönliche Mitteilung.

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)

Kronberger G, Spannring P (2004) Statistik der Autonomen Österreichischen Frauenhäuser 2003. Wien: Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser.

Krumpl-Ströher M, Sevelda P (1999) Wenn Frauen(ärztinnen) im Kreißsaal mitreden … Ärzte Woche 1999;16(18).

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.

Kurhotel Bad Reuthe (oJ) Angebote. www.badreuthe.at (Zugriff am 23.11.2004); sowie persönliches Gespräch am 22.11.2004.

Kurhotel Salzerbad (oJ) http://www.tiscover.at/at/guide/5,de,SCH1/objectId,ACC109783at,tisindex,1/home.html (Zugriff am 24.11.2004); sowie persönliches Gespräch vom 25.11.2004.

Kurtherme Bad Gleichenberg (2004) Persönliches Gespräch am 25.11.2004.

Kurzentrum Parktherme Bad Radkersburg (oJ) Ambulante Kur. http://www.parktherme.at/ (Zugriff am 23.11.2004)

Kytir J (2003) Bevölkerungsgeographie Österreichs – Ausgewählte Problem- und Themenbereiche. Vorlesung Uni Wien SS 2003

Lähnemann L (1997) Lesben und Schwule mit Kindern – Kinder homosexueller Eltern. Broschüre der Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport Berlin. Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen. Berlin, 1997

Lamberg L (1999) If I worked hard(er), I will be loved. Roots of physician stress explored. JAMA 1999;282:13-14.

Landeskrankenhaus Wolfsberg (o.A.) Unser Leistungsprofil. http://www.lkh-wo.at (Zugriff am 24.11.2004).

Landesregierung Vorarlberg (1998) Daten und Fakten zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage der Frau in Vorarlberg. Bregenz, 1998.

Landtag Nordrhein-Westfalen (2002) Arbeitsprogramm der Enquete-Kommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen". Düsseldorf.

Landtag Nordrhein-Westfalen (2004) Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags NRW. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lange C, Lampert T (2004) Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitswesen 2004;66:158-163.

Lanserhof (oJ) Menopause. http://www.lanserhof.at (Zugriff am 22.11.2004).

Lathinen E, Lethinen V, Riikonen E et al. (1999) Framework for Promoting Mental Health in Europe. Stakes,

National Research and Development Centre for Welfare and Health. Hamina: Stakes. http://www.stakes.fi

Laughlin S (2003) Glasgow Women's Health Policy. An example of gender mainstreaming into health. In: Groth S und Rásky E (Hrsg.) Das FrauenGesundheitsProgramm Graz. Gender Health Audit in sechs Grazer Betrieben. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften der Johannes Kepler Universität in Zusammenarbeit mit der Österreichsichen Gebietskrankenkasse. Linz: OÖGKK.

LBIMGS - Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (2004) Integrierte Versorgung – Modellprojekt PIK - PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung (in Wien 14. – 17. Bezirk). Abschlussbericht, Wien: LBIMGS.

LBIMGS – Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (2002) hbsc/17. Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-Jährigen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und der Trends seit 1990. Wien: LBIMGS.

Lehner E, Findl I, Pleiner G, Welsch K, Spitz P, Klaushofer K, Koller K (2001) Konzept einer Angehörigenberatung zur Verbesserung der poststationären Betreuung von chronisch Kranken an einer geriatrischen Abteilung. Wiener Klinische Wochenschrift 2001; 113(10):12.

Lerner DJ, Kannel WB (1986). Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: A 26-year follow-up of the Framingham population. Am Heart J 1986, 11: 383-390.

Lexikon der Nachhaltigkeit (2004). http://www.nachhaltigkeit.info/

Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F,V Hedges L, Jonas WB (1997) Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-.analysis of placebo controlled trials. Lancet 1997;350:834-843.

Linden M, Kurtz G, Baltes MM, Geiselmann B, Lang FR, Reischies FM, Helmchen H (1998) Depression bei Hochbetagten: Ergebnisse der Berliner Altersstudie. Nervenarzt 1998;69:27-37.

Lindsay R, Silverman SL, Cooper C, Hanley DA, Barton I, Broy SB et al. (2001) Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. JAMA 2001;285:320-323.

Lipp D (2004) Kaiserschnitt auf Wunsch. Einde Studie zu Geburtsangst, Einstellungen zur Elternschschaft und Persönlichkeitsaspekten. Diplomarbeit, Universität Wien.

Lippuner K (2004) Osteoporose und Stürze im Alter. Diagnostik und Therapie, Risikofaktoren und Konsequenzen. In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.); Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz; Bern: BAG.

Liu-Ambrose T, Eng JJ, Khan KM, et al. (2003) Older women with osteoporosis have increased postural sway and weaker quadrizeps strength than counterparts with normal bone mass. Overlooked determinants of fracture risk? Journal of Gerontological Biological Science 2003;58(9):862-866.

Liu-Ambrose T, et al. (2002) Relationship of back pain to balance and functional mobility in women with osteoporosis. Osteoporosis International 2002;13:868-873.

Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MMB, Copeland JRM, Dartigues JF, Jagger C, Martinez-Lage J, Soininen H, Hofman A (2000) Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurology 2000;54(11 Suppl.5):4-9.

Lock M (1998) Menopause: Lessons from anthropology. Psychosomatic Medicine 1998;60:410-419.

Locker AC et al. (1995) Prevalence of low femural bone density in older U.S. women from NHANES III. J Bonne Miner Res 1995;5:796-802.

Locker AC et al. (1997) Prevalence of low femural bone density in older U.S. adults from NHANES III. J Bone Miner Res 1997;12(11):1761-1768.

Logar R (2003) Rote Karte für Gewalttäter: Das Gewaltschutzgesetz in Österreich und die Arbeit der Interventionsstellen. Wien: Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt.

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.

Löser H (1999a) Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte bei Kindern – eine Herausforderung für den Arzt bei Prävention und Diagnostik. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 10, 48–52.

Löser H (1999b) Alkohol in der Schwangerschaft – Konflikte bei Frauen und präventive Probleme. Sucht 45 (5), 331-338.

Löser H (2000) Alkohol und Schwangerschaft – Embryopathie und Alkoholeffekte. Therapeutische

Löser H, Bierstedt T, Blum,A (1999) Alkoholembryopathie im Erwachsenenalter. Deutsche medizinische Wochenschrift 124, 412–418.

Löser H, Bierstedt, T. (1998) Schwangerschaft und Alkohol – Risiken der Kinder und mütterliche Konflikte. Sucht 44 (1), 42–47.

Löser H, Oehme J, Hugenroth H (1999) De ebrietate foeminarum (1737). Monatsschrift

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (1995) Austrian Women's Health Profile. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz.

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (1995) Austrian Women's Health Profile. Wien: BM für Gesundheit und Konsumentenschutz.

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (1996) Wiener Frauengesundheitsbericht 1996. Wien: MA 15 der Stadt Wien, Gesundheitswesen, Referat III/1 - Gesundheitsberichterstattung.

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (1999) Niederösterreichischer Frauengesundheitsbericht. St. Pölten: Amt der Niederösterreichischen Landesregierung.

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2000) Essverhaltensstörungen - Wie groß ist das Problem bei Wiener Schülerinnen und Schülern? 2. Wiener Essstörungsenquete, Wien, Abstract, 12/2000.

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2001) Schwangerschaftskonflikt – Motive für bzw. gegen einen Schwangerschaftsabbruch. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2003) Gesundheitsförderung in den Frauengesundheitszentren F.E.M. und F.E.M. Süd. Die Perspektive der KursbesucherInnen und TrainerInnen.

Ludwig M, Katalinic A (2002) Malformation rate in fetuses and children conceived after ICSI: results of a prospective cohort study. Reproductive Biomedicine 2002;5(2):171–187.

MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW (1996) Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. Lancet 1996;347:569-573.

Madersbacher S, Haidinger G, Temml C (2000) Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum. In: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheitsbericht 2000; S. 299-233.

Maffli E (Hrsg.) (2000) Medikamentmissbrauch in der Schweiz: Aktuelle Daten - Orientierungen für die Praxis. Lausanne: SFA-ISPA Press.

Magistrat der Stadt Graz (1998) Frauen- und Mädchengesundheitsbericht Graz und Steiermark. Graz: Landesressort Gesundheit, 1998.

Magistrat der Stadt Wien (1999) Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Wien: Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Sanitätsdirektion.

MAGS - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1998) Landessozialbericht. Band 8: Arbeitslose, Langzeitarbeitslose und ihre Familien. Düsseldorf: MAGS.

MAGS - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1998) Landessozialbericht. Band 8: Arbeitslose, Langzeitarbeitslose und ihre Familien. Düsseldorf: MAGS.

Mandelbrot L, Le Chenadec J, Berrebi A et al. (1998) Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudineprophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. JAMA (Journal of the American Medical Association) 1998;280:55-60.

Mann K, Mundle G (1997) Alkoholismus und Alkoholfolgekrankheiten. In Förstl H (Hrsg.); Lehrbuch der Gerontopsychiatrie; Stuttgart: Enke, S. 345-355.

Männel J (2004) Komplementäre Krebstherapien. http://frauen.qualimedic.de/Therapien_brustkrebs_komplementaer.html (Zugriff am 30.11.2004).

Manson JE, Grobbee DE, Stampfer MJ (1990) Aspirin in the primary prevention of angina pectoris in a randomized trial of United States physicians. Am J Med 1990; 89: 772–776.

Marks S (1999) Es ist zu laut! Ein Sachbuch über Lärm und Stille. Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt.

Marottoli RA, et al. (1992) Decline in physical function following hip fracture. Journal of American Geriatric Society 1992;49(9):861-868.

Marstedt G, Moebus S (2003) Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 9. Berlin: Robert Koch-Institut.

Marth C, Frede T, zur Nedden D et al. (2004) Zertifizierung von Brustzentren. Gyn aktiv 2004;17-18.

Martikainen PT (1990) Unemployment and mortality among Finnish men 1981-1985. British Medical Journal 1990;301:401-411.

Maschewski-Schneider U (Hrsg.) (1981) Was macht Frauen krank? Frankfurt am Main.

Maschewski-Schneider U (Hrsg.) (1996) Frauen – das kranke Geschlecht? Opladen: Leske und Budrich.

Maschewski-Schneider U (Hrsg.) (1997) Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Weinheim.

Maschewsky-Schneider U (2002) Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 34(3):493-503.

Maschke C, Wolf U, Leitmann T (2000) Epidemiologische Untersuchungen zum Einfluss von Lärmstress auf das Immunsystem und die Entstehung von Arteriosklerose. WaBoLu Hefte x/2002. Berlin: Umweltbundesamt.

MASGF – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Frauen Brandenburg (1995) Arbeitsschutz. Jahresbericht 1994. Potsdam.

MASGF - Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (1998) Kinder- und Jugendbericht. Brandenburg: MASGF.

Maunz S, Steyrer J (2001) Das ‚Burnout-Syndrom' in der Krankenpflege: Ursachen – Folgen – Prävention. The Middle European Journal of Medicine 2001;113:296-300.

Mayer KU, Baltes P (Hrsg.) (1996) Die Berliner Alterstudie. Berlin: Akademie Verlag.

Mayer KU, Wagner M (1996) Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie, Forschungsberichte, Bd. 3, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Interdisziplinäre Arbeitsgruppen. Berlin: Akademie Verlag; S.251-275.

Mayr-Frank E (2004) Abteilung Behandlungsökonomie. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. E-Mail Korrespondenz vom 25.11.2004.

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

Melzer U (2001) Weibliche Homosexualität: noch immer ein Tabu. In: Groth S, Rasky E (Hrsg.) Sexualitäten. Interdisziplinäre Beiträge zur Frauen und Sexualität; Innsbruck: Studien Verlag; S.109-119.

Merkur Versicherung AG (2003) Alternative Heilmethoden. http://www.merkur.at/redak/var/docs/doc-27415-27426.pdf (Zugriff am 25.11.2004).

Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U et al. (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen

Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. Nervenarzt 2000;71:515-142.

MFJFG NRW - Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000). Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst. http://www.loegd.nrw.de

MFJFG NRW - Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (1999) Politik für Lesben und Schwule in Nordrhein-Westfalen. Programm für Gleichstellung und Akzeptanz. Nordrhein-Westfalen: MFJFG.

MFJFG NRW - Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (1999) Gewalt gegen lesbische Frauen. Studie über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen. Nordrhein-Westfalen: MFJFG.

MGSFF NRW - Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2004) Häusliche Gewalt. Die Rolle des Gesundheitswesens. Gemeinsame Empfehlungen des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie und der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen.

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.ao.: 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.

Minister of Public Works and Government Services Canada (1999) Women's Health Surveillance. A Plan of Action for Health Canada. A Report from the Advisory Committee on Women's Health Surveillance. Canada: Health Canada.

Minkoff H, Santoro N (2000) Ethical considerations in the treatment of infertility in women with Human Immunedeficiency Virus infection. New England Journal of Medicine 2000; 342: 1748-50.

Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, Barbieri RL, Malspeis S, Willett WC, Hunter DJ (2004b) Reproductive History and Endometriosis Among Premenopausal Women. Obstetrics and Gynecology 2004 Nov;104(5):965-774.

Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, Barbieri RL, Marshall LM, Hunter DJ (2004a) Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric, and lifestyle factors. American Journal of Epidemiology 2004 Oct 15;160(8):784-96.

Mixa E (2000) Zwischen den Sprossen. Aufstiegsbedingungen und Karrierebarrieren für Medizinerinnen im professionellen und universitären Feld. Materialien zur Förderung von Frauen in der Wissenschaft, Band 10. Wien: Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr, Abteilung 1/B/1.

Mohr G (1997) Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzsicherheit und psychische Befindlichkeit. Frankfurt: Verlag Peter Lang.

Mörike K, Schwab M (2000) Grundlagen der Pharmakokinetik und pharmakokinetische Besonderheiten im Alter. In: Nikolaus T (Hrsg.), Klinische Geriatrie. Berlin, Heildelberg, New York: Springer, S.207-217.

Mörike K, Schwab M (2000) Grundlagen der Pharmakokinetik und pharmakokinetische Besonderheiten im Alter. In: Nikolaus T (Hrsg.); Klinische Geriatrie; Berlin, Heildelberg, New York: Springer, S. 207-217.

Mühlhauser I, Höldke (2002) Information zum Mammographie-Screening: Vom Trugschluss zur Ent-Täuschung. Radiologe 2002;2(42):299-304.

Müller WE (1992) Klinische Pharmakologie von Psychopharmaka im höheren Lebensalter. In: Häfner H, Hennerici M (Hrsg.); Psychische Krankheiten und Hirnfunktion im Alter; Stuttgart: Gustav Fischer, S. 171-185.

Nanda K et al. (2000) Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. Ann Intern Med 2000;132:810-819.

Nather A, Zeisler H, Sam CE, Husslein P, Joura EA (2001) Offenes Peritoneum bei Sectio caesarea: Ergebnisse der Re-Sectio. Wiener Klinische Wochenschrift 2001;113 (11-12):451-53.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004) Psychische Gesundheit. Entwurf zur Stellungnahme. Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Bern: NGS.

Nationaler EthikratDeutschland (2003) Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. http://www.nationalerethikrat.de

NCAM - National Centre for Complementary and Alternative Medicine (2004) Alternative therapies for managing menopausal symptoms. http://nccam.nih.gov/health/alerts/menopause (Zugriff am 22.11.2004).

NCAM - National Centre for Complementary and Alternative Medicine (2004) Black cohosh and symptoms of menopause. http://ods.od.nih.gov/factsheets/BlackCohosh.asp (Zugriff am 22.11.2004).

NCI - National Cancer Institute (2004) Cartilage (Bovine and Shark). http://www.cancer.gov/cancer_information (Zugriff am 22.11.2004).

Neri I, Airola G, Contu G, Allais G, Faccinetti F, Benedetto C (2004) Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomised controlled trial. Journal of maternal-fetal and neonatal medicine 2004;15(4):247-252.

Nevitt MC, Cummings SR, Huides ES (1991) Risk facors for injurious falls: a prospective study. Journal of Gerontology 1991;46:164-170.

Nevitt MC, Ettinger B, Stone K, Jamal SA, Ensrud K, Segal M, et al. (1998) The association of radiographically detected vertebral fractures with back pain and function: a prospective study. Ann Intern Med 1998;128:793-

800.

Newnham HH, Silberberg J (1997) Women's hearts are hard to break. Lancet 1997;49:3–6.

Nguyen TV et al. (1996) Risk factors for osteporotic fractures in the elderly men. Am J Epidemiol 1996;144:255-263.

NHS CRD - National Health Service, Centre for Review and Dissemination (2001) Acupuncture. Effective Health Care 2001;7(2).

NHS CRD - National Health Service, Centre for Review and Dissemination (2002) Homeopathy. Effective Health Care 2002;7(3).

NHS CRD - National Health Service, Centre for Review and Dissemination (1996) The management of primary breast cancer. Effective Health Care 1996;2(6).

Niederösterreichischer Zivilschutzverband (2004). http://www.noezsv.at

Niemann H, Maschke C (2004) Noise effects and morbidity, WHO-LARES (Large Analysis and Review of European housing and health Status.

NIH - National Institutes of Health (2000) Consensus Development Panel 2000. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. NIH consensus statement online.

Niklowitz M, Meyer PC (2001) Monitoring der psychischen Gesundheit: Datenquellen, Indikatoren und Berichtsformen. Bundesamt für Statistik.
http://www.statistik.admin.ch/events/symposium/abstracts/niklowitz_internet.pdf

Nippert I (2001) Qualitäts- und Qualifikationssicherung im Rahmen genetischer Beratung und Diagnostik am Beispiel ausgesuchter Testverfahren – eine interdisziplinäre prospektive Untersuchung. Forschungsprojekt.

Nöbauer H (2002) Verhängnisvolle Stürze im Alter. Ärztewoche 2002;16(11).

NÖFMBS - Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen (1999) Frauenberatungsstellen, Mädchenberatungsstellen in Österreich. Wien: NÖFMBS.

Nonnemaker L (2000) Women physicians in academic medicine: new insights from cohort studies. N Engl J Med 2000;342:399-405.

Novak K, Schoibl H (2000) Armut, soziale Ausgrenzung und Wohnungslosigkeit von Frauen in Österreich. http://www.bawo.at/frauen.html (Juli 2003).

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.

Nyström L, Larson LG, Wall S et al. (1996) An overview of the Swedish randomised mammography trials: total mortality pattern and the representivity of the study cohort. Journal of Medical Screening 1996;3:85-87.

O'Brien JE, Peterson ED, Keeler GP, et al. (1996) Relation between estrogen replacement therapy and restenosis after percutaneous coronary interventions. J Am Coll Cardiol 1996;28:1111–1118.

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.

ÖAÄ - Österreichische Akademie der Ärzte. (oJ). ÖAK Spezialdiplome. http://www.arztakademie.at/

ÖÄK - Österreichische Ärztekammer. (2004) Persönliche und E-Mail Kommunikation mit Mag. Sinabel, Standesführung und Statistik, Österreichische Ärztekammer vom 15. November 2004.

Oberaigner W, Delmarko I (1996) Koronarregister der Landes Tirol: Jahresbericht 1995, 1996. Tirol.

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 (2000) Präventionsausgaben. Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich. Wien: BMSG.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2001) Zahnstatus 2000 bei 35- bis 44-Jährigen und 65- bis 74-Jährigen. Im Auftrag des BMSG. Wien: ÖBIG:

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2001) Drogenspezifische Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen. AutorInnen: Haas S, Vorderwinkler S, Weigl M, Guzei K. Wien: BMSG.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002a) Psychotherapeuten, Klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen. Entwicklungsstatistik 1991-2001. Wien: BMSG.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002b) Stationäre psychotherapeutische und psychologische Versorgung. Wien: BMSG.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002c) Gesundheitspsychologen in Österreich. Einsatzbereiche und Tätigkeiten. Wien: BMSG.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002d) Bedarf und Angebot an Psychotherapie. Wien: BMSG.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002e) IVF-Register. Jahresbericht 2001. Im Auftrag des BMSG. Wien: ÖBIG:

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002f) Soziale Ungleichheiten und Gesundheit. Wien: BMGF.

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003b) Bericht zur Drogensituation 2003. Wien:

ÖBIG

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003a) IVF-Register. Jahresbericht 2002. Im Auftrag des BMSG. Wien: ÖBIG.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003c) Gesundheitsbericht an den Nationalrat. Wien: BMGF.

ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004b) Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2004. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004a) Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung. Wien: ÖBIG.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004c) Psychotherapie auf Krankenschein. Wien: BMGF.

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004d) Mammographie Screening Austria. Wien: BMGF.

Oe K, Shimuzu M, Ino H, et al. (2002) Effects of gender on the number of diseased vessels and clinical outcome in Japanese patients with acute coronary syndrome. Circ J 2002; 66(5): 435–440.

Office on Women's Health (2000) Lesbian Health Fact Sheet. Online: http://www.4woman.gov

ÖGAA - Österreichische Gesellschaft für Akupunktur (2004) Sonderkurse. http://www.akupunktur.at/oegaa/foeginfo.htm (Zugriff am 25.11.2005).

ÖGF - Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (2002) Schwerpunkt: Notfallskontrazeption. Newsletter November 2002. Wien: ÖGF.

ÖGHM - Österreichische Gesellschaft für Homöopathische Medizin (oJ) http://www.homoeopathie.at

ÖHG - Österreichisches Hebammen-Gremium (2004) Fortbildungsveranstaltungen für Hebammen. http://www.hebammen.at/fortlist.html.

ÖHG - Österreichisches Hebammen-Gremium (2004) Hebammen mit eigener Website. http://www.hebammen.at/link_hebs.html

Ohl J, Partisani M, Wittemer C, et al. (2003) Assisted reproduction techniques for HIV serodiscordant couples: 18 months of experience. Human Reproduction 2003; 18: 1244-1249. http://amedeo.com/lit.php?id=12773453 oder (http://hetero.aidshilfe.de/).

Ohmacht S (2003) Nationaler Aktionsplan der österreichischen Bundesregierung gegen Armut und soziale Ausgrenzung (NAP) – Anregungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe. Wien: BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe.

Ohmacht S, Paier D, Schoibl H, Bodingbauer E, Hirtl T / BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2004) Wohnungslos in Graz. Sozialwissenschaftliche Dokumentation der Sozialarbeit für wohnungslose Menschen in Graz, Analyse der Betreuungsangebote sowie Strategiekonzept. Wohnungslosenhilfe Graz. Studie im Auftrag des Landes Steiermark und der Stadt Graz. Wien: BAWO, März 2004.

ÖIF – Österreichisches Institut für Familienforschung (1996) Familien- und Fertilitätssurvey 1996. Wien: BMJUF.

ÖIF – Österreichisches Institut für Familienforschung (2001) Gewalt in der Familie (Gewaltbericht). Wien: BMSG.

ÖIJ – Österreichisches Institut für Jugendforschung (1995) Abschied von der Kindheit? Die Lebenswelten 11- bis 14-jähriger Kids. Wien: BMJUF.

Onat A (2001) Risk Factors and cardiovascular disease in Turkey. Artheriosclerosis 2001; 156(1): 1-5.

Onnen-Isemann C (1998) Ungewollte Kinderlosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Ehebeziehung. In: Brähler E, Goldschmidt S (Hrsg.) Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen. Bern u.a.: Huber.

Oppenheimer C, Mauer R Frauenspezifische Beratungs- und Unterstützungsangebote

Oppenheimer C, Mauer R Frauenspezifische Beratungs- und Unterstützungsangebote

Orbach S (1978) Fat is a Feminist Issue. London: Paddington Press.

Orach S (1986) Hunger Strike. London: Faber and Faber.

Orbach S (2002) On Eating. London: Penguin.

ÖSTAT - Österreichisches Statistisches Zentralamt (1958) Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahr 1957. Wien: Statistisches Zentralamt.

Österreichische Alzheimer-Gesellschaft, Österreichische Alzheimer Liga (2004) Konsensusstatement Demenz. J Neurolog Neurochir Psychiatr 2004;3:6-13.

Österreichisches JI/CDM-Programm (2004) http://www.klimaschutzprojekte.at.

Österreichs Zukunft Nachhaltig Gestalten – Die Österreichische Strategie zur Nachhaltigen Entwicklung (2002) http://www.nachhaltigkeit.at/strategie/pdf/strategie020709_de.pdf

Osthoff R (1999) Schwanger wird' ich nicht alleine ... Ursachen und Folgen ungeplanter Teenagerschwangerschaften. Landau 1999.

Oswald WD, Rödel G (1995) Gedächtnistraining. Ein Programm für Seniorengruppen. Göttingen, Bern, Toronto.

ÖWÄA - Österreichische Wissenschaftliche Ärztegesellschaft für Akupunktur (2004) Sonderkurs Gynäkologie. http://www.akupunktur.org/html/aerzte/kurs.htm#gynaekologie

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

Patel H, Rosengren A, Ekman I (2004) Symptoms in acute coronary syndromes: does sex make a difference? Am Heart J 2004;148(1):27–33.

Perera FP, Tang D, Tu YH, Cruz LA, Borjas M, Bernert T, Whyatt RM (2004) Biomarkers in Maternal and New-

born Blood Indicate Heightened Fetal Susceptibility to Procarcinogenic DNA Damage. Environmental Health Perspectives 2004; 112: 1133-36.

Phyllis Burke (1993) Eine Familie ist eine Familie ist eine Familie. Zwei Frauen und ihr Sohn. (New York 1993) Berlin 1996.

Pichlhöfer C (2003) Frauen und „geschlechtsneutrale Konzepte" in der Drogenarbeit. Verein Wiener Sozialprojekte – Bericht 2002. Wien: VWS.

Pittler M (2002) Complementary and alternative medicine: a european perspective. In: The desktop guide to complementary and alternative medicine. An evidence based approach. Edinburgh, London, New York etc.: Mosby. S.388-394.

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.

Pope CA, Burnett TR, Thun MJ, Calle EE, Krewski D, Ito K, Thurston GD (2002) Lung Cancer, Cardiopulmonary Mortality, and Long-term Exposure to Fine Particulate Air Pollution. JAMA Mar 2002; 287:1132-1141.

Pott E (2003) Frauenleben – vom Druck, perfekt zu sein. Suchtprävention bei Frauen und Mädchen. In: AKF – Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (Hrsg.) Tüchtig und süchtig. Frauen, Sucht und Essstörungen. Bremen: AKF.

Pratscher H (2000) Sportverhalten in Österreich. Journal für Ernährungsmedizin 2000(5):18-23.

Preisinger, E., Alacamlioglu, Y., Pils, K., Bosina, E., Metka, M., Schneider, B. (1996), Exercise therapy for osteoporosis: results of a randomised controlled trial, in: British Journal Sports Med. 30, S.209-212.

Pro Familia (2000) Standpunkt: Pränatale Diagnostik. Frankfurt am Main: Pro Familia.

Proctor M, Hing W, Johnson T, Murphy P (2004) Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhoea. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley and Sons.

Proctor M, Murphy P (2004) Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley & Sons.

Proctor M, Smith C, Farquhar C, Stones R (2004a) Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley and Sons.

Pröll G (2002) Meine Tage. Quelle weiblicher Kraft und Intuition. Freiburg: Bauer.

Pudel V (2001) Psychologische Ansätze in der Adipositastherapie. Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; 10, 954-959.

Püringer U (2004) Nichtrauchen in 20 Tagen. Österreichische Ärztezeitung 2004;4:46-50.

Raine RA, Black NA, Bowker TJ, Wood DA (2002) Gender differences in the management and outcome of patients with acute coronary artery disease. J Epid Com health 2002; 56: 791–797.

Raine RA, Crayford T, Chan K, et al. (1998) Gender differences in the investigation and treatment of patients with a diagnosis of cardiac pain in England. BMJ 1998;316:391.

Rásky E (2000) Wege zur frauenspezifischen Gesundheitsberichterstattung in Österreich. Z Gesundheitswiss 2000;8(4):323-31.

Rásky E, Freidl W (2001) Gesundheitsberichterstattung in Österreich – Bestandsaufnahme und Ergebnisse eines regionalen Surveys. Linz: OÖGKK.

Ratzinger, Josef Kardinal; Kongregation für die Glaubenslehre (2003) Erwägungen zu den Entwürfen einer rechtlichen Anerkennung der Lebensgemeinschaften zwischen homosexuellen Personen.

Razum O, Geiger I (2003) Migranten. In: F.W. Schwartz et al. (Hrsg.) (2003), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen; Abschnitt 26.7., S. 686-692. 2. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer.

Reichert M, May-Lukas N (2002) Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen in NRW; Expertise. Dortmund.

Reilly DT, Taylor MA, McSharry C, Aitchinson T (1986) Is homeopathy a placebo response? Controlled trial of homeopathic potency, with pollen in hayfever as a model. Lancet 1986;ii:881-885.

Reinisch J (1990) The Kinsey institute new report on sex. New York: St. Martin's Press.

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.

Remien J (1994) Bestimmung der Arzneimittelabhängigkeit durch eine quantitative Analyse des individuellen Verbrauchs aller ärztlich verordneten Arzneimittel. Bergisch-Gladbach: IKK-Bundesverband.

Retti G (2002) Bericht zum Frauenförderungsplan. Universität Innsbruck. 1999-2001. Innsbruck: Büro des Vizerektors für Evaluation.

Riecher-Rössler A (1997) Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1997;65:97-107.

Riecher-Rössler A, Rohde A (Hrsg.) (2001) Psychische Erkrankungen bei Frauen. Basel: Karger.

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.

Rieder A, Lohff B (Hrsg.) (2004) Gender Medizin – Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis.

Wien: Springer Medizin Verlag.

Ringe JD (2002) Osteoporose des alten Menschen: Prävention und Therapie. Journal Miner Stoffwechs. 2002;2:7-11.

Ringe JD, Dorst AJ, Faber H (1997) Osteoprosis in men. Clinical assessment of 400 patients and 205 controls by risk factor analysis, densiometry, and x-ray findings. Osteologie 1997;6:81-86.

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.

Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (2000) Pflege neu denken. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Roberts RO, Bergstralh EJ, Schmidt L, Jacobsen SE (1996) Comparison of self-reported and medical record health care utilization. Journal of Clinical Epidemiology1996;49:989-995.

Robins LN, Rieger DA (eds.) (1991) Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study. New York: Free Press.

Robins, L.N., Regier, D.A. (1991), Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study, The Free Press: New York.

Rogner Bad Blumau. (o.A.). Willkommen im Gesundheitszentrum FindeDich. http://www.blumau.com/evo/web/rogner/257_DE (Zugriff am 23.11.2004).

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

Römertherme Baden (2004) Kurs Beckenboden. http://www.roemertherme.at/ (Zugriff am 24.11.2004).

Roohan PJ, Bickel NA, Baptiste MS, Therriault GD, Ferrara EP et al. (1998) Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer. American Journal of Public Health 1998;88:454-457.

Röring R (1993) Muss es die Wechseljahre bald nicht mehr geben? Über die Hormonbehandlung in den Wechseljahren und ihre Folgen. Jahrbuch für Kritische Medizin 19, 86-102.

Röring R (1994) Die Wechseljahre – ein Kulturphänomen. Zeitschrift für Allgemeine Medizin 70: 417-420.

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.

Ross PD (1998) Risk factors for osteporotic fracture. Endocrinal Metab Clin North Am 1998;27:289-301.

Royal College of Psychiatrists (1992) Eating Disorders. Council Report CR14. London: Royal College of Psychiatrists.

Royal College of Psychiatrists (2000) Eating disorders in the UK: policies for service development and training. Report from the Eating Disorders Special Interest Group of the Royal College of Psychiatrists. Council Report CR87, October 2000.

Royal Council for Complementary Medicine (1998) Unconventional medicine. Cost B 4. Executive summary from the final report of the management committee (1993-1998). http://www.rccm.org.uk/static/Report_COST_exec.aspx (Zugriff am 22.11.2004).

Royce RA, Sena A, Cates W Jr, Cohen MS (1997) Sexual transmission of HIV. New England Journal of Medicine 1997;336:1072-1078.

Rozenberg S, Fellemans C, Kroll M, Vandromme J (2000) The Menopause in Europe. International Journal of Fertility and Women's Medicine 45: 182-189

Rubisch M, Philipp S et al. (2001) Pflegevorsorge in Österreich. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

Rüesch P, Manzoni P (2003) Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Ryding EL, Wijma K, Wijma B (1998). Psychological impact of emergency caesarean section in comparison with elective caesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 1998;19.

Sasse B (1995) Ganz normale Mütter, Lesbische Frauen und ihre Kinder. Frankfurt/M, 1995

Saveman, B.I., Aström, S., Bucht, G., Norberg, A. (1998), Elder abuse in residential settings in Schweden, in: Journal of Elder Abuse and Neglect 10, 1/2, S.43-60.

Sawaya GF, Kerlikowske K, Lee NC, Gildengorin G, Washington AE (2000) Frequency of cervical smear abnormalities within 3 years of normal cytology. Obstet Gynecol 2000 96(2):219-223.

Schafer T (2004) Epidemiology of complementary alternative medicine for asthma and allergy in Europe and

Germany. Ann Allergy Asthma Immunol 2004 Aug;93(2 Suppl 1):S5.

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.

Schaurhofer M, Janig H (2000) Wege der Unterstützung von Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich in Wien. Wien: Österreichische Forschungsgemeinschaft.

Schellenberg R (2001) Treatment for the premenstrual syndrome with agnus xastus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. British Medical Journal 2001;322,134-137.

Schieve LA, Meikle SF, Ferre C et al. (2002) Low and very low birth weight in infants conceived with use of assisted reproductive technology. New England Journal of Medicine 2002;346(10):731–737.

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 Prengel. 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

Schlaffer E, Bendard C (1998) Lebenszusammenhänge von Spitzensportlerinnen. Forschungsauftrag (zitiert nach Vortrag am BSO-Kongress 5.-6. Dezember 2003, Graz)

Schmidhofer H (2004) Drogenabhängige Frauen und ihre Kinder. Psychosoziale Beratung und Betreuung. Vortrag, Informationsveranstaltung „Drogenabhängige Frauen und ihre Kinder", 4. Juni 2004 in Wien; veranstaltet vom Fonds Soziales Wien.

Schmidt L (1997) Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidtke A (1996) Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. Nervenheilkunde 1996;15:496-506.

Schmied B (2001) Frauen und HIV. Bericht vom 12. Österreichischen AIDS Kongress in Graz. Medupdate, Aids Hilfe Wien, 18/2001.

Schmitt R (2001) Schizophrenie und postpartale Psychose. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg.), Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch, Göttingen: Hogrefe, 2001.

Schneekloth U, Müller U (2000) Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 127, Baden-Baden: Nomos.

Schneekloth U, Müller U (2000) Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd 127. Baden-Baden: Nomos.

Schneekloth U, Potthoff P (1993) Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Stuttgart.

Schneider D, Tergeist G (Hrsg.) (1993) Spinnt die Frau? Ein Lesebuch zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Schneider HD (1990) Bewohner und Personal als Quellen und Ziele von Gewalttätigkeit in Altersheimen. Zeitschrift für Gerontologie 1990;23(4):186-196.

Schneider U, Österle A (2003) Gesundheitssicherung im Alter aus ökonomischer Perspektive. In: Rosenmayer L, Böhmer F (Hrsg.), Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis; Wien, S.225-245.

Schücking BA (1999) Kaiserschnitt auf Wunsch - Gesundheitswissenschaftliche und frauenspezifische Aspekte der elektiven Sectio [Vortrag; Tagung des AK für Vorsorge- und Sozialmedizin, Bregenz; 20.7.1999]. Österreichische Hebammenzeiutung 1999;5(5).

Schulman KA, Berlin JA, Harless W, Kerner JK, et al. (1999) The effect of race and sex on physicians' recommendation for cardiac catheterization. N Engl J Med 1999; 340: 618-626.

Schultz-Gambard J, Baltz HJ, Winter G (1987) Arbeitslosigkeit. Folgen und Einflussfaktoren,. In: Schultz-Gambard J (Hrsg.), Angewandte Sozialpsychologie. München, S.189-214.

Schultz-Zehden B (1997) Körpererleben im Klimakterium. München: Profil.

Schultz-Zehden B (1998a) FrauenGesundheit in und nach den Wechseljahren. Die 1000-Frauen-Studie. Gladenbach: Kempes.

Schultz-Zehden B (1998b) Sexuality in postmenopausal women. In: Nijs P, Richter D (Hg.); Advanced research in psychosomatic obstetrics and ganaecology. Leuven/Belgium: Peeters Press: 65-89.

Schultz-Zehden B (2003) Krise der Frau in der Lebensmitte – hormonell oder psychisch? Gynäkologe 2003;3:224-30.

Schulz-Nieswandt F (1998) Gewalt gegen ältere Menschen. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 1998;49:182-185.

Schulz-Nieswandt F (1998) Gewalt gegen ältere Menschen. Zur verlorenen Unschuld familial-häuslicher Pflegewelten. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 1998;49:182-185.

Schumann S, Milto C, Richter R, Wilkening A, Bergmann RL, Dudenhausen JW (2003) Prävalenz von Nikotinkonsum in der Schwangerschaft. Abstract; 21. Kongress für Perinatale Medizin, Berlin, 27.-29.11.2003; PO-11-08.

Schüßler M (1998) Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1998;58:588.

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.

Schwarzer A (1975) Der kleine Unterschied und seine großen Folgen. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (1996) Schweizerischer Frauengesundheitsbericht. Daten für Taten. Bern.

Schwenkglenks 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.

Seeley DG et al. (1991) Which fractures are associated with low appendicular bone mass in elderly women? Ann Intern Med 1991;115:337-342.

Seeley DG et al. (1991) Which fractures are associated with low appendicular bone mass in the elderly women? Ann Intern Med 1991;115:337-342.

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen (Hrsg.) (2001) Frauengesundheitsbericht Bremen 2001. http://www.bremen.de/info/frauengesundheitsbericht

SFA – Schweizer Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2002) Drogeninfo: fetales Alkoholsyndrom. Lausanne: FSA.

Sheifer SE, Escarce JJ, Schulman KA (2000) Race and sex differences in the management of coronary artery disease. Am heart J 2000;139(5):848-57.

Sherrington C, Lord SR (1998) Increased prevalence of fall risk factors in older people following hip fracture. Gerontology 1998(44):340-344.

Shuttle P, Redgrove (1980) Die weise Wunde Menstruation. Frankfurt: S. Fischer Verlag.

Simbeni R (2004) Wellness – Esoterik – Neue Gesundheitsberufe. Graz: Arbeiterkammer Steiermark (Teil 1). http://stmk.arbeiterkammer.at/www-849-IP-14169.html

Simbeni R (2004a). Wellness – Esoterik – Neue Gesundheitsberufe. Graz: Arbeiterkammer Steiermark (Teil 3). http://stmk.arbeiterkammer.at/www-849-IP-14169.html

Simsa R, Schober C, Schober D (2003) Personalmanagement und Arbeitszufriedenheit in Organisationen der Altenbetreuung und –pflege. Teilbericht des Forschungsprojekts P 14769: „Beschäftigung im Nonprofit Sektor" gefördert durch den FWF. Wien.

Singh S, Darroch JE (2000). Adolescent pregnancy and childbearing: Levels and trends in developed countries. Fam Plann Persp 32 (1): 14-23.

Six P (1992) Epidemiologie des Sturzes und der Hüftfraktur. Schweiz Rundschau Med Praxis 1991;81(46):1378-1382.

Six P (1992) Epidemiologie des Sturzes und der Hüftfraktur. Schweiz Rundschau Med Praxis 1992;81(46):1378-1382.

Sleep J, Grant A (1987) West Berkshire perineal management trial: three years follow up. British Medial Journal 1987;295(6601):749-51.

Smith C (2004) Homeopathy for induction of labour. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley and Sons.

Smith C, Collins C, Cyna A, Crowther C (2004) Complementary and alternative therapies for pain management in labour. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley and Sons.

Smith C, Crowther C (2004) Acupuncture for induction of labour. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley and Sons.

Smith J, Delius J (2003) Die längsschnittlichen Erhebungen der Berliner Altersstudie (BASE): Design, Stichproben und Schwerpunkte 1990–2002. In: Karl F (Hrsg.), Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie: Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema; Weinheim: Juventa, S. 225-249.

Smith J, Maas I, Mayer KU, Helmchen H, Steinhagen-Thiessen E, Baltes PB (2002) Two-wave longitudinal findings from the Berlin Aging Study: Introduction to a collection of papers. Journal of Gerontology: Psychological Sciences 2002;57B:471-473.

Snooks SJ, Swash M, Mathers SE, Henry MM (1990) Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5-year follow-up. British Journal of Surgery 1990;77(12):1358-60.

Söderquist J, Wijma K, Wijma B (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 2002;23.

Sonneck G, Stein C, Voracek M (2002) Statistisch-epidemiologische Untersuchung zur Suizidproblematik von Männern in Österreich. Wien: BMSG.

Sonnenberg-Schwan U (1999) Der Kinderwunsch HIV-positiver Frauen und Möglichkeiten zur Verwirklichung. In: Jäger H (Hrsg.); Mit AIDS leben. Prävention, Therapie, Behandlungsalternativen, psychosoziale Aspekte. Landsberg/Lech: ecomed 1999;S. 304-12.

Sonnenberg-Schwan U (2001) Beratung beim Kinderwunsch HIV-infizierter Menschen. In: Bogner J (Hrsg.): Schwangerschaft HIV-positiver Frauen. Uni-med Science, Bremen 2001.

Sonnenberg-Schwan U (2002) Let's Talk About Gender? Gender-specific Aspects of Barcelona. European AIDS Treatment News, September 02, Vol. 11 No. 4

Sonnenberg-Schwan U (2004) HIV und Kinderwunsch. Online-Version: http://hiv.net (hiv.net-Buch)

Sonnenberg-Schwan U, Jäger H (1997) HIV-Infektion, Kinderwunsch und Elternschaft – psychosoziale Aspekte. In: Jäger H (Hrsg.); AIDS: Neue Perspektiven. Therapeutische Erwartungen. Die Realität 1997. Landsberg/Lech: ecomed 1997; S.396-391.

Sonnenberg-Schwan U, Weigel M, Jäger H, Hollander L (2002) Die Projekte zur assistierten Reproduktion bei HIV: Zugang, Angebote und Ergebnisse im europäischen Vergleich. In: Hoffmann C, Jäger H (Hrsg.): AIDS – die Auseinandersetzung geht weiter. Landsberg/Lech: verlag moderne industrie 2002: 319-324

Sontag S (1977) The double standard of ageing. In: Allmann LR, Jaffe DT (Hrsg.); Readings in adult psychology; New York: Harper und Row, p. 258-294.

Sowarka D, Schwichtenberg-Hilmert B, Thürkow K (2002) Gewalt gegen ältere Menschen: Ergebnisse aus Literaturrecherchen. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen Nr.36.

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000) FrauenGesundheit: zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Baden-Württemberg. Stuttgart, 2000.

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (2004) Wieder gesund werden. http://esv-sva.sozvers.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=214&p_menuid=6857&p_id=4 (Zugriff am 24.11.2004).

Spohr HL (1997) Das fetale Alkoholsyndrom. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 73, 791–797.

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.

SRU (2002) Rat von Sachverständigen für Umweltfragen, Umweltgutachten.

Stadler W, Hacker G (2004) Analyse der Lebensbedingungen von Langzeitarbeitslosen auf materieller, sozialer und gesundheitlicher Ebene. SWS-Rundschau 2004;44(3):271-288.

Stadt Wien (1999) Männergesundheitsbericht. Wien.

Stadt Wien (2001) Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001. Wien.

Stadt Wien (2003) Lebenserwartung und Mortalität in Wien. Wien.

Stadt Wien (2003) Lebenserwartung und Mortalität in Wien. Wien: Stadt Wien.

Stadt Wien (2004) Chronische Krankheiten in Wien. Wien.

Stadt Wien (2005) Psychische Gesundheit in Wien. Wien.

Stadt Wien (Hrsg.) (2002) Mikrozensus 1999. Ergebnisse zur Gesundheit in Wien. Wien: Statistik Austria.

Stampfer MJ, Colditz G (1991) Estrogen replacement therapy and coronary heart disease: a quantitative assessment of th epidemiologic evidence. Prev Med 1991;20:47–63.

Starrin B, Svensson PG, Wintersberger H (1989) Unemployment, Poverty and Quality of Working Life. Berlin: edition sigma.

Statistics Canada (2000) Women in Canada 2000: a gender-based statistical report. Housing, Family and Social Statstics Devision, Canada, 2000.

Statistik Austria (2000) Lebenssituation älterer Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 1998. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2002a) Geschlechtsspezifische Disparitäten. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst.

Statistik Austria (2002b) Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2002c) Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Ergebnisse einer WHO-Studie für Österreich. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2002d) Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus September 1999. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2003a) Haushaltführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus 2002. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

Statistik Austria (2003b) Demografisches Jahrbuch 2001/2002. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2003c) Statistisches Jahrbuch Österreichs 2004 (Dezember 2003). Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2004a) Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2004b) Krebsinzidenz und Krebsmortalität 2004. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria / Österreichisches Statistisches Zentralamt (1996) Stichprobenplan des Mikrozensus ab 1994 (Autor: Haslinger A). Statistische Nachrichten, Heft 4. Wien: ÖSTAT.

Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2004) Pflegebedürftige in Baden Württemberg. Aktuelle Situation und Projektion bis 2020. Statistik Aktuell 2004. Stuttgart.

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.

Steiner M, Klemme A, Rohde A (2001) Das Klimakterium aus psychiatrischer Sicht: Hormone, Affekt und kognitive Funktionen. In: Rohde A, Riecher-Rössler A (Hrsg.); Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianese ME, Gersh B, Geltman EM, et al. (1991) Sex differences in the management of coronnary artry disease. N Engl J Med 1991;325:226–230.

Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M (1996) Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.); Die Berliner Alterststudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 151-184.

Stel VS, Smit HJ, Pluijm SMF (2004) Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. Age and Ageing 2004;33:58-65.

Stellungnahme der Landesseniorenvertretung e.V. (LSV NRW) zum Thema „Über-, Unter- und Fehlversorgung bzgl. Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen" anlässlich der Expertenanhörung der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW", am 5. September 2002 im Landtag NRW.

Stevens RG, Davis S (1996) The melatonin hypothesis: electric power and breast cancer. Environ. Health Perspect 1996;104(Suppl. 1):135-140.

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.

Stowasser S (2004) Barrierefreiheit in den Arztpraxen – bundesweite Ist-Stand-Erhebung. Soziale Sicherheit Mai 2004;192-193.

Strauß B, Beyer K (2004) Ungewollte Kinderlosigkeit. Berlin: Robert Koch Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 20.

Streib U (1996) Das lesbisch-schwule Babybuch. Ein Rechtsratgeber zu Kinderwunsch und Elternschaft. Berlin 1996

Streib U (Hg) (1991) Von nun an nannten sie sich Mütter, Lesben und Kinder. Berlin, 1991

Strnad J, Bahro M (1999) Depressionen im Alter. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1999;129(33):1163-1170.

Ströbel A (2004) Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. In: Hurrelman K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.), Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung. Bern u.a.: Verlag Hans Huber; S.243-253.

Strömberg B, Dahlquist G, Ericson A et al. (2002) Neurological sequelae in children born after IVF: a population based study. The Lancet 2002;359:461–465.

Sturm G, Zangerle R (2004) Österreichische HIV-Kohortenstudie. Abschlussbericht des Projekts 2001-2004. Innsbruck.

Sultan AH, Kramm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI (1993) Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. New England Journal of Medicine 1993;329(26):1956-57.

Sytkowski PA, D'Agostino RB, Belanger A, Kannel WB (1995) Sex and time trends in cardiovascular disease incidence and mortality: The Framingham Heart Study, 1950–1989. Am J Epidemiol 1995, 143. 338–350.

Tazi-Preve IM, Kytir J (1999) Schwangerschaftsabbruch in Österreich. Demografische Informationen 1997/1999:20-29.

Tazi-Preve IM, Kytir J, Lebhart G, Münz R (1999) Bevölkerung in Österreich. Demografische Trends, politische Rahmenbedingungen, entwicklungspolitische Aspekte. Wien: Institut für Demographie, Österreichische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.).

Tazi-Preve IM, Roloff J (2001) Schwangerschaftsabbruch in Europa. Einflussfaktoren und Verhaltensweisen von Frauen bei einer ungewollten Schwangerschaft. In: Institut für Demographie / ÖAW (Hrsg.) Demografische Informationen, Wien: 2001, S. 39-58.

TCM Akademie (o.A.) TCM Ausbildung. http://www.tcm-academy.org/TCM/HTML-PAGES/FRAMESETS/ausbildung.htm (Zugriff am 25.11.2004).

The International Perinatal HIV Group (1999): The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 – a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. New England Journal of Medicine 1999;340:977-87.

Thiel A (1996) Kinder? Na klar! Ein Ratgeber für Lesben und Schwule. Frankfurt/M, 1996

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.

Thomas J, Paranjothy S for The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG] Clinical Effectiveness Support Unit (2001) National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press.

Thürmann P (2002) Über-, Unter- und Fehlversorgung bezüglich der Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen, Beitrag beim Fachgespräch der Enquete-Kommission am 05.09.2002, Sitzungsprotokoll, Landtag NRW, Düsseldorf.

Tinetti ME, Baker DI, Dutcher J et al. (1997) Reducing the risk of falls among older adults in the community. Berkeley, CA: Peaceable Kingdom Press.

Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, et al. (1994) A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. New England J Med 1994;331:821-827.

Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM et al. (1995) Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. Journal American Med Soc 1995;273(17):1348-1353.

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.

Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, Arveiler D, Rajakangas AM, Pajak A, et al. (1994) Myocardial Infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Circulation 1994; 90: 583–612.

Tüsün S (2002) Wenn türkische Frauen pflegen. In: Schnepp W (Hrsg.), Angehörige pflegen. Bern: Huber; S.90-111.

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. praev.doc 2003(1):3-10.

Uhl A, Kobrna 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, Kobrna 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.

Uhl A, Springer A (1996) Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Forschungsbericht. Wien: LBI Sucht.

Uitewaal PJ, Manna DR, Bruijnzeels MA, Hoes AW, Thomas S (2004) Prevalence of type 2 diabetes mellitus, other cardiovascular risk factors, and cardiovascular disease in Turkish and Moroccan immigrants in North West Europe: a systematic review. Prev Med. 2004 Dec;39(6):1068-76.

Ulsenheimer F (2000) Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2000;60:M61-65.

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.

UNESCO - United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (2004) www.unesco-heute.de

UNFPA – United Nations Population Fund (2001) A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers and Managers. New York: UNFPA.

UNFPA – United Nations Population Fund (2001) Weltbevölkerungsbericht 2000. Frauen und Männer – getrennte Welten? New York: UNFPA.

UNFPA – United Nations Population Funds (2000) Weltbevölkerungsbericht 2000: Frauen und Männer – getrennte Welten? New York: UNFPA.

UNSCEAR (United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation) (2000) Report to the General Assembly, with scientific annexes.

UPI Umwelt und Prognose Institut (2004) http://www.upi-institut.de/upi44.htm.

Vaccarino V, Abramson JL, Veledar E, Weintraub WS (2002) Sex differences in hospital mortality after coronary artery bypass surgery. Evidence for a higher mortality in women. Circ 2002; 105: 176–1181.

Van der Stuyft P, Woodward M, Amstrong J, De Muynck A (1993) Uptake of preventive health care among Mediterranean migrants in Belgium. J Epidemiol Community Health. 1993 Feb;47(1):10-3.

Verein Frauen beraten Frauen (1997) Still und leise in die Unsichtbarkeit? Gegen Armut und soziale Ausgrenzung von Frauen. Tagungsdokumentation. Wien: Verein Frauen beraten Frauen.

Vickers A (1996) Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of antiemesis RCTs. Journal of the Royal Society of Medicine 1996;89:303-311.

Vogels EA, Largo-Janssen AL, Van Weel C (1999) Sex differences in cardiovascular disease: are women with low socioeconomic status at a high risk? Br J Gen Pract 1999,49(449):963–966.

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 Epidemiolgie der Demenzen. Wiener Medizinische Wochenschrift 2002;152:52-56.

Wancata J (2002) Die Epidemiologie der Demenzen. Wiener Medizinische Wochenschrift 2002;152:52-56.

Warde CM et al. (1999) Marital and parental satisfaction of married physicians with children. J Gen Intern Med 1999;14:157-65.

Weidinger B, Kostenwein W, Drunecky G (2001) Das erste Mal. Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen. Untersuchung im Auftrag der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung. Wien: ÖGF.

Weigel M, Kremer H, Sonnenberg-Schwan U, et al. (2001) Diagnostik und Behandlung HIV-diskordanter Paare mit Kinderwunsch. Deutsches Ärzteblatt 2001, 41: 2648-2652.

Weigel M, Sonnenberg-Schwan U, Jäger H, Melchert F. 10 Jahre Reproduktionsmedizin bei HIV-diskordanten Paaren in Deutschland. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2003; 63:315-320.

Weilandt C, Heckmann W, Kraus M et al. (2001) HIV prevention in Europe. A review of policy and practice in 25 countries.

Weinstein AR, Sesso HD, Lee, et al. (2004) Relationship of physical activity vs. Body mass index with Type 2 Diabetes in women. JAMA 2004;292;118–1194.

Welsch H (1995) Maternal caesarean section mortality - a critical evaluation. Archives of Gynecology and Obstetrics 1995;257(1-4):206-15.

Welsch H, Krone HA (1994) Maternal mortality in HELLP syndrome in Bavaria 1983-1992. Zentralblatt für Gynäkologie 1994;116(4):202-6.

Welten, D.C., Kemper, H.C.G. et al. (1994), Weight-bearing activity during youth is a more important factor for

peak bone mass than calcium intake, in: J. Bone Miner. Research 9, S.1089-1096.

Wenger N et al. (1993) Cardiovascular Health and Disease in Women. New Engl J Med 1993;329:247-256.

Wenger NK (1997) Coronary heart disease. An older woman's major health risk. BMJ 1997; 315: 1085-109.

Weyerer S (2003) Psychopharmakagebrauch und -missbrauch im Alter. In: Förstl H (Hrsg), Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Stuttgart: Thieme, S.507-515.

Weyerer S (2003) Psychopharmakagebrauch und -missbrauch im Alter. In: Förstl H (Hrsg), Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie; Stuttgart: Thieme; S.507-515.

Weyerer S (2003) Sucht im Alter. SuchtMagazin August 2003(4).

Weyerer S, Dilling H (1991) Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: Results from the Upper Bavarian Field Study. Journal of Clinical Epidemiology 1991(44):303-311.

Weyerer S, Dilling H (1991) Psychiatric ans Physical Illness, sociodempgrafic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: Results from the Upper Bavarian Field Study. Journal of Clinical Eipdemiologie 1991;44:302-311.

Weyerer S, Schäufele M, Zimber A (1999) Alcohol Problems among residents in old age homes in the city of Mannheim. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999;33:825-830.

Weyerer S, Schäufele M, Zimber A (1999) Alcohol problems among residents in old age homes in the city of Mannheim, Germany. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999(33):825-830.

Weyerer S, Zimber A (1997) Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Medikamenten in Alten- und Pglegeheimen. In: Watzl H, Rockstroh B (Hrsg.), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen: Hogrefe, S.159-184.

Weyerer S, Zimber A (1997) Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Medikamenten in Alten- und Pflegeheimen In: Watzl H, Rockstroh B (Hrsg.), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen; Göttingen: Hogrefe; S. 159-184.

Weyrer S et al. (1998) Epidemiologie des Psychopharmakagebrauchs im höheren Alter. In: Havemann-Reinecke et al. (Hrsg.), Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter; Freiburg, S. 117-128.

WHI - Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002) Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 288(3):321-333.

WHO - World Health Organisation (1995) Europäische Charta Alkohol. WHO Regional Office for Europe.

WHO - World Health Organization (1946) WHO Definition of Health. Official Records of the World Health Organization 1946, no. 2: 100.

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 (1992) World Health Statistics Annual 1992. S. XXII. Geneva: WHO International.

WHO - World Health Organization (1993) European Alcohol Action Plan. WHO Regional Office for Europe.

WHO - World Health Organization (1993) Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health. Divisions of Mental and Family Health. Geneva: WHO International.

WHO - World Health Organization (1993) Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research 1993(2):153-159.

WHO - World Health Organization (1994) Assessment of fracture risk and its application to screening of postmenopausal osteoporosis. Geneva: WHO Technical Report Series 843.

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) Statement developed by WHO Quality of Life Working Group, published in the WHO Health Promotion Glossary 1998. Geneva: WHO International.

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 (1997) Violence against women. A priority health issue. Geneva: WHO International.

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 (1999) Europäischer Alkohol-Aktionsplan 2000-2005. WHO Regional Office for Europe.

WHO - World Health Organization (1999) European Alcohol Action Plan 2000-2005. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO – World Health Organization (1999) Health Costs due to Road Traffic-related Air Pollution - PM10 Population Exposure. EDMZ-Nr. 801.630e

WHO – World Health Organization (2000) Die Familien-Gesundheitsschwester. Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum. WHO Regionalbüro Europa, Dokument EUR/00/5019309/13. Kopenhagen: WHO.

WHO - World Health Organization (2000) General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Geneva: WHO. http://www.who.int/medicines/organization/trm/orgtrmdef.shtml (Zugriff

am 20.11.2004).

WHO - World Health Organization (2000) Women's Mental Health. An Evidence Based Review. Mental Health Determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: WHO 2000.

WHO - World Health Organization (2001) Erklärung über Jugend und Alkohol / Stockholm 2001. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO - World Health Organization (2001) Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review. Geneva: WHO.

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: 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) Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials. Geneva: WHO. http://www.who.int/medicines/library/trm/acupuncture/clinicreportsacupuncture.shtml (Zugriff am 18.11.2004).

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) The World Health Report 2002. Geneva: WHO International.

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 (2004) Global Strategy on Diet, Physical Acitivity and Health: Cardiovascular disease: prevention and control. http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/ (Zugriff am 24.11.2004).

WHO – World Health Organization (2004) Ionizing Radiation. http://www.who.int/ionizing_radiation/en/

WHO - World Health Organization (2004) WHO Statistical Information System (WHOSIS); Table 1: Numbers of registered deaths. http://www3.who.int/whosis/mort (Zugriff am 24.11.2004).

Wiegele B, Hoffer H, Hinterhölzl G (1999) Validationsforschung. Endbereicht im Auftrag des BMAGS, Wien.

Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen (2004) Dein Recht im Alltag. Ein/e RatgeberIn für Lesben und Schwule zum Umgang mit Diskriminierung, Mobbing und Ungleichbehandlung. Wien: MA57.

Wiener Rotes Kreuz (2001) Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen im Hanusch-Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse. Case Management an der Schnittstelle Krankenhaus und extramurale Betreuung. Wien. http://www.dachverband.at/downloads/entl.pdf

Wiener Schule für Traditionelle Chinesische Medizin (2004) Gynäkologie II. http://www.wstcm.at (Zugriff am 25.11.2004).

Wieners K, Hellbernd H (2000) Gewalt macht krank. Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. Länderbericht Bundesrepublik Deutschland des European Women's Health Network EWHNET. www.gesundheit-nds.de/countries/germany/native/new/partOne.html#361.

Wiesenauer M, Gaus W, Häussler S (1990) Behandlung der Pollinosis mit Galphimia glauca. Allergologie 1990;10:359-363.

Wild C (2004) Mythos Krebsvorsorge. Ketzertum oder Anleitung zur Mündigkeit. Österreichische Krankenhauszeitung 2004;45(04):10-11.

Willich SN, Keil T, Babisch W, Schust M, Stark H, Stallmann M, Wegscheider K (2003) Noise burden and the risk of myocardial infarction. Z Kardiol 2003;92(Suppl 1):I-42.

Wimmer-Puchinger B (1983) Empirische Untersuchung der Motive zum Schwangerschaftsabbruch. Soziale und psychische Situation der Frau. Forschungsbericht. Gefördert vom BM für Wissenschaft und Forschung und vom BM für Finanzen. Wien.

Wimmer-Puchinger B (1994) Plattform gegen die Gewalt in der Familie, Handbuch „Wegweiser für HelferInnen". Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung.

Wimmer-Puchinger B (2003) Ich liebe mich – ich hasse mich. Die Wiener Kampagne gegen Essstörungen geht bereits ins fünfte Jahr. Padiatrie und Pädologie 2003 (3).

Wimmer-Puchinger B (2004) Aus- und Fortbildungen in Wiener Krankenanstalten zum Thema Gewalt gegen Frauen und Kinder. http://www.opening-net.info/docs/Opening_Frauengesundheit1_PraesWimmerCurriculum.pdf

Wimmer-Puchinger B, Baldaszti E (2001) Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. Wiener Klinische Wochenschrift (2001);113/13-14:516-526. http://www.springer.at/periodicals/fulltxt/00435325/full_2001_113_13_516.pdf

Wimmer-Puchinger B, Baldaszti E, Löschke K, Venus M (2000) Frauengesundheitsförderung. Strategien zur zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Frauen, Migrantinnen und schwangeren Frauen. BM für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.), Reihe „Originalarbeiten – Studien – Forschungsberichte", Band 3/2000.

Wimmer-Puchinger B, et al. (1999) Niederösterreichischer Frauengesundheitsbericht. St.Pölten: Amt der Niederösterreichischen Landesregierung.

Wimmer-Puchinger B, Guld S (2003) Das Wiener Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „Die Klügere sieht nach". In: Stadt Wien (Hrsg.) Chronische Krankheiten in Wien. Autorinnen: Urbas E, Klimont J, Bachinger E. Wien: Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung.

Wimmer-Puchinger B, Helfferich C (1996) Die Bedeutung der Ottawa-Charter für die Gesundheit von Frauen. Prävention 1996;2.

Wimmer-Puchinger B, Kundi M, Bronneberg G (1988) Frauen im Schwangerschaftskonflikt. Kenntnisse über Fertilität – Beratungsangebote und Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs. Teil 1. Beratungsangebote für Frauen – Analyse der vom BM für Familie, Jugend und Konsumentenschutz geförderten Beratungsstellen. Teil 2. Frauen in der Beratung vor und nach der Entscheidung – Rahmenbedingungen zum Schwangerschaftsabbruch. Forschungsbericht. Gefördert vom BM für Umwelt, Jugend und Familie. Wien.

Wimmer-Puchinger B, Lackner R (1997) Sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugendalter und seine gynäkologischen und sexuellen Kurz- und Langzeitfolgen. Wien: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie.

Wimmer-Puchinger B, Lackner R, Busch M (1995) Gewalt in der Familie. Eine Bestandsaufnahme zu Einstellung, Problemhäufigkeit, Intervention und Bedarfsplanung von ÄrztInnen in freier Praxis und Klinik. Wien: Bundesministerium für Jugend und Familie.

Wimmer-Puchinger B, Peschel U, Schmit, K, Thaller C, Hametner K (1992) WHO-Modellprojekt: Kommunale Frauengesundheitsförderung am Beispiel einer Frauenklinik. Gefördert von der Stadt Wien. Arbeitsbericht. Wien: LBI für Frauengesundheitsforschung.

Wimmer-Puchinger B, Schmidt M, Barth M, Peschel U (1991) Feasability-Study zur Implementierung eines Frauengesundheitszentrums an der Semmelweis-Frauenklinik. Gefördert von der Stadt Wien. Wien: LBI für Frauengesundheitsforschung.

Wimmer-Puchinger B, Wolf H, Gartner D.(1997) Die Lebens- und Gesundheitssituation von Frauen im 10. Wiener Gemeindebezirk. Die Sicht der weiblichen Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der Migrantinnen sowie die Perspektive bio-psychosozialer Einrichtungen. Studie gefördert von der Stadt Wien, Wiener Integrationsfonds. Wien: LBI für Frauengesundheitsforschung.

Wirtschafskammer Oberösterreich (2002) Berufsgruppe der Energetiker erfreut sich großen Zulaufs. http://www.wko.at/ooe/Medien/2002/04/MA05.04.Energetiker.htm (Zugriff am 24.11.2004).

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (2000) Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung NRW.

Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychological Medicine 1998;28:109-126.

Wittlinger Therapiezentrum (o.A.) Relaxen und fithalten. www.wittlinger-therapiezentrum.at/deutsch/inahlt/relaxen.htm (Zugriff am 25.11.2004); sowie persönliches Gespräch am 24.11.2004.

Wolff A, Wimmer-Puchinger B (2003) barrierefrei. Gynäkologische Vorsorge und Versorgung behinderter Frauen. Wien: Büro der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten, Fonds Soziales Wien.

Wolter-Henseler DK (1998) Klinik der Benzodiazepinabhängigkeit im Alter. In: Havemann-Reinecke U, Weyerer S, Fleischmann H (Hrsg.); Alkohol und Medikamente - Missbrauch und Abhängigkeit im Alter; Freiburg: Lambertus, S. 86-89.

Wong AM, Lin YC, Chou SW, Tang FT (2001) Coordination exercise and postural stability in elderly people: effect of Tai Chi Chuan. Arch Phys Med Rehabil 2001;82:608-612.

Wong Y, Rodwell A, Dawkins S, et al. (2001) Sex differences in investigation results and treatment in subjects referred for investigation of chest pain. Heart 2001; 85: 149–152.

Woodman CB, Collins S, et al. (2001) Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. Lancet 2001; 357: 1831-1836.

Xie CX, Piecoro LT, Wermeling DP (1997) Gender-related considerations in clinical pharmacology and drug therapeutics. Crit Care Nurs Clin North Am 1997 Dec;9(4):459-68.

Yakir M, Kreitler S, Brzezinski A, Vithoulkas G, Oberbaum M, Bentwich Z (2001) Effects of homeopathic treatment in women with premenstrual syndrome: a pilot study. British homeopathic Journal 2001;90:148-153.

Young G, Jewell D (2004) Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. The Cochrane Library, 4. Chichester: John Wiley and Sons.

Zeeb H, Razum O (2004) Brustkrebs bei türkischen Frauen in Deutschland – epidemiologische Erkenntnisse und Forschungsagenda. Zentralblatt für Gynäkologie 2004;126:77-80.

Zemp A (1998) Man kann es jedenfalls herumtragen und lieb haben. Alternative zu den Abschaffungstendenzen von Leben mit Behinderung. In: zämme läbe, Will.

Zemp A, Pircher E (1996) Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Wien: Schriftenreihe der Frauenministerin, Band 10.

Zentas – Zentrum für Alternswissenschaften (2000) Altersalmanach. St. Pölten: Zentas.

Zinsmeister J (2001) Die Rechte behinderter Mütter. info – informationsblatt der bundesorganisationsstelle behinderter frauen 2001, Nr. 8.

Zipfel S, Reas DL, Thornton C, Olmsted MP, Williamson DA, Gerlinghoff M, Herzog W, Beumont PJ (2002) Tagesklinikprogramme für Essstörungen: Ein systematischer Literaturüberblick. International Journal of Eating Disorders 2002; 31:105-117.

Zubrägel S, Settertobulte W (2003) Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg.). Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag Weinheim und München 2003; S.159-183

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

Zwahlen M, Probst N, Baschung B, de Wolf C, Marty-Tschumi E, Borisch B (2002) Positionspapier zur Brustkrebsfrüherkennung durch Mammografie der Krebsliga Schweiz (KLS). Bern: KLS.

12.3 Links

ALTERN & GESUNDHEIT		
Ageing Well UK	▶	www.ageconcern.org.uk
Aktiv ins Alter / WHO-Projekt der Stadt Wien	▶	www.aktivinsalter.at
Anti Aging	▶	www.antiagingnews.at
EURAG – European Federation of Older Persons	▶	www.eurag-europe.org www.eurag.at
Geroweb Uni Erlangen	▶	www.geronto.uni-erlangen.de
Health and age, USA	▶	www.healthandage.com
Pensionistenverband Österreich	▶	www.pvoe.at
Plan60 / Forschungsinstitut des Wr Roten Kreuzes	▶	www.plan60.at
Senior & Computer / Seniorenrat	▶	www.seniorkom.at
Senior aktuell - Messeorganisation, Wien	▶	www.senior-aktuell.at
Sophia Net	▶	www.sophia-net.org
Spitalsverband Bern	▶	www.healthproject.ch
UN Ageing	▶	www.un.org/ageing
UN Programme on Ageing	▶	www.un.org/esa/socdev/ageing
WHO Healthy Ageing	▶	www.who.dk/eprise/main/WHO/progs/HEA/home
Wiener Seniorenbund	▶	www.ab5zig.at
Worklab - Arbeit & Alter – Altersgerechte Arbeit	▶	www.arbeitundalter.at
ZENTAS – Zentrum für Alternswissenschaften, NÖ	▶	www.noe-lak.at/zentas
ARBEIT & GESUNDHEIT		
Arbeitsmedizinischer Dienst	▶	www.amd.at/
EU Agency for Safety and Health at Work	▶	agency.osha.eu.int/
Meduniwien, Institut für Arbeitsmedizin (AKH)	▶	www.univie.ac.at/Innere-Med-4/Arbeitsmedizin/
ppm – Forschung und Beratung / Arbeit	▶	www.ppm.at/ppm/
Worklab – Institut f betriebl Gesundheitsförderung	▶	www.worklab.at/
BEHINDERUNG		
"Integration statt Ausgrenzung", Wien	▶	www.miteinanderfindetstadt.at
BM für soz Sich u Generationen / Behinderte	▶	www.bmsg.gv.at
Jahr der Behinderung 2003, Österreich-Homepage	▶	www.andersgleich.at
NGO-Bericht Behinderung in Österreich	▶	www.ngo.at/aee/bericht5.htm
Österreichische Blindenwohlfahrt	▶	www.blind.at
Stadt Wien, soziale Angebote für Behinderte	▶	www.wien.at/index/behinderung.htm
BRUSTKREBS		
FLORA - Wienerinnen gegen Brustkrebs	▶	www.50plus.at
Frauen gegen Brustkrebs, DEUTSCHLAND	▶	www.wiralle.de
Krebszentrum AKH Wien	▶	www.krebszentrum.at
National Cancer Institute, USA	▶	www.cancer.gov/cancerinfo/types/breast
Österreichische Krebshilfe, Dachverband	▶	www.krebshilfe.net
PINK - Patientinneninitiative Nationale Koalition, DEUTSCHLAND	▶	www.brustkrebs24.info
ERNÄHRUNG		
Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung	▶	www.ake-nutrition.at/
Deutsche Gesellschaft für Ernährung	▶	www.dge.de
Ernährungs-Umschau (DEUTSCHLAND)	▶	www.ernaehrungs-umschau.de
Framingham Heart Study / NHLBI	▶	www.nhlbi.nih.gov/about/framingham/
Framingham Offspring Study	▶	www.nhlbi.nih.gov/resources/deca/
Journal für Ernährungsmedizin (A, CH)	▶	www.kup.at
Kinderleicht – Seite des BMVEL/DEUTSCHLAND	▶	www.kinder-leicht.net
Lebensmittel-Seite des BMLFUW	▶	www.lebensmittelnet.at
Nurses Health Study	▶	www.channing.harvard.edu/nhs/
Österreichische Adipositas Gesellschaft (ÖAG)	▶	www.adipositas-austria.org/
Ö. Akademisches I. für Ernährungsmedizin (ÖAIE)	▶	www.akh-wien.ac.at/ernaehrung/
ESSSTÖRUNGEN		
BzGA - Bundeszentrale f gesundheitl Aufklärung Köln	▶	www.bzga-essstoerungen.de

Deutsche Forschungsinitiative Essstörungen	▶	www.uni-leipzig.de/~anorexia/dfe.htm
Diverse Infos, DEUTSCHLAND	▶	www.essprobleme.de
Kommunikationsplattform, DEUTSCHLAND	▶	www.hungrig-online.de
Ö Gesellschaft für Essstörungen, Innsbruck	▶	www2.uibk.ac.at/sci-org/oeges/
sowhat - Institut für Menschen mit Essstörungen, Wien	▶	www.sowhat.at
Universität Wien – EU Projekt Essstörungen	▶	www.univie.ac.at/essstoerungen/
WIKE – Informations-, Präventionskampagne Wien	▶	www.wien.gv.at/frauengesundheit/wike.htm

EVALUATION & QUALITÄTSSICHERUNG

BAG - Bundesamt für Gesundheit Schweiz	▶	www.bag.admin.ch/forschung/
BAG - Kompetenzzentrum Evaluation	▶	www.health-evaluation.admin.ch
FGÖ – Fonds Gesundes Österreich	▶	www.fgoe.org/
Forum Q	▶	www.forumq.at
Gesundheits-, sozialwiss Kompetenzzentrum	▶	www.evaluation-austria.at
Meduniwien, Stabstelle für Evaluation und QM	▶	www.meduniwien.ac.at/
Quality Indicator Projekt / Pflege	▶	www.internationalqip.com
Quint essenz – Qualität in der Gesundheitsförderung	▶	www.quint-essenz.ch
Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (Bundesrat)	▶	www.gesundheitsfoerderung.ch

FORSCHUNG – Frauen, Gender, Gesundheit

AKF – Arbeitskreis Frauengesundheit Bremen	▶	www.akf-info.de
American Medical Women's Health Association	▶	www.amwa-doc.org/
Archiv der Frauen- und Lesbenbewegung	▶	www.stichwort.or.at
Doku Graz – Frauendoku, Forschung, Bildung	▶	www.doku.at
Donau Uni Krems	▶	www.donau-uni.ac.at/znm
ESF – Europ Soz-fonds / Equal	▶	www.equal-esf.at
European Advisory Council for Older Woman's Health	▶	www.eurohealth.ie/eac/
European Institute of Women's Health	▶	www.eurohealth.ie
European Science Foundation	▶	www.esf.org
Feminist Women's Health Center, USA	▶	www.fwhc.org/
FHS-LG Informationsberufe	▶	www.infomanager.at
Frauen - Graz	▶	www.woment.mur.at
Frauen JKU – Johannes Kepler Universität Linz	▶	www.frauen.jku.at
Frauengesundheitsprogramm Glasgow	▶	www.glasgow.gov.uk/healthycities/
Greek Research Centre Gender Equality	▶	www.kethi.gr/english/indexen.htm
Innovatives Österreich	▶	www.innovatives-oesterreich.at
International Journal for Equity in Health	▶	www.equityhealthj.com
Journal of Women's Health	▶	www.liebertpub.com/JWH/default1.asp
LBI für kardiologische Geschlechterforschung	▶	lbi-frauen.uibk.ac.at/
Netzwerk Frauenforschung NRW	▶	www.netzwerk-frauenforschung.de
Netzwerk Gender Health, Schweiz	▶	www.bag.admin.ch/gender/netzwerk/d/index.htm
Office of Research on Women's Health, USA	▶	www4.od.nih.gov/orwh
ÖH – Österreichische Hochschülerschaft	▶	www.oeh.ac.at/fem
Peripherie Institut f po Genderforschung	▶	www.peripherie.ac.at
Society for Women's Health Research, USA	▶	www.womens-health.org/
Harvard School of PH, Global Reprod Health Forum	▶	www.hsph.harvard.edu/grhf/
Uni Michigan	▶	www.med.umich.edu/whp/
Uni Wake Forest	▶	www.bgsm.edu/women/
Uni Wien – Projektzentrum Gender Studies	▶	www.univie.ac.at/gender
Uni Wisconsin	▶	www.womenshealth.wisc.edu/
Uni Yale	▶	info.med.yale.edu/womenshealth/
Wissenschaftszentrum Wien	▶	www.wzw.at

FRAUENGESUNDHEITSZENTREN

EWHNET - European Women's Health Network	▶	www.gesundheit-nds.de/ewhnet/start.htm
Frauen- und Männergesundheitszentren Wien	▶	www.fem.at
Frauengesundheitszentren Dachverband	▶	www.medizin-forum.de/selbsthilfe/frauenzentren/
Frauengesundheitszentrum Berlin	▶	www.ffgz.de
Frauengesundheitszentrum Graz	▶	www.fgz.co.at
Frauengesundheitszentrum Kärnten	▶	www.fgz-kaernten.at/
Frauengesundheitszentrum Linz	▶	www.fgz-linz.at/
Frauengesundheitszentrum Salzburg	▶	www.frauengesundheitszentrum-isis.at

FRAUENBERATUNGSSTELLEN-NETZWERK

BURGENLAND		
Frauen für Frauen (Oberwart)	▶	web.utanet.at/frauenberatung-oberwart
Frauen für Frauen (Güssing)	▶	
Frauenberatungsstelle Oberpullendorf	▶	www.frauen-op.at
Der Lichtblick (Neusiedl / See)	▶	www.der-lichtblick.at
Die Tür (Mattersburg)	▶	www.frauenservicestelle.org
Die Tür (Eisenstadt)	▶	
KÄRNTEN		
Frauenberatung Villach	▶	www.frauenberatung-villach.at
WIFF (Vökermarkt)	▶	
Belladonna (Klagenfurt)	▶	www.frauenberatung-belladonna.sid.at
Mädchenzentrum Klagenfurt	▶	www.maedchenzentrum.sid.at
Lavanttaler Frauenberatung (Wolfsberg)	▶	www.fraueninfo.at
NIEDERÖSTERREICH		
Kassandra (Mödling)	▶	
Frauentreffpunkt Mostviertel (Amstetten)	▶	www.frauenberatung.co.at
UN!DA Coaching (Amstetten)	▶	www.unida.at
Frauen für Frauen (Hollabrunn)	▶	www.frauenfuerfrauen.at
Frauenberatung Zwettl	▶	www.frauenberatung.zwettl.at
Frauenforum Gänserndorf	▶	www.frauenforum-gsdf.at
Wendepunkt (Wiener Neustadt)	▶	
Freiraum (Neunkirchen)	▶	www.frauenberatung-freiraum.at
OBERÖSTERREICH		
Frauenberatungsstelle Babsi (Traun)	▶	www.babsi-frauenberatungsstelle.at
Frauenberatungsstelle Babsi (Freistadt)	▶	www.babsi-frauenberatungsstelle.at
Frauentreff Rohrbach	▶	www.frauentreff-rohrbach.at
ARGE SIE (Linz)	▶	www.arge-obdachlose.at
SALZBURG		
Verein Frauentreffpunkt Frauenberatung Salzburg	▶	www.frauentreffpunkt.at
STEIERMARK		
Mafalda (Graz)	▶	www.mafalda.at
FrauenService Graz	▶	www.frauenservice.at
TIROL		
Frauen im Brennpunkt (Innsbruck)	▶	www.fib.at
BASIS - Zentrum für Frauen im Außerfern (Reutte)	▶	www.basis-beratung.net
WIEN		
Sprungbrett (1150 Wien)	▶	www.sprungbrett.or.at
Kinderdrehscheibe KIDS (1050 Wien)	▶	www.kinderdrehscheibe.at
Orient Express (1020 Wien)	▶	www.orientexpress-wien.com
Miteinander Lernen - Birlikte Ögrenelim (1160 Wien)	▶	www.miteinlernen.at
Lefö - Beratung f Migrantinnen (1050 Wien)	▶	www.lefoe.at
Frauen beraten Frauen (1060 Wien)	▶	www.frauenberatenfrauen.at
Frauenberatungsstelle des ABZ – Wien (1120 Wien)	▶	www.abzwien.at
Frauenberatungsstelle des ABZ – Wien (1121 Wien)	▶	www.abzwien.at
Peregrina - Ber f ausländische Frauen (1090 Wien)	▶	www.peregrina.at
Tamar – Ber b sex Missbrauch (1200 Wien)	▶	www.tamar.at
Autonome österreichische Frauenhäuser (1050 Wien)	▶	www.aoef.at

GEBURT - SCHWANGERSCHAFT – STILLEN		
AWMF - ARGE d wiss-med Fachgesellschaften	▶	www.uni-duesseldorf.de/www/awmf/pdf/aej01-1.pdf
Bund Deutscher Hebammen	▶	www.bde.de
Coalition for Improving Maternity Services	▶	www.motherfriendly.org
DGE – Dachverb Vorbereitung Geburt, Elternschaft	▶	www.dge.webplace.at
Geburtskanal, DEUTSCHLAND	▶	www.geburtskanal.de
Hebammenforum, DEUTSCHLAND	▶	www.hebammen-forum.de
Hebammenverband Schweiz	▶	www.hebamme.ch
Hebammenzentrum – Verein freier Hebammen Ö	▶	www.hebammenzentrum.at
Kaiserschnitt, Schweiz	▶	www.kaiserschnitt.ch
Kindergeld, ÖVP	▶	www.kindergeld.at
Ö Ges für Gynäkologie und Geburtshilfe	▶	www.oeggg.at/
Österreichische Hebammengremium	▶	www.hebammen.at
Österreichische Hebammenzeitung	▶	www.zeitung.hebammen.at
Schwangerschaft Ärztewoche	▶	www.infoline.at/schwangerschaft
VSLÖ - Verband Still-,Laktationsberaterinnen Öster-	▶	www.stillen.at

reich		
GENDER MAINSTREAMING		
BMFSFJ (Familie, Senioren, Frauen, Jugend), DEUTSCHLAND	▶	www.gender-mainstreaming.net
Gender Mainstreaming BMSG	▶	www.gendermainstreaming.at
Gesundheitsberufe	▶	www.gesundheitsberufe.at
Gesundheitsmanagement	▶	www.gesundheitsmanagement.at
GM-Seite des Frauenbüros der Stadt Wien	▶	www.gleichstellung.info
Imkontext Gender Trainings	▶	www.imkontext.at
Interministerielle AG GM	▶	www.imag-gendermainstreaming.at
Wirtschaftskammer Niederösterreich	▶	www.gendernow.at
WU Wien Frauenförderung	▶	www.wu-wien.ac.at/personal/frauenfoerderung
ZTG – Zentr f transdisziplinäre Geschlechterfschg, Berlin	▶	www.genderkompetenz.info
GESUNDHEITSFÖRDERUNG		
EuroHealthNet – Europäisches Netzwerk GEFÖ	▶	www.eurohealthnet.org
FGÖ - Fonds Gesundes Österreich	▶	www.fgoe.org
FGÖ - Gesundes Leben	▶	www.gesundeslebeben.at
Gesundheitsförderung Schweiz	▶	www.gesundheitsfoerderung.ch
Health Promotion Datenbank	▶	www.hp-source.net
Healthwork UK	▶	www.healthwork.co.uk
IUHPE – Internati Union f Health Promotion & Education	▶	www.iuhpe.org
Kampagne der GEFÖ Schweiz	▶	www.feelyourpower.ch
Projektdatenbank der GEFÖ Schweiz	▶	www.healthproject.ch
quint-essenz, Qualitätsentwicklung, Schweiz	▶	www.quint-essenz.ch
Risflecting – Rausch- und Risikopädagogik	▶	www.risflecting.at
Sichere Gemeinden	▶	www.sicheregemeinden.at
Styria vitalis – Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz	▶	www.styriavitalis.at
GEWALT		
AMA Preventing violence: Guidelines Screening	▶	www.ama-assn.org/
Am Med Women's Association: Domestic Violence	▶	www.amwa-doc.org.dvcourse.htm
AWMF: Leitlinien Misshandlung, sexueller Missbrauch	▶	www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/
AWMF: Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörung	▶	www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/
Dpt Health: Violence manual healthcare professionals	▶	www.doh.gov.uk/domestic.htm
Europ Awareness Campaign Violence against Women	▶	www.europa.eu.int/comm/employment_social/
Gewalt in Schulen	▶	europa.eu.int/comm/education/archive/violence/
Gewalt und Pflegeforschung	▶	www.nursingworld.org/search/vfp_search.cfm
Health Canada Nat Clearinghouse Family Violence	▶	www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/
Model programs Family Violence Prevention Fund	▶	www.endabuse.org/programs/healthcare
S.I.G.N.A.L. gegen Gewalt, FU Berlin	▶	www.ifg-gs.tu-berlin.de/
UK Home Office, Domestic Violence	▶	www.homeoffice.gov.uk/domesticviolence/index.htm
Violence against women online resources	▶	www.vaw.umn.edu/
WAVE - European network of women's NGOs	▶	www.wave-network.org
WHO: The world report on violence and health 2002	▶	www.who.int/violence_injury_prevention/violence
Women's Aid Irland	▶	www.womensaid.ie/
HIV/AIDS/STI		
AIDS & Mobility - AIDS und Migration	▶	www.aidsmobility.org
AIDS Hilfen Österreich	▶	www.aids.at
AIDS-Statistik des BMGF	▶	www.bmgf.gv.at
NIGZ - European Info Centre "AIDS and youth"	▶	www.nigz.nl
Österreichische AIDS Gesellschaft	▶	www.aidsgesellschaft.at/2003
UNAIDS Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS/STIs	▶	www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact_sheets/
KREBS		
Österreichische Krebshilfe	▶	www.krebshilfe.net
Krebsforschung	▶	www.univie.ac.at/krebsforschung
Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie	▶	www.oegpo.at/
Dt Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie	▶	www.dapo-ev.de/
Dt Krebsinformationsdienst – Psychosoz Beratung	▶	www.krebsinformation.de/

Krebsinfo	▶	www.krebs-kompass.de/
Prostatakrebs	▶	www.prostatakrebse.at
National Cancer Institute USA	▶	www.cancer.gov
LESBISCHE FRAUEN		
Bremer Frauengesundheitsericht, Kap 1/12	▶	www2.bremen.de/info/frauengesundheitsbericht
LESMED - Netzwerk Lesbischer Medizinerinnen	▶	www.querform.at/lesmed
DAPHNE Programm der EU	▶	europa.eu.int/comm/justice_home/project/daphne/
FGZ Graz / Ressourcen Center: Lesbische Frauen	▶	www.fgz.co.at/links6l1.htm
Gay and Lesbian Medical Association	▶	www.glma.org/policy2010/pdf/cancer.pdf
Mautner Project, USA (Lesbian Health Organization)	▶	www.mautnerproject.org
MEDIEN & RESSOURCEN / Frauen & Gesundheit		
WebwomenCeiberWeiber - Frauen-Onlinemagazin	▶	www.ceiberweiber.at
Frauensache(n) im Netz	▶	www.frauensache.at
FemWien Verein WOMAIL - Frauenmailbox	▶	www.telecom.at/femwien
dieStandard	▶	www.diestandard.at
Cultural Studies	▶	www.culturalstudies.at
frauenweb.at	▶	www.frauenweb.at
frida - Informations- u Dokumentationseinrichtungen	▶	www.frida.at
Bruno Kreisky Archiv	▶	www.kreisky.org
Welt der Frau	▶	www.welt-der-frau.at
Frauenservice des Wiener Wirtschaftsförderungs-fonds	▶	www.wwff.gv.at
kosmos frauen.raum für Kunst und Politik	▶	www.kosmos.frauenraum.at
Speculum	▶	www.kup.at/speculum
Women's Health Interactive Network	▶	www.womens-health.com
Medline Health Information	▶	www.nlm.nih.gov/medlineplus/womenshealthissues.html
MÄNNERGESUNDHEIT		
Ambulanz Krankenhaus Lainz	▶	www.mendoc.at
Blickpunkt Der Mann	▶	www.kup.at/dermann
FGZ Graz zu Wechseljahren	▶	www.fgz.co.at/links6w1.htm
ISMH - Internat Society for Men's Health & Gender	▶	www.univie.ac.at/ismh
Journal of Gender Specific Medicine	▶	www.mmhc.com/jgsm
Männerabteilung des BMSG	▶	www.bmsg.gv.at
Männerleben - BZgA Studie zu Lebensläufen und Familienplanung	▶	www.maennerleben.de
MENOPAUSE & HORMONERSATZTHERAPIE		
MEDLINE zur HRT	▶	www.nlm.nih.gov/medlineplus/
Menopause & Beyond	▶	www.geocities.com/menobeyond/
Pfizer-Initiative Der gesunde Mann	▶	www.der-gesunde-mann.at
Radix - Gesundheitsförderung	▶	www.radix.ch/d/html/maennergesundheit.html
The Internat Journal of Men's Health & Gender	▶	www.ismh.org/jmhg/
UK Hilfe für männliche Gewaltopfer	▶	www.mensaid.org
WHI - Women's Health Initiative	▶	www.nhlbi.nih.gov/whi/index.html
World Congress on Men's Health	▶	www.wcmh.info
MIGRATION		
AG gesundheitliche Lage v Migrantinnen	▶	www.frauengesundheit-berlin.de
BAG Schweiz	▶	www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/migration
Beauftragte für Ausländerfragen, DEUTSCHLAND	▶	www.bundesauslaenderbeauftragte.de
BZgA Infodienst Migration	▶	www.infodienst.bzga.de
BzgA Köln - Migration	▶	www.infodienst.bzga.de/migration
Der Mensch zuerst	▶	www.menschzuerst.at
EZA - Österreichische Entwicklungszusammenarbeit	▶	www.bmaa.gv.at/eza
Frauen ohne Grenzen	▶	www.frauen-ohne-grenzen.org
IGES Schweiz	▶	www.miges.ch
Initiative Grüne MigrantInnen	▶	www.igm.gruene.at
Integrationsportal Österreich	▶	www.integrationsportal.at
IOM – International Org for Migration Vienna	▶	www.iomvienna.at
LEFOE	▶	www.lefoe.at
ÖFM / ICMPD - Ö Forum f Migrationsstudien	▶	www.oefm.org
Oneworld Plattform Österreich	▶	www.oneworld.at

ORF	▶	volksgruppen.orf.at
SILA	▶	www.sila.or.at
Sozialforum	▶	www.socialforum.at
SpuK – Sprache u Kultur. Qualifizierung Mittlerinnen	▶	www.spuk.info
UNDP UNIFEM	▶	www.unifem.undp.org
Vienna Institute for Development and Cooperation	▶	www.vidc.org
Wiener Integrationsfonds	▶	www.wif.wien.at
ZARA	▶	www.zara.or.at
ZEBRA	▶	www.zebra.or.at

PFLEGE/-WISSENSCHAFT

Ö Gesundheits- und Krankenpflegeverband	▶	www.oegkv.at
Berufsverband der Ö Ges- u Krankenpflegeberufe	▶	www.boegk.com
Portal für Ges- u Krankenpflege in Ö	▶	www.pflegenetz.at
Pflegekongresse Österreich	▶	www.pflegekongress.at
Pflegeheimkompass	▶	www.pflegeheimkompass.com
Pflegewissenschaften	▶	www.pflegewissenschaft.ac.at
Spitalskompass	▶	www.spitalskompass.at

POLITIK – NETZWERKE / Frauen & Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen BMGF	▶	www.bmgf.gv.at
Business Professional Women	▶	www.bpw.at
Frauenkonvent - Überparteiliches Frauen-Netzwerk Medien	▶	www.frauennetzwerk.at
Frauen-Netzwerk Ost-West	▶	www.municipia.at/frauen
Gesundheitsserver STMK	▶	www.gesundheit.steiermark.at
Grazer Frauengesundheitsprogramm	▶	www.fgz.co.at/programm.htm
Landesregierung Burgenland	▶	www.burgenland.at
Landesregierung Kärnten	▶	www.ktn.gv.at/index.html
Landesregierung NÖ – Soziales und Frauen	▶	www.noe.gv.at/service/f/f3/frauen/gesundheit.htm
Landesregierung OÖ	▶	www.ooe.gv.at/statistik/berichte
Landesregierung Salzburg	▶	www.salzburg.gv.at/ges.htm
Landesregierung STMK	▶	www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/9733/DE/
Landesregierung Tirol	▶	www.tirol.gv.at/themen/gesundheit/
Landesregierung Tirol – Jugendliche, Familie, Frauen	▶	www.tirol.gv.at/juff
Landesregierung Vorarlberg	▶	www.vorarlberg.at
Medienfrauen	▶	www.medienfrauen.net
Österreichischer Frauenring	▶	www.frauenring.at
Österreich-Konvent (Verfassungskonvent)	▶	www.konvent.gv.at
Soroptimistinnen	▶	www.soroptimist.at
Stadt Wien – Frauenbüro	▶	wien.gv.at/ma57
Stadt Wien – Frauengesundheitsbeauftragte	▶	wien.gv.at/frauengesundheit
Stadt Wien – Gesundheitsberichterstattung	▶	www.wien.gv.at/who/berichte/index.htm
Wirtschaftskammer NÖ - Arbeit	▶	www.women-network.at
Wirtschaftskammer NÖ - Gender	▶	www.gendernow.at
Zigarrenclub	▶	www.ecc-publico.com/zigarrenclub.asp

POLITIK INTERNATIONAL / Frauengesundheit **siehe auch ➔WHO**

DEUTSCHLAND - Beruf und Familie	▶	www.beruf-und-familie.de
DEUTSCHLAND Ministerium für Gesundheit	▶	www.bmgesundheit.de
Ges f d psychische Gesundheit v Frauen	▶	www.gpgf.org/
US National Women's Health Information Center	▶	www.4woman.gov/nwhic/
US Office of Women's Health	▶	www.4woman.gov/owh/
US Office on Research on Women's Health	▶	www4.od.nih.gov/orwh/

POSTPARTALE DEPRESSION

Australische Depressions-Homepage	▶	www.beyondblue.org.au
Australisches nationales PPD-Programm	▶	www.beyondblue.org.au/postnataldepression/
Marce Gesellschaft	▶	www.marce-gesellschaft.de/
Postpartale Depressionen	▶	www.franken.de/users/mbauer/Autor/l_home.html
Schatten und Licht – PPD-Selbsthilfe	▶	www.schatten-und-licht.de/
Unplanned Pregnancies	▶	www.unplannedpregnancies.co.uk

PUBLIC HEALTH

AG Sozialepidemiologie – Frauen & Gesundheit	▶	www.asfg.uni-bremen.de/projekte

Deutsche Gesellschaft Public Health	▶	www.tu-berlin.de/bzph/dgph
DGKW – Dt Koordinierungsstelle Gesundheitswiss	▶	www.medsoz.uni-freiburg.de/dkgw/
Dt Verband f Gesundheitswiss u Public Health	▶	www.dvgph.de
ÖGPH - Österreichische Gesellschaft für Public Health	▶	www.oeph.at
Präventionsgesetz DEUTSCHLAND (PrävG)	▶	www.gesundheitberlin.de/download/
Präventionsgesetz DEUTSCHLAND (PrävG)	▶	www.bvgesundheit.de/dokumente/
Public Health Portal	▶	www.ph-portal.info
Public Health Uni Bremen	▶	www.public-health.uni-bremen.de
UMIT Privatuni Gesundheitswissenschaften, Hall in Tirol	▶	www.umit.at

REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

Abortion Access Project	▶	www.abortionaccess.org/home.htm
Alan Guttmacher Institute	▶	www.agi-usa.org/
Fetale Medizin	▶	www.fetomed.at
IPPF - International Planned Parenthood Federation	▶	www.ippf.org/ipap
Mifegyne® (RU486 / Mifepriston / Abtreibungspille)	▶	www.mifegyne.at
Ö Ges für Psychosomatik in Gyn u Geburtshilfe	▶	www.psygyn.at
ÖGF – Ö Gesellschaft für Familienplanung	▶	www.oegf.at
Pro Familia	▶	www.profamilia.de
RHO – Reproductive Health Outlook	▶	www.rho.org
Schweiz – Straffreiheit d Schwangerschaftsabbruchs	▶	http://www.svss-uspda.ch/
Stiftung Weltbevölkerung DSW	▶	www.dsw-online.de
Stiftung Weltbevölkerung Österreich	▶	www.swi-austria.org
WHO Reproduktive Gesundheit	▶	www.who.int/reproductive-health/publications/

UNO

UN AIDS	▶	www.un.org/ga/aids
UN Beijing Platform	▶	www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/
UN Beijing Platform - Österreich März 1998	▶	www.un.org/womenwatch/confer/beijing/national/
UN Beijing Platform follow up - Österreich Mai 1999	▶	www.un.org/womenwatch/daw/followup/Austria.pdf
UN FSM	▶	www.unine.ch/fsm/publicat
UN Womenwatch	▶	www.un.org/womenwatch

UMWELT, GENDER UND NACHHALTIGKEIT

Betriebliches Umweltmanagement	▶	www.umweltmanagement.at
Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit NRW	▶	www.apug.nrw.de
Chancengleichheit / Büro für Frauenfragen OÖ	▶	www.chancengleichheit.at
Check it, Frauen-Zeit, Sozialverträglichkeit	▶	www.oekoeinkauf.at
European Environment Agency	▶	www.eea.eu.int
FAO Gender & Development Plan of Action 02-07	▶	www.fao.org/sd/2002/PE0103_en.htm
Forschungsschwerpunkt Nachhaltigkeit und Umweltmanagement der Wirtschaftsuniversität Wien	▶	www.sutainabiliy.at
Forum Umweltbildung	▶	www.umweltbildung.at
Forum Umwelt und Entwicklung / Frauenforum	▶	www.forumue.de/themenundags/frauen
Frauen und Agenda 21 in NRW	▶	www.frauenundagenda21.nrw.de
FrauenUmweltNetz	▶	www.frauenumweltnetz.de
Gendersensible Regionalentwicklung	▶	www.gesir.at
Institut f ao Innovations- und Zukunftsforschung	▶	www.iaiz.de
Institut für sozial-ökologische Forschung	▶	www.isoe.de
Institut für Technikfolgenbewertung		www.oeaw.ac.at/ita
IUCN The World Conservation Union	▶	www.genderandenvironment.org
Klimabündnis Österreich	▶	www.klimabuendnis.at
Leitst. Geschlechtergerechtigkeit & Nachhaltigkeit	▶	www.genanet.de
Nachhaltigkeits-Portal des Lebensministeriums	▶	www.nachhaltigkeit.at
Ö Institut für nachhaltige Entwicklung / BOKU	▶	www.boku.ac.at/oin
Ökosoziales Forum	▶	www.oesfo.at/wien
Ö Ökologie-Institut f angewandte Umweltforschung	▶	www.ecology.at
Projektdatenbank am Dt I f Erwachsenenbildung	▶	www.die-frankfurt.de
SOL - Menschen f Solidarität, Ökologie, Lebensstil	▶	www.nachhaltig.at
Sustainable Information Society Austria	▶	www.sisa.at
Sustainable Europe Research Institute	▶	www.seri.at
Umweltministerium	▶	www.lebensministerium.at
Umweltministerium DEUTSCHLAND	▶	www.bmu.de
Umweltbundesamt	▶	www.umweltbundesamt.at
Umweltdachverband	▶	www.umweltdachverband.at
US Environmental Protection Agency	▶	www.epa.gov
WHO Environment & Health Information System	▶	www.ehind.nl

Women's Environment & Development Org	▶	www.wedo.org
World Bank	▶	www.worldbank.org/gender
Zehn Jahre nach Rio	▶	www.rio-10.de
WHO		
WHO International	▶	www.who.int/hrp/about/index.html
WHO International - Gender	▶	www.who.int/gender
WHO Observatory on Health Care Systems	▶	www.observatory.dk
WHO Regionalbüro Europa - Gender	▶	www.who.dk/gender
WHO Regionalbüro Europa - Gesundheitsthemen	▶	www.who.dk/healthtopics
WHO Regionalbüro Europa – Reprod Gesundheit	▶	www.who.dk/reproductive-health
WHO Regionalbüro Europa - Schwangerschaft	▶	www.who.dk/pregnancy

12.4 Glossar

Nachfolgendes Glossar beruht zum überwiegenden Teil auf dem von Gesundheitsförderung Schweiz publizierten Glossar (www.gesundheitsfoerderung.ch).

Advocacy (Anwaltschaft)
"Eine Kombination individueller und sozialer Aktivitäten, um politische Verantwortung, Politikunterstützung, soziale Akzeptanz sowie Systemunterstützung für ein bestimmtes Gesundheitsziel oder -programm zu erreichen." (WHO, 1995). Anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit kann durch und/oder im Auftrag von Individuen oder Gruppen unternommen werden, um Lebensbedingungen zu schaffen, die für die Gesundheit und das Erlangen gesundheitsförderlicher Lebensstile förderlich sind. Anwaltschaftliches Eintreten kann verschiedene Formen und Methoden annehmen, wie die Nutzung von Massenmedien, direktes Lobbying auf politischer Ebene, die Mobilisierung von Gemeinschaften oder der Bevölkerung durch Bildung von Interessengemeinschaften etc. Im Gesundheitsbereich Tätige haben eine große Verantwortung, auf den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen für Gesundheit einzutreten und im Interesse der Gesundheit zu handeln. Wichtig ist dabei, dass im Sinne der Partizipation und des Empowerment die Betroffenen beteiligt und befähigt werden, selbst aktiv zu sein. Anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit ist eine der drei Handlungsstrategien der Ottawa-Charta.

Agenda 21
"Die Agenda 21 – das Aktionsprogramm für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen – ist der Rahmen für Aktionen zur nachhaltigen Entwicklung, deren Fokus auf ökonomischen, umweltbezogenen, soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Faktoren liegt." (WHO, 1997, S. 7; Übers. aus dem Englischen). Die Agenda 21 [www.agenda21.org] wurde 1992 bei der Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro verabschiedet. Sie bezieht sich auf Industrieländer wie auf Entwicklungsländer und behandelt die für eine nachhaltige Entwicklung wesentlichen Politikbereiche, wobei die Integration von Umweltaspekten ein übergeordnetes Ziel darstellt. Nachhaltige Entwicklung meint eine Entwicklung, die die heutigen Bedürfnisse befriedigt, ohne die Möglichkeiten zukünftiger Generationen zu gefährden, ihre Bedürfnisse ebenfalls stillen zu können. In der Agenda 21 werden Gesundheitsförderung und nachhaltige Entwicklung nicht als grundlegend aufeinander bezogene Konzepte thematisiert. Die Agenda 21 und Gesundheitsförderung stehen jedoch insofern in Verbindung, indem sie Werte und Prinzipien teilen, wie zum Beispiel Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit, Partizipation und Interdisziplinarität.

Burden of Disease
Betrachtung alle Krankheiten einer Gesellschaft unter dem Aspekt der gesellschaftlichen und finanziellen Belastung. Gemessen in Anzahl an Lebensjahren, die durch eine Krankheit verloren gehen (=Differenz aus Lebenserwartung und „gesunde" (disability adjusted) Lebenserwartung)

Chancengleichheit im Bezug auf Gesundheit
"Chancengleichheit im Bezug auf Gesundheit bedeutet, dass die grundlegenden Bedürfnisse der Menschen die Verteilung von Möglichkeiten für persönliches Wohlbefinden leiten." (WHO, 1996). Chancengleichheit im Bezug auf Gesundheit bedeutet, dass ein fairer und gerechter Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit dazu beiträgt, dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten haben, ihre Gesundheit zu entwickeln und zu erhalten. Sind Individuen oder Gruppen aufgrund ihres Geschlechts, ihrer Ethnie oder ihrer Schichtzugehörigkeit bevorzugt oder benachteiligt im Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsressourcen, spricht man von sozialer Ungleichheit. Das WHO-Programm "Gesundheit für alle" und die Ottawa-Charta sind darauf ausgerichtet, durch Verringerung und Beseitigung sozialer Unterschiede eine allgemeine Chancengleichheit im Bezug auf Gesundheit zu erreichen.

Determinanten der Gesundheit
"Das Spektrum an persönlichen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Faktoren, die den Gesundheitszustand von Individuen oder Bevölkerungen bestimmen." (WHO, 1998, S. 7). Die Gesundheit bestimmende Faktoren sind vielfältig und stehen miteinander in Wechselwirkung. Gesundheitsförderung bezieht sich auf das Spektrum der veränderbaren Determinanten der Gesundheit und tritt für eine Veränderung dieser Faktoren ein. Für folgende Bereiche kann ein wesentlicher Einfluss auf Gesundheit nachgewiesen werden: soziale Unterstützung und soziale Netzwerke; Arbeit und Arbeitsbedingungen; Einkommen und sozialer Status; physische Umwelt, Gesundheitsdienste; gesunde kindliche Entwicklung und Ausbildung; Gesundheitsverhalten und Lebensstil; Lebens- und Bewältigungskompetenzen

Empowerment
"In der Gesundheitsförderung bezeichnet man mit Befähigung zu selbst bestimmtem Handeln (Empowerment) einen Prozess, durch den Menschen eine größere Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen." (WHO, 1998, S. 6). Empowerment wird üblicherweise unterteilt in individuel-

les Empowerment und gemeinschaftsbezogenes Empowerment (community empowerment): Individuelles Empowerment bezieht sich auf die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen und die Kontrolle über das persönliche Leben zu haben. Gemeinschaftsbezogenes Empowerment bezieht Individuen in gemeinschaftliches Handeln ein, damit sie mehr Einfluss und Kontrolle über die Determinanten der Gesundheit und die Lebensqualität in ihrer Gemeinschaft gewinnen. Empowerment anerkennt und fördert die Kompetenz und Mündigkeit eines Menschen. Empowermentprozesse werden nicht von Professionellen durchgeführt und kontrolliert. Vielmehr geschehen sie täglich mit unterschiedlichen Personen, Gruppen und Strukturen. Professionelle können Empowermentprozesse jedoch anstoßen, begleiten und unterstützen. Beispiele dafür sind Partizipation oder eine gleichwertige, respektvolle Beziehung zwischen Professionellen und Klienten. Empowerment ist an zentraler Stelle in der Ottawa-Charta aufgeführt: In der Handlungsstrategie "befähigen und ermöglichen" (engl. enable) fordert die Ottawa-Charta, dass Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen.

Evaluation

"Evaluation bedeutet die kritische, analytische Interpretation gewonnener Informationen, das Ziehen von Schlussfolgerungen daraus und, letztlich, die Beurteilung und/oder Bewertung eines Projektes oder einer Sachlage mit dem Ziel, diese zu verbessern." (BAG, 1997, S. 18) Evaluation kann bereits bei der Planung eines Projektes einsetzen, ein Projekt während seiner gesamten Dauer begleiten oder erst gegen dessen Ende oder nach seinem Abschluss einsetzen. Evaluation kann die Prozesse und/oder die Ergebnisse eines Projektes fokussieren. In der Gesundheitsförderung sollte den Prozessen während eines Projektes (z.B. Aufbau von Empowerment oder Partizipation) genau so viel Beachtung geschenkt werden wie den Ergebnissen am Ende eines Projektes. Dementsprechend bringt eine Kombination der Evaluation der Prozesse und der Evaluation der Ergebnisse den größten Nutzen.

Gesunde (disability adujusted) Lebenserwartung

Durchschnittliche Anzahl der zu erwartenden krankheitsfreien Lebensjahre in einer Population. Gesunde Lebenserwartung hat den Vorteil, dass alle Krankheitsursachen einbezogen werden.

Gesundheitsziele der WHO

Die Gesundheitsziele der WHO stützen sich auf das Globalziel, dass das soziale Hauptziel der Regierungen und der WHO in den kommenden Jahrzehnten darin bestehen sollte, dass alle Menschen bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau erreichen, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Aus diesem 1977 formulierten Globalziel entstand 1978 das Grundsatzprogramm der WHO "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000". Dieses gibt globale Prioritäten und zehn Ziele vor, die die Voraussetzungen zur Erreichung des Globalzieles schaffen und die die Basis für spezifische, regionale Programmatiken bilden. Das Grundsatzprogramm wurde 1998 aktualisiert zu "Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert". Die europäische Region der WHO verabschiedete daraufhin das Programm "Gesundheit21 – die Politik "Gesundheit für alle" für die europäische Region der WHO – 21 Ziele für das 21. Jahrhundert". Ihr oberstes Ziel ist, für alle das volle gesundheitliche Potenzial auszuschöpfen. Dabei stützt sie sich auf drei Grundwerte: Gesundheit als fundamentales Menschenrecht; gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität.

Geschlechtergerechtigkeit

Geschlechtergerecht sind diejenigen Maßnahmen, Policies, Programme und Projekte, welche bewirken, dass weder Frauen noch Männer in gesundheitsbezogenen Belangen direkt oder indirekt benachteiligt werden. Solche Maßnahmen stellen sicher, dass Frauen und Männer in ihren Gesundheitsbedürfnissen und aus der Sicht des Gesundheitsbedarfs gleichberechtigt behandelt werden.

Geschlechterkompetenz

Die Fähigkeit, Prozesse mit dem Ziel der Chancengleichheit für Frauen und Männern zu leiten, zu konzipieren und umzusetzen.

Geschlechterspezifische Maßnahmen

Es gibt spezifische gesundheitliche Benachteiligungen sowohl für Frauen als auch für Männer. Geschlechterspezifische Maßnahmen korrigieren Ungleichbehandlung und leisten einen Beitrag zu einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung.

Health Impact Assessment (Gesundheitsverträglichkeitsprüfung)

"Eine Kombination von Verfahren, Methoden und Instrumenten, mit deren Hilfe eine Strategie, ein Programm oder ein Projekt beurteilt werden kann in Hinblick auf dessen mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung sowie auf die Verteilung der gesundheitlichen Auswirkungen in der Bevölkerung." (Ritsatakis et al. 1999, zitiert nach WHO, 2001, S. 10; Übers. aus dem Englischen). Die Einführung einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung wird in Nachfolge zur Umweltverträglichkeitsprüfung gefordert. In vielen Ländern bestehen heute Verfahren zur Prüfung der Umweltverträglichkeit. Seit einigen Jahren fördert die WHO das Entstehen von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen. Die WHO fritt für Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen ein, die sich an den Prinzipien Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit orientieren. In den meisten Ländern gibt es bis heute keinen Konsens zu Verfahren und Richtlinien zur Gesundheitsverträglichkeitsprüfung.

Healthy Public Policy (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik)

"Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist gekennzeichnet durch ein ausdrückliches Bemühen um Gesundheit und Gerechtigkeit in allen Politikbereichen und durch eine Verantwortlichkeit für ihre Gesundheitsverträglichkeit. Hauptziel einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist es, unterstützende Lebenswelten/Umwelten zu schaffen, um Menschen zu befähigen, ein gesundes Leben zu führen." (WHO, 1988). Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik muss von allen politischen Sektoren und gesellschaftlichen Ebenen entwickelt und getragen werden. Sie versucht, die einzelnen Politikentscheide auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und des Einzelnen zu prüfen und in einen Gesamtzusammenhang zu stellen. Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik macht die Wahl gesünderer Alternativen für Menschen möglich oder leichter. Sie macht soziale und physikalische Umwelten gesundheitsförderlich. Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist eines der fünf Handlungsfelder der Ottawa-Charta.

Lebensbedingungen (Verhältnisse)

"Der Begriff Lebensbedingungen bezeichnet die alltägliche Umwelt der Menschen, in der sie leben, spielen bzw. ihre Freizeit verbringen und arbeiten. Diese Lebensbedingungen sind das Ergebnis von sozialen und ökonomischen Umständen und der physikalischen Umwelt – die alle einen Einfluss auf die Gesundheit haben können – und sie liegen größtenteils außerhalb der direkten Kontrolle des Einzelnen." (WHO, 1998, S. 19) In der Gesundheitsförderung ist die Fokussierung auf Lebensbedingungen resp. auf Verhältnisse, in denen Menschen leben, eine Antwort auf die mäßigen Erfolge der klassischen Gesundheitserziehung. Die klassische Gesundheitserziehung zielte primär auf eine Veränderung des individuellen Gesundheitsverhaltens, ohne die Lebensbedingungen bzw. die Verhältnisse zu berücksichtigen. Die Gesundheitsförderung konzentriert sich sowohl auf die Lebensbedingungen bzw. Verhältnisse, in denen Menschen leben, als auch auf das menschliche Verhalten bzw. den Lebensstil.

Lebensstil

"Unter Lebensstil versteht man eine Lebensart, die auf identifizierbaren Verhaltensmustern beruht, die ihrerseits durch das Wechselspiel von Persönlichkeitsmerkmalen des Einzelnen, soziale Beziehungen und sozioökonomischen sowie ökologischen Lebensbedingungen bestimmt sind." (WHO, 1998, S. 19). Lebensstile umfassen alle Bereiche der täglichen Lebensführung, wie Konsumverhalten, Kommunikationsstil, Ernährung, politisches Handeln, Umgang mit Emotionen, Inanspruchnahme von Laien- und professioneller Hilfe etc. Diese alltäglichen Handlungen sind beständig gegenüber Veränderungen, denn sie vermitteln Vertrautheit und Sicherheit. Sie sind eingebunden in gemeinsam geteilte Werte, Normen, Sprachformen und Interaktionsrituale. Lebensstile verändern sich in der Regel nicht als Ganzes. Sie sind jedoch auch kein geschlossenes System. Wenn Gesundheit dadurch verbessert werden soll, dass Einzelne dazu befähigt werden, ihren Lebensstil zu ändern, so muss eine entsprechende Intervention nicht nur auf das Individuum ausgerichtet sein, sondern auch auf die Lebensbedingungen.

Lebenswelt

"Gesundheitsfördernde Lebenswelten bieten Menschen Schutz vor Gesundheitsgefahren und befähigen Menschen, ihre Fähigkeiten auszuweiten und Selbstvertrauen im Bezug auf gesundheitliche Belange zu entwickeln. Gesundheitsfördernde Lebenswelten umfassen Orte, an denen Menschen leben, die Gemeinde, ihr Zuhause, Orte, an denen sie arbeiten, spielen und ihre Freizeit verbringen, einschließlich des Zugangs von Menschen zu Ressourcen für Gesundheit und von Möglichkeiten der Befähigung zu selbst bestimmtem Handeln (empowerment)." WHO, 1998, S.13). Lebenswelten schließen sowohl natürliche wie soziale Aspekte ein. Der Zugang zur Lebenswelt erschließt sich dem Menschen über die gelebte Teilnahme. Maßnahmen zur Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten sind auf natürliche, soziale, geistige, wirtschaftliche und politische Gesichtspunkte hin ausgerichtet. Jedes dieser Handlungsfelder ist in stetiger Wechselwirkung mit den Übrigen verbunden. Die Ottawa-Charta fordert die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten als eines ihrer fünf Handlungsfelder. Der Begriffe Lebenswelt und Setting überschneiden sich.

Life skills (Lebenskompetenzen)

"Lebenskompetenzen [life skills] umfassen individuelle, zwischenmenschliche, kognitive und körperliche Fähigkeiten und Kompetenzen, die es Menschen ermöglichen, das eigene Leben zu meistern und zu gestalten, sowie die Kraft zu entwickeln, mit Veränderungen zu leben und Veränderungen in ihrer Umwelt herbeizuführen." (WHO, 1993). Die Gesundheitsförderung unterstützt Menschen bei der Entwicklung gesundheitsrelevanter Lebenskompetenzen. Dabei ist es wichtig, die Lebensbedingungen und den Lebensstil der Person/en zu berücksichtigen. Beispiele für Lebenskompetenzen sind: die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und Probleme zu lösen; kreatives und kritisches Denken; Selbstwahrnehmung und Einfühlsamkeit; Kommunikationsfähigkeiten und die Fähigkeit zu zwischenmenschlichen Beziehungen; die Fähigkeit mit Emotionen und Stress umzugehen und sie zu bewältigen.

Ottawa-Charta

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung beschreibt drei grundlegende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung: (1) Interessen vertreten (Anwaltschaft); (2) befähigen und ermöglichen; (3) vermitteln und vernetzen. Ebenfalls nennt die Ottawa-Charta fünf vorrangige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung: (1) Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik; (2) gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen; (3) gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen; (4) persönliche Kompetenzen entwickeln; (5) Gesundheitsdienste neu orientieren. Die Ottawa-Charta wurde in den 1980er Jahren entwickelt und 1986 an der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (Kanada) verabschiedet. Sie baut auf dem Grundsatzprogramm der WHO "Gesundheit für alle" auf. Die Ottawa-Charta war eine Antwort auf die wachsende Kritik an der medizinisch orientierten Prävention und an der klassischen Gesundheitserziehung, die sich vorwiegend am individuellen Risikoverhalten orientieren.

Partizipation

"Die aktive Einbeziehung der Menschen, die in irgendeiner Form der gesellschaftlichen Organisation leben, in die kohärente Planung, Durchführung und Kontrolle der primären Gesundheitsversorgung (und von Projekten bzw. Programmen der Gesundheitsförderung) und zwar unter Ausnutzung örtlicher, nationaler und anderer Ressourcen." (WHO, 1999, S. 256). Partizipation ist eher im Sinn von "Teilhaben", als von "Teilnehmen" zu verstehen. Denn Partizipation erfolgt nicht nur durch Einzelpersonen oder über gesellschaftliche Institutionen (Parteien, Verbände), sondern zusätzlich durch selbst organisierte Gruppierungen, die "von unten" ihre gemeinsamen Interessen vertreten und z.B. in Selbsthilfe-Initiativen ihre gesundheitsförderlichen Angebote selbst entwickeln und anbieten. Professionelle haben bei der Förderung der Partizipation die Aufgabe, die Vorstellungen von Menschen ernst zu nehmen und zu entwickeln. Sie müssen zudem Möglichkeiten zur Partizipation schaffen (z.B. Zukunftswerkstätten oder Brückeninstanzen). Partizipatives Engagement wirkt sich vor allem im Sinne des Empowerment positiv auf die Gesundheit aus, indem das Bewusstsein gestärkt wird, einen gestaltenden Einfluss auf die eigenen Lebensbedingungen nehmen zu können und neue Kompetenzen entdeckt und gefördert werden.

Policy

"Eine (nationale) Gesundheitsförderungs-Policy ist die gemeinsame Strategie mit übergeordneten Zielen, auf die sich alle in der Gesundheitsförderung Beteiligten einigen - eine solide ideelle Basis mit klar abgesteckten

Prioritäten und Zuständigkeiten." (Gesundheitsförderung Schweiz, 2000). Policy ist nicht gleichzusetzen mit Politik. Eine Policy formuliert den Kurs und die Strategie einer Institution oder eines Landes. Sie legt somit die Inhalte politischen Handelns fest. Die Politik befasst sich mit der Verfolgung und Umsetzung des Kurses bzw. der Strategie. Eine Gesundheitsförderungs-Policy bildet eine zusammenhängende und zielgerichtete Grundlage für gesundheitsfördernde Handlungen und Entscheidungen.

Prävention

"Krankheitsprävention umfasst nicht nur Maßnahmen, die dem Aufkommen von Krankheiten vorbeugen, wie z.B. Verringerung von Risikofaktoren, sondern auch solche die deren Fortschreiten eindämmen und Krankheitsfolgen minimieren." (WHO, 1998, S. 4). Prävention wird oft sinnverwandt gebraucht mit Vorbeugung, Verhütung oder Gesundheitsschutz. Üblicherweise wird Prävention unterschieden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Primärprävention soll bereits dann wirksam werden, wenn noch keine Krankheit bzw. kein Unfall aufgetreten ist. Sie umfasst die Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren von Krankheit oder Unfällen, die Erhöhung der körperlichen Widerstandskraft von Menschen und die Veränderung von Umweltfaktoren. Die Sekundärprävention umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung symptomloser Krankheitsstadien. Die Tertiärprävention meint die Prävention von Folgestörungen bestehender Krankheiten und die Rückfallprophylaxe. (Quelle: Franzkowiak, 1999a; Gutzwiller & Jeanneret, 1999; Schwartz & Walter, 1998)

Public Health (Öffentliche Gesundheit)

"Public Health (Öffentliche Gesundheit) ist ein soziales und politisches Konzept, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungen abzielt." (WHO, 1998, S. 3). Public Health schafft gesellschaftliche Bedingungen (Umweltbedingungen und Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung), unter welchen Menschen gesund leben können. Public Health umfasst alle Ansätze, die sich vorwiegend auf die Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppen beziehen, berücksichtigt jedoch auch die einzelnen Vorzüge und Bedürfnisse. Public Health ist eine Querschnittdisziplin. Sie befasst sich mit somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Bedingungen der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und der Vermeidung von Krankheit.

Ressourcen für die Gesundheit

In der Gesundheitsförderung "...lassen sich die persönlichen (internen) Ressourcen von den umweltbezogenen und sozialen (externen) Ressourcen unterscheiden.... Als persönliche bzw. interne Ressourcen bezeichnet man individuelle Lebenskompetenzen (life skills) und weitere persönliche Schutzfaktoren.... Unter Ressourcen in der Umwelt bzw. externe Ressourcen versteht man Protektivfaktoren, die in der sozial-ökologischen Umwelt eines Menschen vorliegen." (Frankzowiak, 1999b, S. 90). Gesundheitsförderung befasst sich mit Fragen nach den gesundheitserhaltenden Lebensbedingungen, nach sozialen und persönlichen Ressourcen und gesundheitsförderlichen Lebensstilen. Ressourcen helfen bei der Bewältigung von Lebenssituationen: Ähnliche Lebenssituationen werden von Menschen mit vielen Ressourcen in der Regel besser bewältigt als von Menschen mit wenig Ressourcen. Beispiele für innere Ressourcen sind ein stabiles und widerstandsfähiges Immunsystem; ein positives Selbstwertgefühl; Handlungskompetenzen zur Lebens- und Problembewältigung. Beispiele für äußere Ressourcen sind das Vorhandensein sozialer Netzwerke; die Sicherung der Arbeits- und Lebensbedingungen; eine gesundheitliche Grundversorgung; Zugang zu Gesundheitsdiensten. Die Konzepte Ressourcen für die Gesundheit und Determinanten der Gesundheit überschneiden sich. Auch zwischen den internen Ressourcen und dem Kohärenzgefühl bestehen enge Verbindungen.

Resilienz

"Resilienz betrachtet man als Gegenpol zur Vulnerabilität. Man versteht darunter sowohl den Prozess der biopsychologischen Anpassung als auch dessen Ergebnis. In der Resilienzforschung wird gefragt, warum manche Personen trotz ausgeprägter Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich relativ leicht von Störungen erholen, während andere unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig sind." (Bender & Lösel, 1998, S.119). Resilienz zeigt Parallelen zur Salutogenese: Beide stellen die Frage nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit, die Antwort fällt aber je unterschiedlich aus. Resilienz entsteht aus wiederholten Coping- bzw. Bewältigungs-Erfolgen. Bei anfangs geringer und dann steigender Belastung kann der Umgang mit einer Belastung allmählich gelernt werden. Resiliente Personen verfügen über Fertigkeiten, die einer Beeinträchtigung der positiven Entwicklung entgegenwirken. Resilienz ist eine innere Ressource, die in Abhängigkeit zu äußeren Verhältnissen steht.

Salutogenetische Perspektive (Salutogenese)

Diese Perspektive erklärt, wie Menschen auch unter belastenden Bedingungen gesund bleiben. Gesundheit ist eine eigenständige Kategorie in einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Es werden im Kern generalisierte Widerstandsquellen biologischer, materieller, kognitiver, emotionaler, sozialer, kultureller und ethischer Art ausgemacht. Die grundlegende Ressource für das Entstehen von Gesundheit ist der Kohärenzsinn, das heißt, das Vertrauen in die Vorhersehbarkeit der Welt, die Handhabbarkeit verfügbarer Ressourcen und die Sinnhaftigkeit des Lebens. Der Begründer der Salutogenese war Aron Antonovsky (1924-1994). Er stellte die Frage nach den personalen und kontextbezogenen Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit. Aus salutogenetischer Perspektive werden Gesundheit und Krankheit als Pole auf einem gemeinsamen Kontinuum betrachtet. Die Bedeutung der Salutogenese für Gesundheit und Gesundheitsförderung stellte Antonovsky in einer Metapher dar: Aus salutogenetischer Perspektive ist das Leben eines jeden Menschen ein mehr oder weniger gefährlicher Fluss. Alle Menschen bewegen sich stets in diesem Fluss an jeweils unterschiedlichen Stellen. Die Frage für Gesundheitsförderung lautet nun: An welcher Stelle im Fluss befindet sich eine Person und wie gut kann sie schwimmen? Die individuelle Fähigkeit zu schwimmen, entspricht den internen Ressourcen eines Menschen. Der Fluss steht für die Lebensbedingungen eines Menschen. Gesundheitsförderung ist bemüht, den Fluss entsprechend zu gestalten und die individuelle Schwimmfähigkeit zu fördern, damit das Schwimmen im Fluss möglich ist.

Sense of Coherence (Kohärenzgefühl)

Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, "… die das Mass ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vor-

hersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln, wie vernünftigerweise erwartet werden kann." (Antonovsky, 1997, S.16). Das Kohärenzgefühl ist eine der viel diskutierten internen Ressourcen für Gesundheit. Nach Antonovsky ist das Kohärenzgefühl das Kernstück der Salutogenese. Das Kohärenzgefühl beschreibt eine allgemeine kognitive und affektiv-motivale Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen: Gefühl der Verstehbarkeit; Gefühl der Handhabbarkeit resp. Bewältigbarkeit; Gefühl der Sinnhaftigkeit resp. Bedeutsamkeit. Die Stärke des Kohärenzgefühles beeinflusst die Fähigkeit von Menschen, vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens zu nutzen. Menschen mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl reagieren flexibel auf Anforderungen und können der Situation angemessene Ressourcen aktivieren.

Setting in der Gesundheitsförderung

"Ein Setting ist ein Ort oder sozialer Kontext, in dem Menschen ihren Alltagsaktivitäten nachgehen, im Verlauf derer umweltbezogene, organisatorische und persönliche Faktoren zusammenwirken und Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen." (WHO, 1998, S. 23). Ein Setting ist mehr als ein Ort: Es ist sowohl Mittel als auch Ergebnis sozialer Interaktion. Individuen gehören verschiedener Settings an und werden von unterschiedlichen Settings beeinflusst. In der Gesundheitsförderung bezeichnet ein Setting ein abgegrenztes soziales System, das zum Zwecke einer Gesundheitsförderungsintervention analysiert und definiert wird und in dem die für die konkreten Gesundheitsförderungsmassnahmen notwendigen Entscheidungen und fachlichen Massnahmen gesetzt werden. Der Begriff Setting bezieht sich auf die lokale Ebene. Beispiele für Settings sind Schulen, Betriebe, Städte, Bezirke, Familien, Freizeittreffpunkte, Einkaufszentren. Die Schaffung von Settings zur Förderung der Gesundheit ist eines von 21 Zielen der WHO-Programmatik "Gesundheit21". Demzufolge sollen die Menschen in der europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015 bessere Möglichkeiten haben, zuhause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.

Soziale Netzwerke

"Soziale Beziehungen und Verbindungen zwischen Individuen, die Zugang zu oder die Mobilisierung von sozialer Unterstützung für Gesundheit bieten können." (WHO, 1998, S. 23). Mit sozialen Netzwerken sind vor allem informelle Beziehungsstrukturen zwischen Individuen und Gruppen gemeint. Die Bedeutung von sozialen Netzwerken liegt darin, dass sie je nach Bedarf soziale Unterstützung für den Einzelnen leisten und aus ihnen soziale Aktionen entstehen können. Soziale Netzwerke sind eine wesentliche Determinante von Gesundheit. Sie sind bedeutend bei der Förderung der Gesundheit auf individueller Ebene und in lokalen Lebenszusammenhängen und bei der Bewältigung von Krankheiten.

(Gesundheits-)Verhalten

"Jede Handlung eines Individuums, ...die zur Förderung, zum Schutz, oder zur Erhaltung von Gesundheit unternommen wird...." (WHO, 1998, S. 16). Gesundheitsverhalten ist Ausdruck eines komplexen Verhaltensmusters. Es steht im Zusammenspiel mit verschiedenen Faktoren, wie Wissen, Motivation, Einstellung, Kompetenzen etc. Gesundheitsverhalten wird über den persönlichen und kollektiven Sozialisationsprozess vermittelt. Über die primären Sozialisationsinstanzen wie Familie oder Schule hinausgehend, ist Gesundheitsverhalten auch abhängig von Arbeits- und Wohnbedingungen, von unterschiedlichen sozialen Netzwerken, von den Zeitbudgets der Menschen und der Verfügbarkeit gesundheitsbezogener Versorgungsangebote. Um Gesundheitsverhalten zu ändern, muss es in seinen Kontext gestellt werden. Die genannten Faktoren und Bedingungen müssen dabei einbezogen und berücksichtigt werden.

Verhalten – Verhältnisse (Wechselwirkung)

Menschliches Verhalten und Lebensverhältnisse hängen zusammen. Menschen können durch bestimmtes Verhalten Verhältnisse beeinflussen und ändern und umgekehrt bestimmen und beeinflussen Verhältnisse menschliches Verhalten. Beides ist der Gesundheitsförderung ein Anliegen: das Verhalten der Menschen und die Verhältnisse, in denen Menschen leben. Die Gesundheitsförderung will gesellschaftliche Verhältnisse schaffen, welche Individuen und Gruppen befähigen, die eigene Lebensart so zu gestalten, dass sie der Gesundheit und dem Wohlbefinden förderlich ist und zu erhöhter Lebensqualität führt.

Vermitteln und Vernetzen

Vermitteln und Vernetzen meint einen Prozess, "...durch den die verschiedenen Interessen (persönliche, soziale, ökonomische) von Individuen und Gemeinschaften sowie unterschiedlichen Sektoren (öffentlichen, privaten) in einer Art und Weise in Einklang gebracht werden, dass Gesundheit gefördert und geschützt wird." (WHO, 1998, S. 25). Der Gesundheitssektor ist weder in alleiniger Verantwortung noch allein in der Lage, gesunde Lebensbedingungen und Wohlbefinden für die Menschen herzustellen. Gesundheitsförderung verlangt ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbst organisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien. Die besondere Verantwortung von Professionellen im Gesundheitsbereich ist dabei die Vermittlung zwischen unterschiedlichen Interessen und Bereichen der Gesellschaft sowie deren Vernetzung, unter anderem durch anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit. "Vermitteln und Vernetzen" ist eine der drei Handlungsstrategien der Ottawa-Charta.

Wohlbefinden

"Wohlbefinden ist zunächst ein alltagssprachlicher Begriff zur Bezeichnung eines komplexen subjektiven Bewusstseinszustandes, der grundsätzlich nicht unmittelbar der Beobachtung von aussen zugänglich ist." (Trojan & Legewie, 2001, S. 78). Der Begriff Wohlbefinden wird häufig sinnverwandt zu positiven Gefühlen, wie Freude, Glück oder Zufriedenheit verstanden. Spätestens seit der WHO-Definition von Gesundheit wird Wohlbefinden im engeren Zusammenhang mit Gesundheit verwendet. Wohlbefinden betont die subjektive Seite von Gesundheit. Wohlbefinden kann unterschieden werden in aktuelles und habituelles Wohlbefinden. Aktuelles Wohlbefinden setzt sich zusammen aus positiv getönten Gefühlen, Stimmungen und körperlichen Empfindungen sowie dem Fehlen von Beschwerden. Gewohnheitsmäßiges Wohlbefinden bezieht sich auf die Selbstbeurteilung des für eine Person zeitlich überdauernden typischen Wohlbefindens.

12.5 Autor/innenverzeichnis (alphabetisch)

Alle im vorliegenden Bericht namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die persönliche Meinung des/der Autor/in wieder.

Dr. Erika BALDASZTI
Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung
(geschlossen seit 31.12.2005)
Tel.: 0043 (0)6991-9686693
E-mail: erika.baldaszti@chello.at

Dr. Michaela BITSCHNAU
Krankenhaus Lainz, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
A-1130 Wien, Wolkersbergenstraße 1
Tel.: 0043 (0)6991-9235436
E-mail: michaela.bitschnau@wienkav.at

Johanna EHMSEN-HÖHNL, MAS, DGKS, DSA
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen,
Sektion III Gesundheitswesen
Abteilung 3 Nichtärztliche Gesundheitsberufe
A-1010 Wien, Radetzkystraße 2
Tel.: 0043 (0)1-71100-0
E-mail: johanna.ehmsen-hoehnl@bmgf.gv.at
http://www.bmgf.gv.at

DDr. Inga FINDL
Hanusch-Krankenhaus
IV. Medizinische Abteilung
Heinrich Collinstraße 30; A - 1140 Wien
Tel.: 0043 (0)1-91021-84010
E-mail: inga.findl@aon.at
http://www.hanusch-krankenhaus.at

Dr. Ursula FRONASCHÜTZ
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen,
Sektion IV Strukturpolitik und Verbrauchergesundheit
Abteilung 5 Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement
A-1010 Wien, Radetzkystraße 2
Tel.: 0043 (0)1-71100-4881
E-mail: ursula.fronschuetz@bmgf.gv.at
http://www.bmgf.gv.at

Mag. Gerlinde GRASSER, MScPH
FH JOANNEUM - Gesundheitsmanagement im Tourismus
A-8344 Bad Gleichenberg / Steiermark, Kaiser-Franz-Josef-Strasse 418
Tel.: 0043 (0)3159-90300-6718
E-Mail: gerlinde.grasser@fh-joanneum.at
http://www.fh-joanneum.at

Mag. Silvia GROTH
Frauengesundheitszentrum, Graz
A-8010 Graz, Joanneumring 3
Tel.: 0043 (0)316-837998
Fax: 0043 (0)316-837998-25
E-mail: frauen.gesundheit@fgz.co.at
http://www.fgz.co.at

Dr. Martina HARING
STGKK – Steiermärkische Gebietskrankenkasse
A-8010 Graz, Josef Pongratz-Platz 1
Tel.: 0043 (0)316 8035-0
E-mail: martina.haring@stgkk.sozvers.at
http://www.stgkk.at

Univ.-Prof. Dr. Margarethe HOCHLEITNER
Frauengesundheitsbüro des Landes Tirol
A-6020 Innsbruck, Innrain 66, 1. Stock
Tel.: 0043 (0)512-504-25718
Fax: 0043 (0)512-504-25719
E-mail: frauengesundheitsbuero@tilak.or.at
http://lbi-frauen.uibk.ac.at

Dr. Eva JAVORSZKY-WASNER
Nanaya
A-1070 Wien, Zollergasse 37
Tel.: 0043(0)1-5231711
E-mail: nanaya@utanet.at
http://www.nanaya.at

Univ.-Prof. Dr. Jörg KECKSTEIN
Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung
Landeskrankenhaus Villach
A-9500 Villach, Nikolaigasse 43
Tel.: 0043 (0)4242-208-2165
Fax: 0043 (0)4242-208-307
E-Mail: endometriose2005@lkh-vil.or.at
http://www.endometriose-villach.at

Dr. Christiane KÖRNER
Österreichische Apothekerkammer
A-1090 Wien, Spitalgasse 31, Postfach 87
Tel.: 0043 (0)1-40414-100
Fax: 0043 (0)1-4088440
E-mail: christian.koerner@apotheker.or.at
http://www.apotheker.or.at

Mag. Barbara KREILINGER
c/o Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung
E-mail: bkreilinger@gmx.at

Mag. Marion KREMLA
asylkoordination österreich
A-1080 Wien, Laudongasse 52/9
Tel.: 0043 (0)1-5321291
E-mail: asylkoordination@asyl.at
http://www.asyl.at

Dr. Anna LASSER
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen,
Sektion II Frauenangelegenheiten und Gleichstellung,
Abteilung 4 Gewaltprävention und frauenspezifische Legistik
A-1010 Wien, Franz Josefs-Kai 51
Tel.: 0043 (0)1-71100-3429
E-mail: anna.lasser@bmgf.gv.at
http://www.bmgf.gv.at

Mag. Ingrid LÖSCHER-WENINGER
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen,
Sektion II Frauenangelegenheiten und Gleichstellung,
Abteilung 3 Gleichbehandlung in der Privatwirtschaft und im Bundesdienst
A-1010 Wien, Franz Josefs-Kai 51
Tel.: 0043 (0)1-71100-3415
E-mail: ingrid.loescher-weninger@bmgf.gv.at
http://www.bmgf.gv.at

Mag. Michaela SIT
c/o Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung
E-mail: michaela.sit@chello.at

Dr. Lucia UCSNIK
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
A-4010 Linz, Seilerstätte 4
Tel.: 0043 (0)7327-677-0
Fax: 0043 (0)7327-677-7200
E-mail: lucia.ucsnik@bhs.at
http://www.bhs.at
BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Büro der Bundesministerin
A-1010 Wien, Radetzkystraße 2
Tel.: 0043 (0)1-71100-0
E-mail: lucia.ucsnik@bmgf.gv.at
http://www.bmgf.gv.at

Dr. Elfriede URBAS
c/o Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung
E-mail: elfriede.urbas@gmx.at

Dr. Edeltraud VOILL
Nanaya
A-1070 Wien, Zollergasse 37
Tel.: 0043(0)1-5231711
E-mail: nanaya@utanet.at
http://www.nanaya.at

Univ.-Prof. Dr. Beate WIMMER-PUCHINGER
Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung
A-1180 Wien, Bastiengasse 36-38
Tel.: 0043 (0)1-47615-5751
Fax: 0043 (0)1-47615-5759
E-mail: beate.wimmer-puchinger@fsw.at
http://www.diesie.at

Mag. Hilfe WOLF, Mag. Silvia GROTH (letztere siehe unter G)
für das **Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren**
Frauengesundheitszentrum F.E.M Süd, Wien
Kaiser Franz Josef-Spital
A-1010 Wien, Kundratstraße 3
Tel.: 0043 (0)1-60191-5201
Fax: 0043 (0)1-60191-5209
E-mail: hilde.wolf@wienkav.at
http://www.fem.at

Univ.-Prof. Dr. Harald ZEISLER
AKH Wien, Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
Tel.: 0043 (0)1-40400
E-mail: harald.zeisler@meduniwien.ac.at
http://www.meduniwien.ac.at/frauenheilkunde/

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. Durch den Bericht wird einmal mehr verdeutlicht, dass Frauengesundheit und Gender Mainstreaming Querschnittsaufgaben sind, die nicht nur alle Ebenen und Sektoren des Gesundheitssystems betreffen, sondern auch die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen der weiblichen Lebenslagen reflektieren. Die vorliegenden Daten zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Österreich sind als Ausgangspunkt für die weitere Strategienentwicklung zur Erlangung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems zu sehen.

Der Österreichische Frauengesundheitsbericht steht im Internet als Download zur Verfügung

www.bmgf.gv.at