ZUSAMMENFASSUNG

Entwicklung der Frauengesundheit in Wien, Rolle der Frauengesundheitsberichterstattung

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

Demografische und sozioökonomische Rahmenbedingungen der Frauengesundheit

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

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

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

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

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

Gesundheitszustand von Frauen in Wien

Lebenserwartung und Sterblichkeit

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

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

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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

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

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

Krebserkrankungen

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

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

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

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

Diabetes mellitus

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und eines ungünstigen gesundheitsbezogenen Lebensstils ist in Zukunft mit einer Zunahme von Diabetes mellitus zu rechnen. In Wien sind von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung laut Eigenangaben 4,3 Prozent der Frauen und 3,4 Prozent der Männer betroffen. Vor allem im höheren Alter erkranken deutlich mehr Frauen als Männer an Diabetes mellitus (zurückzuführen vor allem auf **Typ 2-Diabetes)**. Diabetes mellitus stellt vor allem aufgrund der damit verbundenen Komplikationen, Begleit- und Folgekrankheiten eine große Herausforderung für die Gesundheitspolitik dar. Frauen erleben die Krankheit nicht nur anders als Männer, auch die Auswirkungen der Krankheit sind bei Frauen zum Teil gravierender.

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

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

Psychische und Verhaltensstörungen, Suizid

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

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

Krankheiten der Atmungsorgane

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

Gynäkologische Erkrankungen

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

Ein wichtiges Thema im Rahmen der Gynäkologie sind die **gynäkologischen Operationen**. Ca. ein Drittel aller stationären Aufenthalte von Frauen mit operativen Leistungen ist auf Operationen im Zusammenhang mit Diagnosen im Bereich weiblicher Genitalorgane, Geburtshilfe zurückzuführen. Obwohl in Wien die Zahl der **Gebärmutterentfernungen** (Hysterektomien) stark rückläufig ist, sind jährlich ca. 10.000 Frauen davon betroffen. Gebärmutterentfernungen, aber auch andere gynäkologische Operationen sind für Frauen oft mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. Einrichtungen wie Frauengesundheitszentren und GynäkologInnen, die mit den Folgen für die betroffenen Frauen befasst sind, kritisieren vor allem die unzureichende Aufklärung der Patientinnen und die Nichtbeachtung vorhandener Alternativen.

Krankheiten des Bewegungsapparats

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

HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Erkrankungen (STIs)

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

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

Gesundheit in unterschiedlichen Lebensphasen

Gesundheitsbezogener Lebensstil von Mädchen und jungen Frauen

Übergewicht und Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

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

Sportausübung, Gender Mainstreaming im Sport

Frauen betreiben seltener Sport als Männer: 43 Prozent der Frauen, aber nur 27 Prozent der Männer gaben bei einer Befragung im Rahmen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 an, keinen Sport zu betreiben. Frauen bevorzugen auch andere Sportarten als Männer: Sie betreiben häufiger Turnen, Aerobic und Tanz, Männer eher Ballsportarten. Die Rolle von Frauen im Vereins- und Profisport wurde in den vergangenen Jahren international vermehrt thematisiert, da wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen auch im Sport Frauen in Führungspositionen von Vereinen und Verbänden nur marginal vertreten sind.

Suchtverhalten bei Jugendlichen: Rauchen, Alkohol, Cannabis, Ecstasy

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

Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen

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

Gesundheitsbezogener Lebensstil von erwachsenen Frauen

Ernährung, Adipositas, Bewegung

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

Rauchen/Passivrauchen und sexuelle/reproduktive Gesundheit

In Österreich gibt es rund 2,3 Millionen RaucherInnen, davon sind rund ein Drittel, also 800.000 stark nikotinabhängig. Rund 14.000 Menschen sterben jährlich an den Folgen des Tabakkonsums, das sind 38 Personen täglich. Seit den 1970er Jahren nimmt der Anteil der Raucher bei Männern ab, der Anteil der Raucherinnen bei den Frauen nimmt aber zu, wobei Frauen noch immer weniger häufig rauchen als Männer. Generell ist in Wien die Zahl der RaucherInnen höher als in den Bundesländern. Für Wien liegen mehrere Erhebungen zum Rauchverhalten vor, die Angaben zum Anteil der regelmäßig rauchenden Frauen liegen zwischen 27,0 und 40,2 Prozent (bei den Männern zwischen 37,0 und 56,0 Prozent). Rauchen kann bei Frauen, aber auch bei Männern, die **sexuelle und reproduktive Gesundheit** massiv beeinträchtigen. Bei Einnahme von Kombinationspräparaten zur oralen Kontrazeption (Pille) ist das Risiko für koronare Herzerkrankungen und für Schlaganfall erhöht, ebenso kommt es bei Raucherinnen häufiger zum Versagen des oralen Verhütungsmittels. Die Fruchtbarkeit von Frauen (und Männern) kann durch Rauchen eingeschränkt sein und auch eine verminderte Reaktion auf eine Fertilitätsbehandlung wurde bei beiden Geschlechtern beobachtet. Rauchen kann den Eintritt der Menopause verzögern und zu häufigeren und schwereren menopausalen Symptomen führen. Das Risiko des invasiven Cervixkrebses ist bei Raucherinnen um das Dreifache erhöht. Im Bereich von **Schwangerschaft und Geburt** wurde Rauchen als Risikofaktor für vorzeitigen Blasensprung, Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht, Fehlgeburt, Totgeburt, Säuglingssterblichkeit und fötale Missbildungen bestätigt. Aber auch das **Passivrauchen** kann extrem negative Auswirkungen besonders auf Schwangere und Kinder haben (reduziertes Fötuswachstum, Frühgeburt, plötzlicher Kindstod, Atemwegserkrankungen und Wachstums- bzw. Entwicklungsstörungen des Kindes). Bei Männern wurde Rauchen und Passivrauchen v. a. als Risikofaktor für Impotenz und verminderte Spermienqualität bestätigt. Laut Mikrozensus 1997 sind entsprechend eigener Angaben 20,7 der weiblichen und 21,8 der männlichen ArbeitnehmerInnen PassivraucherInnen. In Österreich ist der Schutz von NichtraucherInnen am Arbeitsplatz noch immer sehr unzureichend im **Arbeitnehmerschutzgesetz** geregelt. Die sei Jänner 2005 geltende **Novelle des Tabakgesetzes** sieht zwar Raucherverbot an allen geschlossenen öffentlichen Orten vor, ausgenommen ist aber v. a. die Gastronomie. Die Gesetzesnovelle enthält weiters eine Ausweitung des Werbe- und Sponsoringverbots für Tabakprodukte. Die Novelle sieht aber keinen nachhaltigen NichtraucherInnenschutz vor.

Alkoholkonsum bei Frauen, Alkohol in der Schwangerschaft

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

Konsum illegaler Drogen

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

Sexuelle und reproduktive Gesundheit von erwachsenen Frauen

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

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

Zur Häufigkeit von **Schwangerschaftsabbrüchen** gibt es in Österreich keine genauen Zahlen, da keine gesetzliche Registrierpflicht besteht. Eine Schätzung geht von 19.000 bis 25.000 Abbrüchen in Österreich pro Jahr aus, diese Zahlen sind jedoch in Fachkreisen umstritten. Die vorhandenen Spitalsentlassungsstatistiken geben nur einen sehr geringen Teil der tatsächlichen Abbrüche wieder, da die überwiegende Zahl der Abbrüche in privaten Ambulatorien (z. B. Ambulatorium am Fleischmarkt Wien, Ambulatorium gynmed Wien) oder bei niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt wird. Laut Spitalsentlassungsstatistik wurden 1993 in Wiener Spitälern 682 Schwangerschaftsabbrüche, im Jahr 2003 nur mehr 149 Abbrüche durchgeführt. Um die Möglichkeit zu gewährleisten, einen Schwangerschaftsabbruch auch in einem öffentlichen Spital durchführen zu lassen, ist seit Jänner 2003 in sechs Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbunds ein ambulanter Schwangerschaftsabbruch möglich, die Kosten wurden deutlich reduziert und dem Niveau ambulanter AnbieterInnen angepasst.

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

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

Schwangerschaft und Geburt

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

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

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

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

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

Nachgeburtliche Depressionen, das sind depressive Verstimmungen nach der Geburt (postpartale Depressionen, PPD), sind häufige und ernst zu nehmende psychische Zustände, die aber immer noch sehr oft nicht diagnostiziert werden, unter anderem weil ihr Auftreten der Erwartung widerspricht, eine Frau müsse nach der Geburt ihres Kindes ausschließlich glücklich sein. Im Rahmen des in den Jahren 2001 und 2002 vom Wiener Programm für Frauengesundheit umgesetzten **Modellprojekts zur Prävention nachgeburtlicher Depressionen (PPD)** wurde unter anderem die **Inzidenz** der postpartalen Depression erhoben: Von den befragten Frauen hatten 18 Prozent am Beginn der Schwangerschaft (bis zur 30. Schwangerschaftswoche) erhöhte Werte im Depressionsfragebogen, 13 Prozent wiesen eine Erhöhung zwei Wochen vor der Geburt auf. Den gesamten Erhebungszeitraum betrachtet, hatten 28 Prozent zu einem der vier Befragungszeitpunkte Depressions-Werte im Risikobereich. Im Rahmen des Projekts wurden auch unterschiedliche Maßnahmen zur Prävention und Hilfestellung für die betroffenen Frauen erprobt und evaluiert. Eine weitere Sensibilisierung des betreuenden Personals und eine Ausweitung des Angebots an Mutter-Kind-Aufnahmen an psychiatrischen Abteilung sind erforderlich.

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

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

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

Wechseljahre, Hormonersatztherapie

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

Frauen in der Erwerbsphase: Arbeit und Gesundheit

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

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

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

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

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

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

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

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

Frauen in Pflegeberufen

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

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

Pflege im familiären Umfeld

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

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

Gesundheitszustand und -risiken älterer Frauen

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

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

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

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

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

Ältere Frauen sind deutlich häufiger als ältere Männer auf **Einrichtungen der Altenhilfe** angewiesen. Eine geschlechtssensible Qualitätssicherung in den Einrichtungen der Altenhilfe scheint daher besonders wichtig. Probleme, denen in Zukunft vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken sein werden, sind unter anderem die Medikation im Alter, Gewalt gegenüber älteren Menschen sowie der Umgang mit psychischen Problemen (z. B. Depression, Alkoholismus) älterer Menschen.

Gesundheitsgefährdung durch Umweltrisiken

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

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

Frauen mit Behinderung

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

Frauen in besonderen sozialen Lagen, mit speziellen Gesundheitsbedürfnissen

Alleinerzieherinnen

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

Migrantinnen

Migration per se ist kein Gesundheitsrisiko – sie wird es erst dann, wenn strukturelle, sprachliche und/oder kulturelle Barrieren in der Gesundheitsversorgung hinzukommen, die zu unter- oder überdurchschnittlicher Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten, zu Fehlbehandlung oder zu häufigem ÄrztInnenwechsel führen. Eine geschlechtersensible Perspektive auf die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund ist erforderlich, da diese häufig durch geschlechtsrollenspezifische berufliche und gesellschaftliche Benachteiligungen sowie durch eine meist schwierige rechtliche und soziale Lage als Zuwanderin mehrfach belastet sind. Umfassende Studien zur **gesundheitlichen Lage von Migrantinnen** liegen für Wien oder Österreich nicht vor. Die vorhandenen Ergebnisse sind aufgrund geringer Fallzahlen und einer zu vermutenden hohen Diversität der befragten Frauen (und Männer) mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft mit Vorsicht zu interpretieren. Übereinstimmend lassen sie jedoch den Schluss zu, dass Frauen aus den Ländern Ex-Jugoslawiens und der Türkei häufiger unter körperlichen und psychischen Beschwerden leiden als österreichische Frauen. Weiters stimmen die Ergebnisse darin überein, dass Frauen mit Migrationshintergrund häufiger kurative als präventive Angebote des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, z. B. ließen weniger Frauen mit Geburtsland Türkei oder Ex-Jugoslawien einen Krebsabstrich oder eine Brustuntersuchung vornehmen als Österreicherinnen. Türkische Staatsbürgerinnen suchten häufiger KinderärztInnen auf, nahmen aber seltener FrauenärztInnen, ZahnärztInnen und Ambulanzen in Anspruch als Frauen aus Ex-Jugoslawien und Österreich. In den vergangenen Jahren sind besonders in Wien Themen der **traditionsbedingten Gewalt gegen Migrantinnen** in die öffentliche Aufmerksamkeit gerückt, wie z. B. Genitalbeschneidung (FGM), Zwangsverheiratung oder Mädchen- und Frauenhandel. Die Stadt Wien hat zahlreiche Maßnahmen in diesen Bereichen gesetzt. Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat im Jahr 2005 die Einrichtung einer Beratungsstelle für Frauengesundheit und Genitalbeschneidung unterstützt.

Lesbische Frauen

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

Wohnungslose Frauen

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

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

Prostituierte

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

Gewalt gegen Frauen – die Rolle des Gesundheitssystems

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

Frauenspezifische Versorgung

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

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

Prävention und Gesundheitsförderung

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

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

Wiener Programm für Frauengesundheit

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