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.

The role of women in sports clubs and professional sports has been addressed more frequently internationally in the last years, since like in many other areas of society, women are only marginally present in leading positions of sports clubs and associations.

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

5.1.1 Ernährung, Körpergewicht und Adipositas

Übergewicht, das einen bestimmten Grenzwert überschreitet, wird als Adipositas bezeichnet und als Erkrankung eingestuft.[326] Die WHO hat bereits Mitte der 1990er Jahre die Adipositas als „globale Epidemie" bezeichnet.[327] Adipositas kann sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen eine Reihe von Folgeerkrankungen (Komorbiditäten) mit sich bringen, vor allem Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, orthopädische Beschwerden und psychische Beeinträchtigungen.

Datenlage zum Ernährungsverhalten

Die Ursachen von Adipositas liegen hauptsächlich in ungünstigen Ernährungs- und Bewegungsmustern von Kindern und Jugendlichen: Dicke Kinder treiben kaum Sport, verbringen viel Zeit vor Fernseher und Computer und essen häufig Fastfood. Als Präventionsmaßnahmen werden daher zahlreiche Programme mit

[326] ICD-10-Code E 66.0; ICD-10 = International Classification of Diseases der WHO, Version 10, die seit 1994 verwendet wird; http://www.dimdi.de; Bestimmung der Grenzwerte siehe weiter unten.
[327] WHO (2000).

mehr Bewegung, weniger fettreichem Essen und gemeinsamen regelmäßigen Mahlzeiten im Familienkreis propagiert. Der Zusammenhang von Adipositas mit Bildung und sozialer Schicht ist gut dokumentiert: Adipositas tritt – unabhängig vom Geschlecht – häufiger in Bevölkerungsschichten mit geringerer Bildung und geringerer beruflicher Qualifikation auf.[328]

Umfassende Analysen des **Ernährungsverhaltens** liegen für Wien oder andere Bundesländer nicht vor. Im **Österreichischen Ernährungsbericht 2003**[329] wird der **Ernährungszustand** unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen (drei- bis sechsjährige Vorschulkinder, Schulkinder, Lehrlinge, Erwachsene, SeniorInnen, Schwangere, Stillende, BreitensportlerInnen) mittels laborchemischer Parameter beschrieben und mit vorgegebenen Richtwerten verglichen. Demnach ist vor allem bei Burschen und Männern zwischen 15 und 18 Jahren und bei Frauen und Männern von 50 bis 65 Jahren die Energiezufuhr zu hoch. Generell nehmen ÖsterreicherInnen zu viel Protein, gesättigte Fettsäuren (die vor allem in tierischen Fetten enthalten sind) und Alkohol zu sich. Dagegen ist die Aufnahme von ungesättigten Fettsäuren, Ballaststoffen, den Vitaminen B1, B2, C und E sowie den Vitaminen B12 und D bei älteren Personen zu gering. Bei Frauen im gebärfähigen Alter ist eine zu niedrige Zufuhr von Eisen zu beobachten.

Altersgerechte Definition des Body Mass Index (BMI)

Das altersadäquate Gewicht für die jeweilige Größe kann anhand des Body Mass Index (BMI) errechnet werden (Köpergewicht in Kilogramm dividiert durch die Größe in Metern zum Quadrat). Der BMI eines Kindes bzw. Jugendlichen sollte zwischen dem 10. und 90. Perzentil für die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe liegen. Unterhalb des 10. Perzentils besteht Untergewicht, oberhalb des 90. Perzentils Übergewicht. BMI-Werte oberhalb des 97. Perzentils bezeichnen Adipositas.[330]

Tabelle 5.1: Body Mass Index (BMI) für Mädchen und Burschen im Alter von 10 bis 18 Jahren (Normwerte)

Alter (Jahre)	Body Mass Index (Normwerte)							
	Mädchen				Burschen			
	Perzentile							
	10	50	90	97	10	50	90	97
10	14,48	16,94	20,80	23,54	14,60	16,89	20,60	23,35
11	14,88	17,50	21,61	24,51	14,97	17,41	21,43	24,45
12	15,43	18,19	22,48	25,47	15,41	17,99	22,25	25,44
13	16,07	18,94	23,33	26,33	15,92	18,62	23,01	26,28
14	16,71	19,64	24,05	27,01	16,48	19,26	23,72	26,97
15	17,26	20,22	24,59	27,45	17,05	19,89	24,36	27,53
16	17,69	20,64	24,91	27,65	17,60	20,48	24,92	27,99
17	18,04	20,96	25,11	27,72	18,13	21,04	25,44	28,40
18	18,36	21,25	25,28	27,76	18,63	21,57	25,91	28,78

Quelle: KROMEYER-HAUSCHILD et al. (2001), gekürzt.

Epidemiologie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Zur epidemiologischen Verbreitung von Adipositas im Kindes- und Jugendalter lagen bislang keine repräsentativen Daten vor. Im Jahr 2003 wurden erstmals für 10- bis 15-jährige Kinder und Jugendliche in Wien Prävalenzzahlen zur Adipositas publiziert.[331] Zwischen Juni 2002 und März 2003 wurden Daten von 1.537 Kindern und Jugendlichen erfasst (davon 752 Mädchen

328 Z. B. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 135–136. Siehe auch Kapitel 5.3.1 weiter unten.
329 IFEW – INSTITUT FÜR ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTEN (2003).
330 KROMEYER-HAUSCHILD et al. (2001).
331 WIDHALM, DIETRICH (2003); WIDHALM (2004).

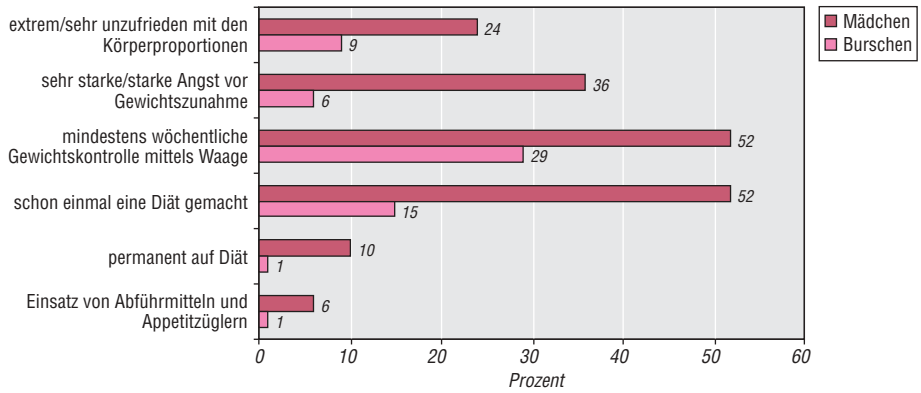
reiche Beratungs- und Informationsstellen, präventive und therapeutische Angebote entstanden.

Gestörtes Essverhalten als Vorstufe von Essstörungen

Bereits sehr junge Mädchen beschäftigen sich intensiv mit Figur, Gewicht und Diäten. Eine Studie in Wiener Schulen[334] hat im Jahr 2001 das Ausmaß von Störungen im Essverhalten im Vorfeld von Essstörungen bei 1.609 Schüler/innen (1.024 Mädchen, 585 Burschen) im Alter von 14 bis 17 Jahren erfasst. Es zeigte sich, dass Mädchen ein Essverhalten aufwiesen, das mit einem höheren Risiko, an einer Essstörung zu erkranken assoziiert ist als das von Burschen. 36 Prozent der 14- bis 17-jährigen Mädchen, aber nur 6 Prozent der Burschen empfinden sich als übergewichtig, 24 Prozent der Mädchen und 9 Prozent der Burschen sind mit ihren Körperproportionen extrem oder sehr unzufrieden. Jedes zweite Mädchen in Wien im Alter zwischen 14 und 17 Jahren hat schon einmal eine Diät gemacht, aber nur etwa jeder siebente Bursche. 10 Prozent der Mädchen und ein Prozent der Burschen geben an, permanent auf Diät zu sein. Extremes Essverhalten wie Essanfälle oder die Verwendung von Entwässerungs- und Abführmitteln sind häufig: 31 Prozent der Mädchen berichteten von Essanfällen, wobei bei 19 Prozent Kontrollverlust hinzukam; 13 Prozent der Mädchen haben bereits absichtlich erbrochen, um Gewicht zu reduzieren und 6 Prozent haben Abführmittel zum Abnehmen verwendet.

Im Rahmen dieser Studie wurde auch ein Fragebogen verwendet, der in der Psychodiagnostik der Essstörungen eingesetzt wird, das Eating Disorder Inventory (EDI). Die Ergebnisse dieses psychodiagnostischen Messinventars erlauben zwar keine genauen Angaben zur Häufigkeit von Essstörungen, vorsichtigen Schätzungen zufolge jedoch erfüllen 6,9 Prozent der Mädchen und 0,3 Prozent der Burschen in der untersuchten Gruppe Kriterien einer Essstörung bzw. können einer Risikogruppe zugerechnet werden, wobei der Anorexie und deren Vorstufen nur ein kleiner Teil zukommt. Hochgerechnet auf alle SchülerInnen in Wien im Alter von 14 bis 17 Jahren würde dies einer Gesamtzahl von 2.078 Mädchen und 92 Burschen entsprechen, die von Essstörungen bedroht sind.

Grafik 5.1: Essverhalten von SchülerInnen in Wien 2001 nach Geschlecht



Quelle: DE ZWAAN et al. (2001); Mehrfachnennungen möglich.

Diagnosekriterien der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Kriterien der Anorexia nervosa

A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (Körpergewicht von weniger als 85 Prozent des normalen Körpergewichts)
B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden – trotz bestehenden Untergewichts.
C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körper-

[334] DE ZWAAN et al. (2001).

gewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhö, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen.

Subtypen der Anorexia nervosa

Binge-Eating/Purging-Typus[335] (betrifft rund 50 Prozent der Patientinnen): Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Essanfälle und zeigt Purging-Verhalten (das heißt selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen).

Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen Essanfälle oder zeigt kein Purging-Verhalten (das heißt selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen).

Kriterien der Bulimia nervosa

A. Wiederholte Episoden von „Essattacken", die gekennzeichnet sind durch: (1) den Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum, die erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden; (2) das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren.
B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
C. Die Essattacken und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Sub-Typen der Bulimia nervosa

Purging-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder zeigt Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen.

Nicht-Purging-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Abführmittel, Entwässerungsmittel, Darmeinläufe missbraucht.

Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen

In Wien und Österreich fehlen epidemiologische Studien zur Häufigkeit von Essstörungen, man kann daher zur Schätzung von Prävalenz und Inzidenz nur auf ausländische Studien zurückgreifen. Ob mit der Zunahme der öffentlichen Aufmerksamkeit für das Thema Essstörungen auch tatsächlich eine Zunahme der Häufigkeit der Erkrankungen einhergeht, lässt sich anhand der vorhandenen epidemiologischen Studien nicht eindeutig belegen. Sowohl die Anorexia nervosa als auch die Bulimia nervosa betreffen überwiegend Mädchen und Frauen (90 bis 95 Prozent). Beide Erkrankungen haben einen Häufigkeitsgipfel im Alter von durchschnittlich 17 Jahren, die Anorexie tritt bereits mit 14 Jahren häufig auf. Nimmt man eine Prävalenz von einem Prozent für die Anorexia nervosa bei 15- bis 24-jährigen Mädchen an, wären in Wien rund 800 Mädchen und junge Frauen betroffen, zuzüglich der Fälle bei erwachsenen Frauen wären es weit über 1.000 Mädchen und Frauen. Die Prävalenz der Bulimia nervosa ist den vorhandenen Studien zufolge höher als jene der Anorexia nervosa und liegt je nach Altersgruppe bei 0,5 bis 3 Prozent. Die Prävalenz der Adipositas beträgt ein Vielfaches jener von Anorexia oder Bulimia nervosa. Es wird geschätzt, dass jedes zehnte Mädchen und jeder sechste Bursche in Wien adipös ist. Anorexie ist in höheren sozialen Schichten häufiger als in niederen – ganz im Gegensatz zur Adipositas, wo das Verhältnis von Unterschicht zu Oberschicht sechs zu eins beträgt.[336] Im Jahr 2003 gab es in Wien rund 670 stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund einer Diagnose im Zusammenhang mit Essstörungen. Die Sterblichkeit ist bei der Anorexia nervosa höher als bei Bulimie und Adipositas. Nach zehn Jahren sterben bei Anorexia ner-

[335] Engl. binge = wörtlich „Gelage"; engl. purging = wörtlich „abführen, entleeren".
[336] DE ZWAAN, SCHÜSSLER (2000).

vosa zehn Prozent, bei Bulimia nervosa zwei bis sieben Prozent der Betroffenen. Die Anorexia nervosa zählt zu den Erkrankungen der Pubertät mit der höchsten Mortalität.

Tabelle 5.3: Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Adipositas
Prävalenz	Mädchen: 0,5–1,0%; erwachsene Frauen: 0,1%; Männer: 0,05%	Frauen: 0,5 –3,0%; Männer: 0,2%	Mädchen: 3–10%; Burschen: 5–16%; Frauen: 9–25%; Männer: 10–16%
Frauenanteil	90–95%	ca. 90%	häufiger bei Frauen
Erstmanifestation	meist in der Adoleszenz; selten vor der Pubertät oder nach dem 40. Lebensjahr; zwei Altersgipfel: 14 und 18 Jahre	meist in der Adoleszenz, selten vor der Pubertät oder nach dem 40. Lebensjahr; Altersgipfel: 18 Jahre	Altersgipfel: 40.–65. Lebensjahr
Prognose	hohe Mortalität: 5–20%; bei etwa 60–70% günstiger Verlauf	niedrige Mortalität; bei etwa 70–80% günstiger Verlauf	niedrige Mortalität; bei etwa 70–80% günstiger Verlauf
Sterblichkeit	10-Jahres-Letalität: 5,6%; Mortalitätsrate nach 6–12 Jahren 9,6%; nach 20–40 Jahren 3,7%	Mortalitätsrate nach 5–11 Jahren 1,5 –7,4%	aufgrund zahlreicher möglicher Begleit- und Folgeerkrankungen schwer einzuschätzen
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	Verhältnis von Unter- zu Oberschicht = 6:1

Quelle: FRANKE, 2001; S. 358; DE ZWAAN, SCHÜSSLER, 2000.

Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Essstörungen

Die in Wien und Österreich im Bereich der Essstörungen vorhandenen epidemiologischen Daten sind auf die Zahlen zu den stationären Spitalsaufenthalten beschränkt, entsprechende Informationen aus dem niedergelassenen Versorgungsbereich fehlen. In Österreich bieten rund dreißig Spitalseinrichtungen die Behandlung von Essstörungen an. In Wien werden Essstörungen in der psychosomatischen Station und in der kinder- und jugendpsychiatrischen Station des Allgemeinen Krankenhauses, im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern und im Wilhelminenspital stationär (und ambulant) behandelt. Bei den stationären Spitalsaufenthalten ist eine deutliche Zunahme der Aufenthalte aufgrund von Essstörungen seit Ende der 1980er Jahre zu verzeichnen: Im Jahr 1989 gab es in Österreich 269 Aufenthalte (89 Prozent der Aufenthalte betrafen Frauen), im Jahr 2000 waren es 1.471 Spitalsaufenthalte, also mehr als das Fünffache der Zahl von 1989 (95 Prozent Frauen).

Tabelle 5.4: Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Anorexie/Bulimie in Österreich 1989 bis 2000 nach Geschlecht

Geschlecht	Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Anorexie/Bulimie (absolut)											
	Jahr											
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Männer	30	23	28	27	23	32	27	29	52	91	68	78
Frauen	239	274	290	350	309	357	482	587	982	1.138	1.384	1.393
gesamt	269	297	318	377	332	389	509	616	1.034	1.229	1.452	1.471

Hinweis: von 1989 bis 2000 wurde die ICD-9 Klassifikation verwendet, daher sind in der Zeitreihe nur die Hauptdiagnosen Anorexie und Bulimie dargestellt .

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zur Verfügung gestellt durch STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

Die Diagnosen Anorexia nervosa oder atypische Anorexia nervosa haben in den Jahren 2001 bis 2003 deutlich häufiger zu Spitalsaufenthalten geführt als die Bulimia nervosa, für letztere sind in Wien in diesem Zeitraum die stationären Aufnahmen von Frauen stark gestiegen, nämlich von 88 auf 240, während für Anorexia nervosa (einschließlich der atypischen Form) ein Anstieg von 222 auf 298 Aufenthalte zu beobachten war. Im Jahr 2003 sind in Österreich ein Viertel aller stationären Spitalsaufenthalte aufgrund von Essstörungen in Wiener Spitälern erfolgt.

Tabelle 5.5: Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Essstörungen in Wien und Österreich 2001 bis 2003 nach Geschlecht

ICD-10			Stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund von Essstörungen (absolut)					
			2001		2002		2003	
			Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
F50.0	Anorexia nervosa	Wien	147	19	196	21	248	16
		Österreich	870	51	894	54	1.038	46
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	Wien	75	0	38	6	46	0
		Österreich	184	5	109	13	118	5
F50.2	Bulimia nervosa	Wien	81	2	185	3	238	1
		Österreich	454	6	681	151	789	60
F50.3	Atypische Bulimia nervosa	Wien	7	0	3	1	2	1
		Österreich	38	0	37	3	36	2
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen	Wien	1	0	2	1	10	0
		Österreich	4	8	6	3	24	8
F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen	Wien	14	10	5	14	8	18
		Österreich	45	24	34	22	36	26
F50.8	sonstige Essstörungen	Wien	4	1	35	5	10	1
		Österreich	46	19	100	23	90	23
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	Wien	14	3	9	35	66	5
		Österreich	114	46	207	38	332	41
gesamt		Wien	343	35	486	60	628	42
		Österreich	1.755	159	2.068	307	2.463	211

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; zur Verfügung gestellt durch STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

gewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhö, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen.

Subtypen der Anorexia nervosa

Binge-Eating/Purging-Typus[335] (betrifft rund 50 Prozent der Patientinnen): Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Essanfälle und zeigt Purging-Verhalten (das heißt selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen).

Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen Essanfälle oder zeigt kein Purging-Verhalten (das heißt selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen).

Kriterien der Bulimia nervosa

A. Wiederholte Episoden von „Essattacken", die gekennzeichnet sind durch: (1) den Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum, die erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden; (2) das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren.
B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
C. Die Essattacken und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Sub-Typen der Bulimia nervosa

Purging-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder zeigt Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Darmeinläufen.

Nicht-Purging-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Abführmittel, Entwässerungsmittel, Darmeinläufe missbraucht.

Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen

In Wien und Österreich fehlen epidemiologische Studien zur Häufigkeit von Essstörungen, man kann daher zur Schätzung von Prävalenz und Inzidenz nur auf ausländische Studien zurückgreifen. Ob mit der Zunahme der öffentlichen Aufmerksamkeit für das Thema Essstörungen auch tatsächlich eine Zunahme der Häufigkeit der Erkrankungen einhergeht, lässt sich anhand der vorhandenen epidemiologischen Studien nicht eindeutig belegen. Sowohl die Anorexia nervosa als auch die Bulimia nervosa betreffen überwiegend Mädchen und Frauen (90 bis 95 Prozent). Beide Erkrankungen haben einen Häufigkeitsgipfel im Alter von durchschnittlich 17 Jahren, die Anorexie tritt bereits mit 14 Jahren häufig auf. Nimmt man eine Prävalenz von einem Prozent für die Anorexia nervosa bei 15- bis 24-jährigen Mädchen an, wären in Wien rund 800 Mädchen und junge Frauen betroffen, zuzüglich der Fälle bei erwachsenen Frauen wären es weit über 1.000 Mädchen und Frauen. Die Prävalenz der Bulimia nervosa ist den vorhandenen Studien zufolge höher als jene der Anorexia nervosa und liegt je nach Altersgruppe bei 0,5 bis 3 Prozent. Die Prävalenz der Adipositas beträgt ein Vielfaches jener von Anorexia oder Bulimia nervosa. Es wird geschätzt, dass jedes zehnte Mädchen und jeder sechste Bursche in Wien adipös ist. Anorexie ist in höheren sozialen Schichten häufiger als in niederen – ganz im Gegensatz zur Adipositas, wo das Verhältnis von Unterschicht zu Oberschicht sechs zu eins beträgt.[336] Im Jahr 2003 gab es in Wien rund 670 stationäre Spitalsaufenthalte aufgrund einer Diagnose im Zusammenhang mit Essstörungen. Die Sterblichkeit ist bei der Anorexia nervosa höher als bei Bulimie und Adipositas. Nach zehn Jahren sterben bei Anorexia ner-

[335] Engl. binge = wörtlich „Gelage"; engl. purging = wörtlich „abführen, entleeren".
[336] DE ZWAAN, SCHÜSSLER (2000).

und 785 Burschen). Die Angaben zu Körpergewicht, Größe, BMI, Alter und Geschlecht der SchülerInnen stammen entweder von den SchulärztInnen oder wurden direkt in den Schulen erhoben. Die Berechung der Perzentile des BMI (unter dem 3. Perzentil, über dem 90., 97. oder 99. Perzentil) erfolgte analog zu jenen von KROMEYER-HAUSCHILD,[332] welche die alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen des BMI berücksichtigen. Im Durchschnitt sind 25 Prozent der 10- bis 15-jährigen SchülerInnen in Wien übergewichtig bzw. adipös. Je nach Altersgruppe sind zwischen 3 und 10 Prozent der Mädchen und zwischen fünf und 16 Prozent der Burschen adipös, übergewichtig sind zwischen 12 und 29 Prozent der Mädchen und zwischen 15 und 35 Prozent der Burschen. Extremes Untergewicht (unter dem 3. Perzentil) ist bei Mädchen häufiger als bei Burschen (2 bis 6 Prozent vs. 1 bis 3 Prozent). Mehr AHS-SchülerInnen sind extrem untergewichtig (BMI unter dem 3. Perzentil) und mehr HauptschülerInnen übergewichtig oder adipös (BMI über dem 90., 97. und 99. Perzentil).

Tabelle 5.2: Adipositas bei 10- bis 15-Jährigen in Wien 2003 nach Geschlecht

Alter (Jahre)	Wiener Wohnbevölkerung		Body Mass Index – Perzentile									
			<3	3–90	>90	>97	>99,5	<3	3–90	>90	>97	>99,5
	Mädchen	Burschen	Mädchen					Burschen				
	absolut		Prozent									
10	7.891	8.337	*1,9*	*77,7*	*14,8*	*3,7*	*1,9*	*2,3*	*63,5*	*20,5*	*11,4*	*2,3*
11	7.782	8.290	*5,6*	*65,3*	*20,2*	*7,0*	*1,9*	*2,0*	*59,2*	*23,0*	*14,3*	*1,5*
12	7.900	8.350	*3,2*	*75,3*	*18,3*	*3,2*	*0,0*	*1,2*	*70,9*	*21,2*	*6,7*	*0,0*
13	7.902	8.300	*3,4*	*69,4*	*17,0*	*8,5*	*1,7*	*1,4*	*68,6*	*19,3*	*9,3*	*1,4*
14	7.810	8.262	*4,0*	*83,1*	*8,9*	*4,0*	*0,0*	*0,7*	*76,5*	*14,5*	*7,6*	*0,7*
15	7.736	8.196	*6,3*	*72,4*	*15,0*	*6,3*	*0,0*	*1,1*	*84,1*	*10,5*	*3,2*	*1,1*

Quelle: WIDHALM, DIETRICH (2003).

5.1.2 Essstörungen

Siehe auch: WIKE-Essstörungs-Informationskampagne des Wiener Programms für Frauengesundheit (Kapitel 10); Behandlung und Prävention von Essstörungen durch das Frauengesundheitszentrum FEM (Kapitel 8).

Die unter dem Begriff Essstörungen zusammengefassten Erkrankungen Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) betreffen zum überwiegenden Teil Frauen (90 bis 95 Prozent der Betroffenen sind Frauen), Adipositas (Esssucht) tritt bei Männern häufiger als bei Frauen auf. Während eine Zunahme der Adipositas dokumentiert ist, lässt sich nicht eindeutig belegen, ob auch die Magersucht (Anorexia nervosa) und die Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa) in den vergangenen Jahrzehnten häufiger geworden sind oder ob dieser Eindruck durch die vermehrte öffentliche Aufmerksamkeit geweckt wird. Häufig kritisierte Tatsache ist, dass die Modebranche und viele „Frauenmagazine" das anorektische Körperbild zum Schönheitsideal stilisieren und dieses zur – meist unerreichbaren – Messlatte für das Selbstbild von Mädchen und Frauen wird. Dieses Frauenbild wird von feministischer Seite seit langem hinterfragt, zum Beispiel von der britischen Feministin Susie ORBACH, die in den 1970er Jahren durch ihre Anti-Diät-Bücher international bekannt wurde.[333] Sie warnt vor einer Pathologisierung des weiblichen Essverhaltens und sieht Essstörungen als ein soziales Phänomen, welches sozialer Lösungen bedarf. In der Behandlung und Betreuung von essgestörten Mädchen und Frauen haben sich besonders im vergangenen Jahrzehnt große Fortschritte vollzogen. Viele an Anorexie erkrankte Mädchen wurden noch bis vor kurzem aus Mangel an spezifischen Betreuungsangeboten stationär in der Psychiatrie betreut, bulimische Frauen hatten gar keine Anlaufstelle. Seither sind in Wien, aber auch in den Bundesländern zahl-

[332] KROMEYER-HAUSCHILD et al. (2001).
[333] ORBACH (1978, 1986, 2002).

5.1.3 Bewegung, Sport und Gender Mainstreaming

Häufigkeit von Bewegung und Sport

Mädchen und junge Frauen in Wien machen laut eigenen Angaben gleich viel körperliche Bewegung wie gleichaltrige Männer. Jeweils rund acht Prozent der 16- bis 24-jährigen Wienerinnen und Wiener geben an, sich nicht körperlich zu bewegen. Mädchen und junge Frauen berichten aber, sich deutlich weniger sportlich zu betätigen als Männer: Keinerlei Sport betreiben 43 Prozent der jungen Frauen, aber nur 27 Prozent der gleichaltrigen Männer. WienerInnen mit Migrationshintergrund geben deutlich weniger Aktivitäten im Bereich von Bewegung und Sport an als InländerInnen: 26 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer mit Migrationshintergrund machen keine körperliche Bewegung, 65 Prozent der Frauen und 32 Prozent der Männer betreiben keinen Sport.

Tabelle 5.6: Körperliche Bewegung und sportliche Betätigung bei 16- bis 24-Jährigen in Wien 2001 nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft

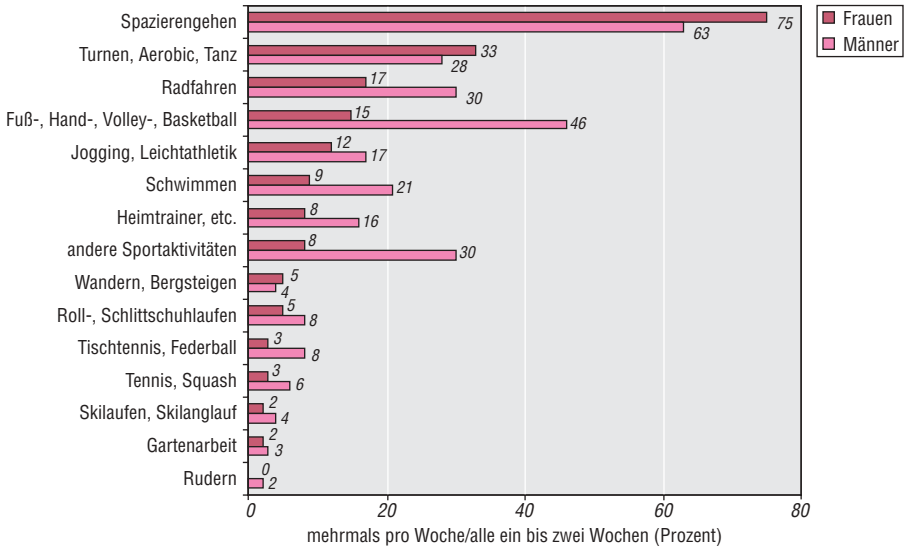
	InländerInnen			MigrantInnen		
	gesamt	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer
	Prozent					
körperliche Bewegung						
keine	8	8	8	23	26	21
wenig bis etwas	18	18	17	19	18	18
viel	74	74	75	59	57	61
sportliche Betätigung						
keine	34	43	27	49	65	32
wenig bis etwas	27	25	29	21	14	28
viel	39	32	44	30	21	40

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, zitiert nach Wiener Jugendgesundheitsbericht, STADT WIEN (2002); S. 190 ff. (Tabelle V–19 und V–22 zusammengefasst).

Ausübung unterschiedlicher Bewegungs- und Sportarten

Junge Frauen in Wien betreiben laut eigener Aussagen nicht nur weniger Sport als gleichaltrige Männer, sie üben auch andere Bewegungs- und Sportarten aus. Nach Spazierengehen, das von Frauen und Männern am häufigsten genannt wurde (75 Prozent der Frauen, 63 Prozent der Männer), folgen bei Frauen Turnen, Aerobic und Tanz an zweiter Stelle (33 Prozent), bei Männern hingegen Ballsportarten (Fußball, Handball, Volleyball, Basketball; 46 Prozent der Männer vs. 15 Prozent der Frauen).

Grafik 5.2: Ausübung unterschiedlicher Sportarten bei 16- bis 24-jährigen in Wien 2001 nach Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, zitiert nach Wiener Jugendgesundheitsbericht, STADT WIEN (2002), S. 189.

Gender Mainstreaming im Sport

Die Rolle von Frauen im Sport wurde im letzten Jahrzehnt im Rahmen des Gender Mainstreaming sowohl in Österreich als auch international vermehrt thematisiert. Frauen betreiben nicht nur weniger Freizeitsport, sie sind auch in Sportvereinen deutlich unterrepräsentiert. Wie in den meisten gesellschaftlichen Bereichen sind Frauen auch im Sport in den Führungsebenen von Vereinen und Verbänden nur marginal vertreten. Besonders im Hochleistungssport gibt es nach wie vor häufig Ungleichbehandlung von Frauen und Männern beim Zugang zu den verschiedenen Sportdisziplinen, bei wirtschaftlichen und sozialen Rechten, der Behandlung in den Medien und bei der Betreuung.

Auf politischer Ebene fanden erstmals zu Beginn der 1990er Jahre Aktivitäten zur Bekämpfung der Diskriminierung von Frauen im Sport statt. Ein internationales Netzwerk von Repräsentantinnen aus 41 Ländern, die „**European Women and Sport Group**“,[337] wurde 1993 konstituiert. Eine gemeinsame Erklärung dieses Netzwerks zur gezielten Frauenförderung im Sport, die Erklärung von Brighton, wurde 1994 von fast 200 Sport- und Regierungsorganisationen verabschiedet. Die European Women and Sport Group hat zwischen 1994 und 2004 sechs internationale Konferenzen zum Thema Frauen und Sport abgehalten, die jeweils in einer Deklaration bzw. konkreten Empfehlungen für weitere Aktionen resultierten (1994: Großbritannien, Brighton Declaration; 1998: Namibia, Windhoek Call for Action; 2000: Finnland, Helsinki Spirit 2000 Recommendations; 2002: Deutschland, Berlin-Memorandum; 2003: Griechenland, Thessaloniki Declaration; 2004: Frankreich, Paris Call for Action).

Die „**7th European Women and Sport Conference**“ hat im März 2006 in der Wiener Hofburg stattgefunden. Die Konferenz wurde von der Österreichischen Bundes-Sportorganisation (BSO)[338] veranstaltet, die in ganz Österreich rund 3,255.000 Mitglieder in 13.530 Vereinen umfasst (Wien: 404.560 Mitglieder in 1.120 Vereinen).[339] Während rund 40 Prozent der Vereinsmitglieder weiblich sind, sind in den leitenden Gremien der BSO Frauen stark unterrepräsentiert. Seit dem Jahr 2002 gibt es jedoch eine ständige Kommission „Frauen im Sport“.

[337] http://www.ews-online.org
[338] http://www.bso.or.at
[339] http://www.bso.or.at/download/1236/Stats%202004.pdf (Stand 1.1.2005).

Das Europäische Parlament hat eine umfassende Darstellung der Thematik Frauen und Sport für den europäischen Raum erstellt und konkrete Handlungsoptionen vorgeschlagen:[340]

- Sport ist ein Freiraum für Mädchen und Frauen aller Altersgruppen, ein Weg zum Erfolg und zur Emanzipation sowie bisweilen ein Mittel des Widerstands gegen soziale und kulturelle Zwänge. Die Teilnahme von Frauen und Mädchen, insbesondere von Migrantinnen, am Sport ist jedoch unterdurchschnittlich.
- Frauen betreiben (trotz Aufhebung der gesetzlichen Verbote für den Zugang von Frauen zu sportlicher Betätigung) immer noch weniger Sport als Männer, verteilen sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Sportarten und sind in den Leitungs- und Entscheidungsgremien des Sports nach wie vor unterrepräsentiert.
- Frauen sind unter den LizenzsportlerInnen und bei offiziellen Wettkämpfen unterrepräsentiert. Auch in den Strukturen des institutionalisierten Sports (Klubs, Vereine) sind Frauen nur in geringem Umfang engagiert und betreiben hauptsächlich informelle Fitness- und Freizeitsportarten.

Im Sport stellt sich die sexuelle Identität dar, Sport ist nach wie vor ein stark geschlechtsspezifisch ausgerichteter und in Klischees verhafteter Bereich, in dem das vorherrschende Frauen- und Männerbild immer wieder reproduziert wird, aber auch überwunden werden kann.

Folgende **Handlungsbereiche des Gender Mainstreaming im Sport** wurden vom Europäischen Parlament genannt: Strukturierung der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen der Frauenförderung im Sport; Entwicklung des Schul- und Freizeitsports; Gewährleistung gleicher Rechte im Hochleistungssport; Gewährleistung der Gesundheit von Athletinnen; verstärkte Beteiligung von Frauen in der Beschlussfassung.

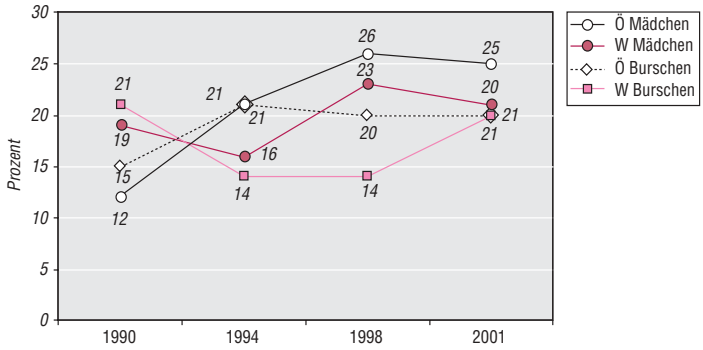
5.1.4 Rauchen bei Jugendlichen

Siehe auch: Rauchen und Passivrauchen (Kapitel 5.3.4).

Zum Rauchverhalten bei Jugendlichen in Wien liegen unterschiedliche Erhebungen vor, die sich jedoch aufgrund verschiedener Befragungszeitpunkte, Unterschiede in der Fragenformulierung bzw. in den Antwortkategorien sowie hinsichtlich des Alters der untersuchten Populationen nicht unmittelbar vergleichen lassen. Laut Ergebnissen des im Jahr 2001 zum vierten Mal durchgeführten WHO-HBSC-Surveys[341] rauchen in Wien von den SchülerInnen im Alter von 15 Jahren 21 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Burschen täglich, im österreichischen Durchschnitt sind es 25 Prozent der gleichaltrigen Mädchen und ebenfalls 20 Prozent der Burschen. Das bedeuet, dass sowohl in Wien als auch in Österreich Mädchen häufiger täglich rauchen als Burschen. Für Wien zeigte sich weiters eine deutliche Steigerung im Vergleich zum Jahr 1994, wo von den befragten 15-jährigen SchülerInnen lediglich 16 Prozent der Mädchen und 14 Prozent der Burschen täglich rauchten. Weitere Ergebnisse sind im Wiener Frauengesundheitsbericht 2004 dargestellt.[342]

340 EUROPÄISCHES PARLAMENT (2003), S. 8 ff.
341 DÜR, MRAVLAG (2002); HBSC = Health Behaviour in School-aged Children (EU-weite Studie der WHO).
342 STADT WIEN (2005).

Grafik 5.3: 15-jährige SchülerInnen, die täglich rauchen, in Wien und Österreich 1990, 1994, 1998, 2001 nach Geschlecht



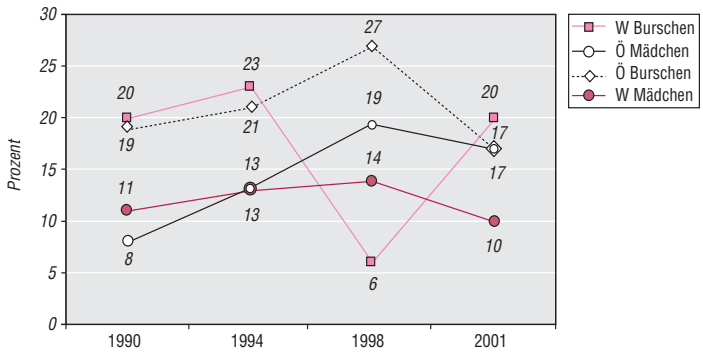
Quelle: WHO-HBSC-Survey 1990, 1994, 1998, 2001; zitiert nach DÜR, MRAVLAG (2002)

5.1.5 Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die unterschiedlichen Befragungsergebnisse zum Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Wien lassen keine eindeutigen Aussagen über das genaue Ausmaß und die Entwicklung im vergangenen Jahrzehnt zu.[343] Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 wurde die durchschnittliche täglich konsumierte Alkoholmenge von 16- bis 24-Jährigen erhoben. Der Wert für Männer war mit 12,8 Gramm Alkohol um rund das Vierfache höher als jener für Frauen (4,0 Gramm Alkohol).[344]

Laut den Ergebnissen des seit 1990 bislang vier Mal durchgeführten WHO-HBSC-Surveys[345] ist in Österreich der Anteil an 15-jährigen Mädchen, die bereits vier Mal oder öfter einen Alkoholrausch gehabt haben von acht Prozent im Jahr 1990 auf 17 Prozent im Jahr 2001 gestiegen. In Wien liegt jedoch der Anteil der Mädchen mit häufigerer Alkoholrausch-Erfahrung deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt und ist – ausgehend von 11 Prozent im Jahr 1990 – nach einem leichten Anstieg in den Jahren 1994 und 1998 im Jahr 2001 wieder auf 10 Prozent gesunken. Burschen in Wien hatten im Jahr 2001 häufiger bereits mehrfache Alkoholrausch-Erfahrung (20 Prozent) als der österreichische Durchschnitt (17 Prozent).

Grafik 5.4: 15-jährige SchülerInnen mit Alkoholrausch-Erfahrung (vier Mal oder öfters) in Wien und Österreich 1990, 1994, 1998, 2001 nach Geschlecht



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1990, 1994, 1998, 2001; zitiert nach EISENBACH-STANGL et al. (2004), S. 39.

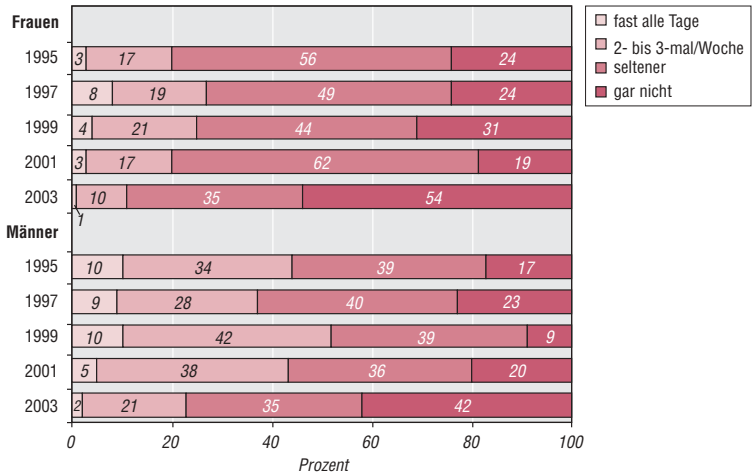
343 Anmerkung: Im Mikrozensus September 1999 (Fragen zur Gesundheit) wurde der Alkoholkonsum für unter 20-Jährige nicht erhoben.

344 Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, zitiert nach STADT WIEN (2003), Lebensstile in Wien, S. 72.

345 DÜR, MRAVLAG (2002); HBSC = Health Behaviour in School-aged Children (EU-weite Studie der WHO).

Laut IFES-Suchtmittel-Monitoring ist der Anteil 15- bis 29-jähriger Frauen, die täglich oder mehrmals pro Woche Alkohol trinken, von 20 Prozent im Jahr 1995 auf 27 Prozent im Jahr 1997 gestiegen, ist seither aber wieder rückläufig und lag im Jahr 2003 bei 11 Prozent. Bei den gleichaltrigen Männern in Wien ist seit dem Jahr 1999 ein Rückgang des Anteils jener, die täglich Alkohol oder mehrmals pro Woche Alkohol konsumieren, zu beobachten (von 44 Prozent im Jahr 1995 auf 23 Prozent im Jahr 2003).[346]

Grafik 5.5: Alkoholkonsum 15- bis 29-Jähriger in Wien 1995 bis 2003 nach Geschlecht



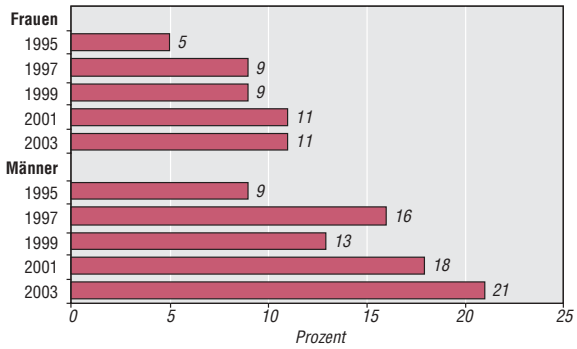
Quelle: Suchtmittel-Monitoring 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 im Auftrag des Fonds Soziales Wien; zitiert nach IFES (2004).

5.1.6 Drogenkonsum

Konsum von Cannabis (Haschisch, Marihuana)

Laut IFES-Suchtmittel-Monitoring 2003[347] haben nach eigenen Angaben deutlich weniger Frauen als Männer im Alter von 15 bis 40 Jahren schon einmal Cannabis (Haschisch, Marihuana) konsumiert (11 Prozent der Frauen vs. 21 Prozent der Männer). Insgesamt gaben im Jahr 2003 16 Prozent, im Jahr 2001 14 Prozent der 15- bis 40-jährigen WienerInnen Konsumerfahrungen an.

Grafik 5.6: Erfahrungen mit Cannabis bei Personen im Alter von 15 bis 40 Jahren in Wien 1995, 1997, 1999, 2002, 2003 nach Geschlecht

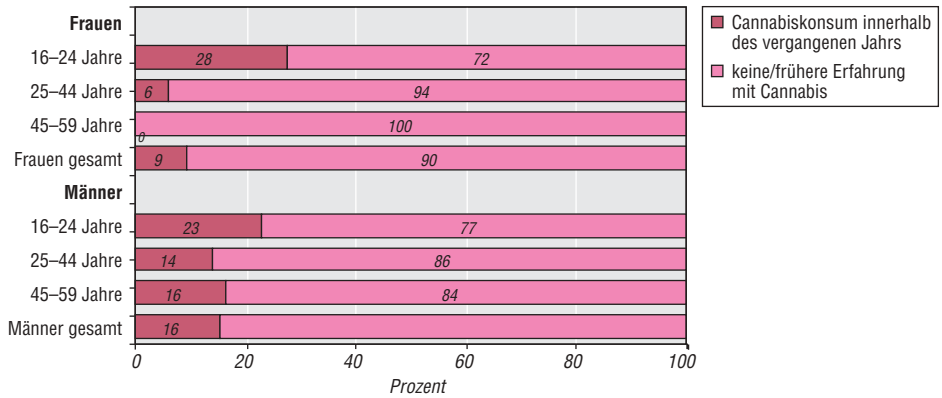


Quelle: Suchtmittel-Monitoring 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 im Auftrag des Fonds Soziales Wien; zitiert nach IFES (2004).

346 IFES (2004).
347 IFES (2004), S. 12 ff.

Der Konsum von Hanfprodukten ist stark altersabhängig: Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 haben von den 16- bis 24-Jährigen 28 Prozent der Frauen und 23 Prozent der Männer innerhalb des vorangegangenen Jahres Cannabis konsumiert, bei den 45- bis 59-Jährigen hat keine Frau, aber 16 Prozent der Männer Cannabiskonsum angegeben. Die Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 weisen einen etwas weniger häufigen Cannabis-Konsum aus als das IFES-Suchtmittel-Monitoring 2003: Demnach haben 9 Prozent der Frauen und 16 Prozent der Männer (alle Altersgruppen zusammengefasst) Erfahrungen mit dieser Substanz (vs. 11 Prozent der Frauen bzw. 21 Prozent der Männer laut IFES-Suchtmittel-Monitoring 2003).

Grafik 5.7: Erfahrungen mit Cannabis bei 16- bis 59-Jährigen in Wien 2001 nach Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 148.

Konsum von Ecstasy, Amphetaminen und Kokain

Jeweils zwei Prozent der Frauen und Männer in Wien haben laut IFES-Suchtmittel-Monitoring 2003[348] Ecstasy bzw. Amphetamine konsumiert. Dieser Anteil blieb im Zeitverlauf, d. h. von 1995 bis 2003, konstant. Der Konsum ist auf die unter 40-Jährigen fokussiert, von denen rund vier bis fünf Prozent diese Drogen zu sich nehmen. Ein leichter Anstieg war 2003 beim Konsum von Kokain festzustellen: Von rund einem Prozent der WienerInnen, die in den vorangegangenen Befragungen laut eigenen Angaben bereits einmal Kokain genommen haben, stieg der Wert auf drei Prozent, wobei die Konsumquoten bei Männern der berufstätigen höheren Bildungsschicht der mittleren Altersgruppe überdurchschnittlich hoch war (ca. fünf bis sieben Prozent).

348 IFES (2004).

5 GESUNDHEIT IN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSPHASEN

5.1 Gesundheitsbezogener Lebensstil von Mädchen und jungen Frauen

Zusammenfassung

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

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

Summary: Health related lifestyles of girls and young women

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

Physical activity, gender mainstreaming in sports
Women are physically less active than men: In the Vienna Health and Social Survey, 43 percent of women but only 27 percent of men said they did not do any sports. Women also prefer different sports than men – gymnastics, aerobic and dancing are more frequent among women, while men prefer ball sports.

5.2 Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen

Zusammenfassung

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

Summary: Sexual and reproductive health of girls and young women

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

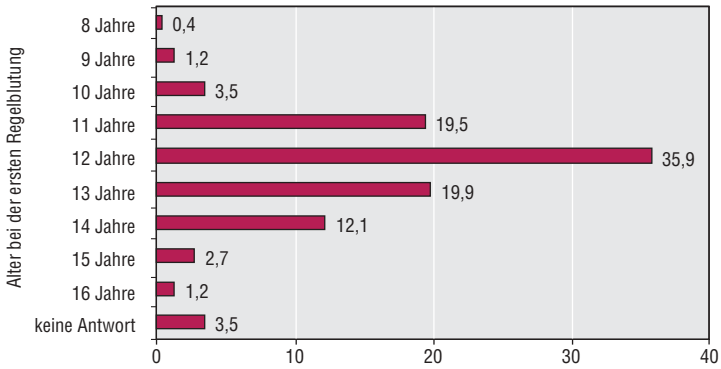
5.2.1 Erste Regelblutung (Menarche)

In keinem anderen Lebensalter unterscheiden sich Gleichaltrige so stark in ihrer gesamten Entwicklung wie im Jugendalter.[349] Über individuelle Entwicklungstendenzen der körperlichen, psychosozialen und sexuellen Reifung hinaus sind auch langfristige Prozesse zu erkennen: In den westlichen Industrieländern hat im vergangenen Jahrhundert eine „säkulare Akzeleration" stattgefunden, dass heißt eine beschleunigte Entwicklung gegenüber vorangegangenen Generationen. Ein Beispiel hierfür ist das Absinken des Alters bei der ersten Menstruation (Menarche) von rund 17 Jahren Mitte des 19. Jahrhunderts auf derzeit rund 11 bis 14 Jahre. Das bedeutet, dass das Alter der ersten Regelblutung pro Jahrzehnt um etwa vier bis fünf Monate gesunken ist. Die Unterschiede im Reifealter zwischen verschiedenen Populationen werden vor allem auf Umweltbedingungen, Ernährungsmuster und auf sanitäre und medizinische Gegebenheiten zurückgeführt: Z. B. liegt in Europa und den USA das Menarchealter zwischen 11,5 und 13,5 Jahren, in Afrika aber zwischen 14 und 17 Jahren.[350]

Eine österreichische Studie aus dem Jahr 2001[351] zeigt, dass mehr als ein Drittel der befragten Mädchen die Menarche im Alter von 12 Jahren erleben, jeweils rund 20 Prozent mit 11 bzw. 13 Jahren. Rund fünf Prozent der Mädchen bekommen mit zehn Jahren oder vorher ihre erste Regel, 16 Prozent mit 14 Jahren oder später.

349 OERTER, MONTADA (2002).
350 TANNER (1962), S. 165.
351 WEIDINGER et al. (2001).

Grafik 5.8: Alter bei der ersten Regelblutung bei Frauen in Österreich 2001



N = 256 Mädchen, Median des Alters der ersten Regelblutung = 12 Jahre.

Quelle: WEIDINGER et al. (2001).

Auch im individuellen Erleben der ersten Regelblutung gibt es große Unterschiede. Laut einer aktuellen Studie[352] erlebt nur ein geringer Teil der Frauen – rund 15 Prozent – die erste Menstruation als ein positives Ereignis, etwas mehr als die Hälfte der Frauen beurteilt sie als neutral und rund 30 Prozent als negativ. In Wien wird die Menstruation von den jungen Frauen häufiger als neutral oder positiv und seltener als negativ erlebt als in den restlichen Bundesländern.

Tabelle 5.7: Subjektives Erleben der ersten Menstruation bei Frauen in Wien und Österreich 2005

War Ihre erste Menstruation ...	Wien		Österreich	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
ein positives Erlebnis	20	*15,6*	72	*13,7*
ein neutrales Erlebnis	73	*57,0*	280	*53,2*
ein negatives Erlebnis	29	*22,7*	155	*29,5*
positiv und negativ	3	*2,3*	8	*1,5*
weiß nicht, keine Antwort	3	*2,4*	11	*2,1*
gesamt	128	*100,0*	526	*100,0*

Quelle: BALDASZTI et al. (2005), S. 142.

5.2.2 Alter und Verhütung beim ersten Geschlechtsverkehr

Zum Thema erster Geschlechtsverkehr liegen in Österreich mehrere sozialwissenschaftliche Studien vor: Der Vergleich von Daten aus den Jahren 1991, 2001 und 2005 läßt keinen einheitlichen Trend erkennen, wobei allerdings auch methodische Gründe eine Rolle spielen können. 1991 gaben 50 Prozent der Mädchen und 43 Prozent der Burschen an, vor dem 16. Lebensjahr zum ersten Mal Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, im Jahr 2001 waren es 61 Prozent der Mädchen und 56 Prozent der Burschen, im Jahr 2005 waren es 45 Prozent der Mädchen und 34 Prozent der Burschen.

[352] BALDASZTI et al. (2005); S. 142.

Tabelle 5.8: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in Österreich 1991, 2001, 2005 nach Geschlecht

Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (Jahre)	1991*		2001**		2005***	
	Mädchen	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen	Burschen
	Prozent					
unter 13	–	–	4	2	–	–
13	4	3	7	10	18	4
14	15	13	25	18	18	4
15	31	27	25	26	9	26
16	33	36	24	23	46	22
17	15	14	8	13	9	41
18	2	6	4	4	0	0
über 18	–	–	2	2	–	–
keine Angabe	–	–	1	2	–	–

*Quellen: * 15- bis 20-Jährige in Österreich 1991; 199 Mädchen und 145 Burschen, Erhebung mittels Fragebogen; NÖSTLINGER, WIMMER-PUCHINGER (1994). **14- bis 18-Jährige in Österreich 2001; 307 Mädchen und 163 Burschen; Erhebung mittels Fragebogen; WEIDINGER et al. (2001). ***15- bis 19-Jährige in Österreich 2005; 33 Mädchen und 38 Burschen; Erhebung im Rahmen einer Telefonbefragung der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren; BALDASZTI et al. (2005).*

Ein großer Teil der Jugendlichen hat beim ersten Geschlechtsverkehr verhütet: Von den 1991 Befragten hatten laut eigenen Angaben 20 Prozent der Mädchen und 22 Prozent der Burschen nicht verhütet, im Jahr 2001 waren es nur 7 Prozent der Mädchen und 11 Prozent der Burschen und im Jahr 2005 jedoch wiederum 17 Prozent der Mädchen und 18 Prozent der Burschen. Dieser uneinheitliche Trend kann jedoch methodische Gründe haben. Häufigstes Verhütungsmittel beim ersten Mal ist sowohl für Mädchen als auch für Burschen das Kondom, gefolgt von der Pille. Die unsichere Methode des Coitus interruptus wird von zwischen vier und sieben Prozent der Jugendlichen angewendet.

Tabelle 5.9: Verhütungsmethode beim ersten Geschlechtsverkehr in Österreich 1991, 2001, 2005 nach Geschlecht

Verhütungsmethode beim ersten Geschlechtsverkehr	1991*		2001**		2005***	
	Mädchen	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen	Burschen
	Prozent					
Kondom	65	65	77	75	50	59
Pille	46	41	17	20	28	15
Coitus interruptus	6	6	4	5	4	7
chemische Verhütungsmittel	2	3	–	–	2	0
Periode beobachten („sichere Tage“)	1	2	–	–	2	1
andere Verhütung	–	–	–	–	1	0
weiß nicht, kann mich nicht erinnern	–	–	–	–	3	3
keine Verhütung	30	22	7	11	17	18

*Quellen: *15- bis 20-Jährige in Österreich 1991; 199 Mädchen und 145 Burschen, Erhebung mittels Fragebogen; NÖSTLINGER, WIMMER-PUCHINGER (1994). **14- bis 18-Jährige in Österreich 2001; 307 Mädchen und 163 Burschen; Erhebung mittels Fragebogen; WEIDINGER et al (2001). ***15- bis 44-Jährige in Österreich 2005; 230 Frauen und 256 Männer; Erhebung im Rahmen einer Telefonbefragung der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren; BALDASZTI et a. (2005).*

5.2.3 Teenagerschwangerschaften, Teenagermütter

Während international – vor allem in den USA und England – in den vergangenen Jahren ein Anstieg der Zahl der Teenagerschwangerschaften berichtet wird, sind in Österreich seit Anfang der 1990er Jahre die Geburtenraten bei Frauen unter zwanzig Jahren deutlich zurückgegangen. Österreich liegt damit im internationalen Vergleich im Mittelfeld. Über mögliche zeitliche Veränderungen in der Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen bei unter 20-Jährigen können in Österreich keine zuverlässigen Angaben gemacht werden, da es keine systematische Dokumentation oder statistische Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen gibt. Der Rückgang der Teenagerschwangerschaften ist zum Teil durch den allgemeinen Trend der Verschiebung des Zeitpunktes der Geburt des ersten Kindes zu einem biographisch späteren Zeitpunkt zu erklären. In Österreich ist die Zahl der Geburten bei 15- bis 19-Jährigen zwischen 1994 und 2004 von 18,9 auf 13,7 Lebendgeburten pro 1.000 15- bis 19-jähriger Frauen gesunken. In Wien, wo die Geburtenrate bei 15- bis 19-jährigen Müttern etwas über dem Österreich-Schnitt liegt, sank diese im Zeitraum 1994 bis 2004 von 25,2 auf 22,3 pro 1.000 15- bis 19-jähriger Frauen.

In Österreich gibt es keine aktuellen Studien zu Ursachen, Folgen und psychosozialen Aspekten von Teenagerschwangerschaften. Ein Teil der Teenagerschwangerschaften sind ungewollte Schwangerschaften als Folge einer unsicheren bzw. unregelmäßigen Verhütungspraxis, die aus Wissensdefiziten oder Mangel an Handlungskompetenz resultieren. Aber mangelndes Wissen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ist nicht der einzige Grund für Schwangerschaften bei jungen Mädchen: Beobachtungen aus der Beratungspraxis lassen den Schluss zu, dass sich junge Frauen mit höherer Bildung und beruflicher Perspektive eher zu einem Schwangerschaftsabbruch entscheiden als Mädchen mit eingeschränkten Berufs- und Zukunftsoptionen.[353] Präventive Ansätze müssen daher über sexualpädagogische Maßnahmen hinaus strukturelle Bedingungen der Ausbildungs- und Berufssituation von Mädchen und jungen Frauen berücksichtigen.

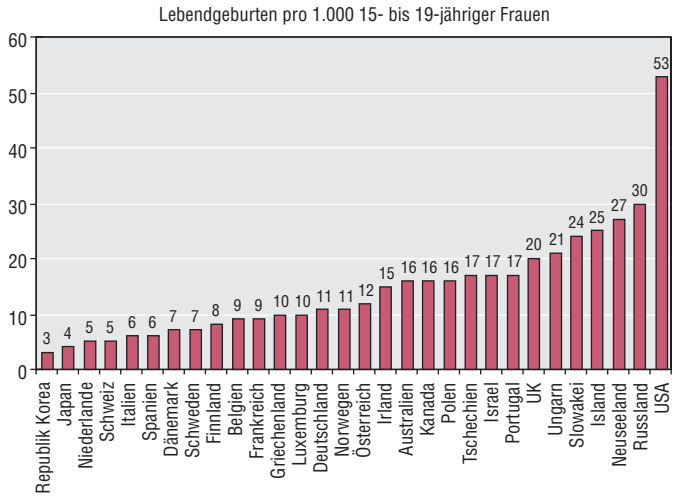
Tabelle 5.10: Lebendgeburten bei 12- bis 14-jährigen und 15- bis 19-jährigen Müttern in Österreich und Wien 1994 bis 2004

Jahr	Lebendgeburten gesamt		Lebendgeburten bei Müttern unter 15 Jahren				Lebendgeburten bei 15- bis 19-jährigen Müttern					
	absolut		absolut		Prozent aller Lebendgeburten		absolut		Prozent aller Lebendgeburten		Lebendgeburten pro 1.000 15- bis 19-jähriger Frauen	
	Österreich	Wien	Österreich	Wien	Österreich	Wien	Österreich	Wien	Österreich	Wien	Österreich	Wien
1994	92.415	17.064	21	9	*0,022*	*0,053*	4.271	887	*4,6*	*5,2*	18,9	25,2
1995	88.669	16.261	18	13	*0,020*	*0,080*	3.876	853	*4,4*	*5,2*	17,4	24,0
1996	88.809	16.242	11	7	*0,012*	*0,043*	3.496	782	*3,9*	*4,8*	15,6	21,9
1997	84.045	15.505	14	6	*0,017*	*0,039*	3.353	737	*4,0*	*4,8*	14,7	20,4
1998	81.233	15.235	14	8	*0,017*	*0,053*	3.261	759	*4,0*	*5,0*	14,0	20,8
1999	78.138	15.157	11	6	*0,014*	*0,040*	3.094	727	*4,0*	*4,8*	13,1	19,7
2000	78.268	15.547	6	3	*0,008*	*0,019*	3.261	822	*4,2*	*5,3*	13,7	22,1
2001	75.458	15.167	9	2	*0,012*	*0,013*	3.245	789	*4,3*	*5,2*	13,7	21,2
2002	78.399	16.428	12	5	*0,015*	*0,030*	3.244	847	*4,1*	*5,2*	13,8	22,5
2003	76.944	16.486	16	9	*0,021*	*0,055*	3.090	797	*4,0*	*4,8*	13,2	20,5
2004	78.968	16.856	17	8	*0,022*	*0,045*	3.234	887	*4,1*	*5,3*	13,7	22,2

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005), S. 35.

[353] BZgA (2005), S. 3.

Grafik 5.9: Lebendgeburten bei 15- bis 19-jährigen Müttern in industrialisierten Ländern 2003



Quelle: UNFPA (2003), The State of World Population 2003; zitiert nach SAVE THE CHILDREN (2004), S. 18.

Einrichtungen wie das **Haus L.E.N.A** (Beratungs- und Betreuungszentrum für Schwangerschaft, Geburt und Elternalltag) mit dem **Projekt Babydoll** am Krankenhaus Göttlicher Heiland[354] bieten kostenlos – und auf Wunsch auch anonym – medizinische und psychologische Betreuung für schwangere Jugendliche und jugendliche Mütter an. Seit Jänner 2003 begleitet ein Team aus Hebammen, MedizinerInnen, PsychotherapeutInnen, PädagogInnen, und SozialarbeiterInnen Mädchen zwischen 12 und 19 Jahren während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie im ersten Jahr mit dem Baby. Die Betreuung der Mädchen umfasst auch die Unterstützung bei Problemen mit dem Partner, den Eltern, der Schule oder dem/der ArbeitgeberIn. Auch Präventionsprogramme gegen Teenagerschwangerschaften wurden entwickelt.

354 http://www.babydoll.at

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

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

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

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

Ausführliche Analysen des gesundheitsbezogenen Lebensstils von Frauen und Männern in Wien sind im Bericht „Lebensstile in Wien" zu finden.[355]

5.3.1 Ernährung

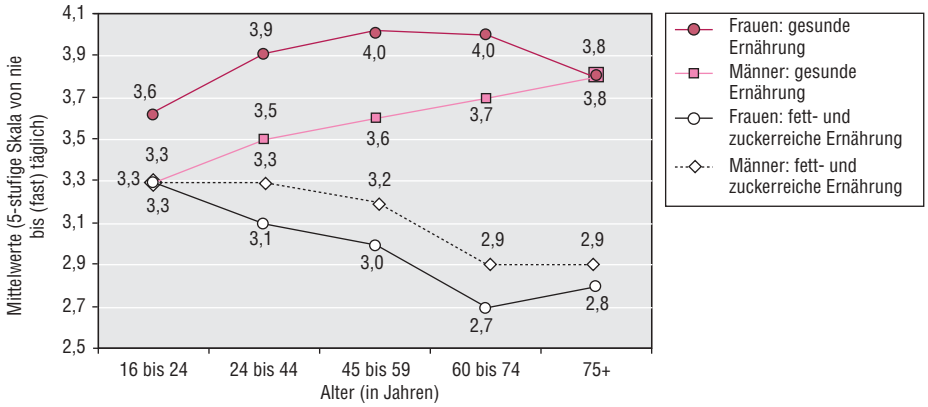
Siehe auch: Abschnitt „Ernährung, Körpergewicht und Adiposits" (Kapitel 5.1.1).

Es wird weitgehend als Tatsache angenommen, dass sich Frauen gesünder ernähren als Männer. Wissenschaftliche Evidenz dafür gibt es in Österreich, aber auch international, kaum. Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey[356] wurden Nahrungsmittel-Konsumgewohnheiten von Frauen und Männern in Wien erhoben und bei der statistischen Auswertung ein Indikator für „gesunde Ernährung" gebildet, der häufigen Konsum von Fisch, gekochtem Gemüse, Rohkost, Salat, rohem Gemüse, frischem Obst und Vollkornbrot umfasst. Der Indikator für „fett- und zuckerreiche Ernährung" beinhaltet den häufigen Konsum von Wurstwaren, Fleisch, Mehlspeisen, Kuchen, Kekse, sonstige Süßwa-

355 STADT WIEN (2003), Lebensstile in Wien.
356 Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, zitiert nach STADT WIEN (2003), Lebensstile in Wien, S. 122.

ren und Eier. Über alle Altersklassen hinweg konsumieren Frauen häufiger gesunde Nahrungsmittel als Männer (mit der Einschränkung, dass die Werte von Frauen und Männern für die Altersgruppe von 75 Jahren ähnlich sind). Korrespondierend dazu ist bei Frauen fett- und zuckerreiche Ernährung seltener als bei Männern, und zwar in allen Altersgruppen. Generell nimmt die Häufigkeit gesunder Ernährung bei Frauen und Männern mit dem Alter zu, der Konsum von fett- und zuckerreicher Ernährung ab.

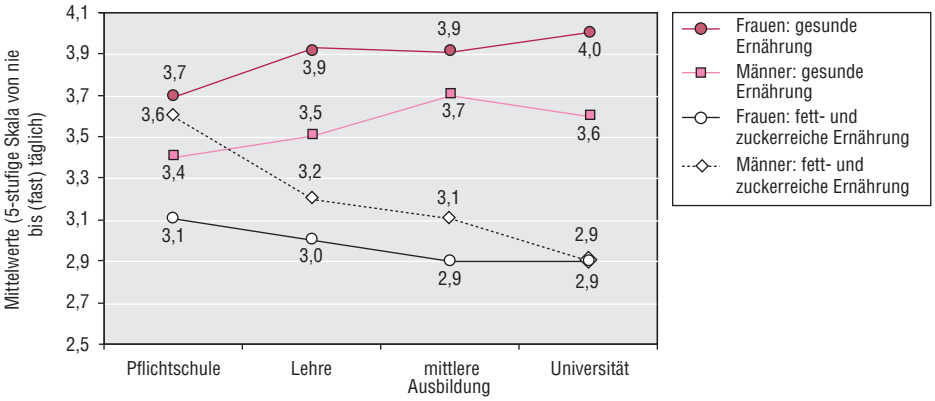
Grafik 5.10: Gesunde Ernährung, fett- und zuckerreiche Ernährung in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, zitiert nach STADT WIEN (2003), S. 122.

Ein Einfluss der Schulbildung auf die Häufigkeit des Konsums gesunder oder weniger gesunder Nahrungsmittel ist deutlich zu erkennen, ist jedoch bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich die Tendenz, dass mit zunehmender Bildung ein gesunder Ernährungsstil häufiger und eine ungesunde Ernährungsweise seltener ist. Besonders groß ist die Differenz zwischen Männern mit Pflichtschulbildung und mit Universitätsabschluss beim Konsum fett- und zuckerreicher Ernährung, wobei Universitätsabsolventen einen solchen Ernährungsstil deutlich seltener angeben.

Grafik 5.11: Gesunde Ernährung, fett- und zuckerreiche Ernährung in Wien 2001 nach Schulbildung



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, zitiert nach STADT WIEN (2003), S. 123.

5.3.2 Körpergewicht und Adipositas

Mehrere Erhebungen liefern Hinweise zur epidemiologischen Verbreitung der Adipositas bei Erwachsenen in Wien. Laut Mikrozensus September 1999[357] sind in Wien 68,5 Prozent der Frauen, aber nur 34,2 Prozent der Männer normalgewichtig. 19,7 Prozent der Frauen sind übergewichtig und 6,7 Prozent adipös, dagegen sind bei den Männern 57,4 Prozent übergewichtig und 8,2 Prozent adipös. Frauen sind häufiger untergewichtig (3,2 Prozent) als Männer (0,2 Prozent). Wiener Frauen und Männer unterscheiden sich in der Verteilung des Body Mass Index (BMI)[358] nur geringfügig von jenen im gesamten Bundesgebiet, wobei jedoch eine Tendenz zu erkennen ist, dass Frauen in Wien etwas seltener übergewichtig und adipös sind als dies im österreichischen Durchschnitt der Fall ist.

Tabelle 5.11: Body Mass Index (BMI) bei Personen ab 20 Jahren in Wien und Österreich 1999 nach Geschlecht

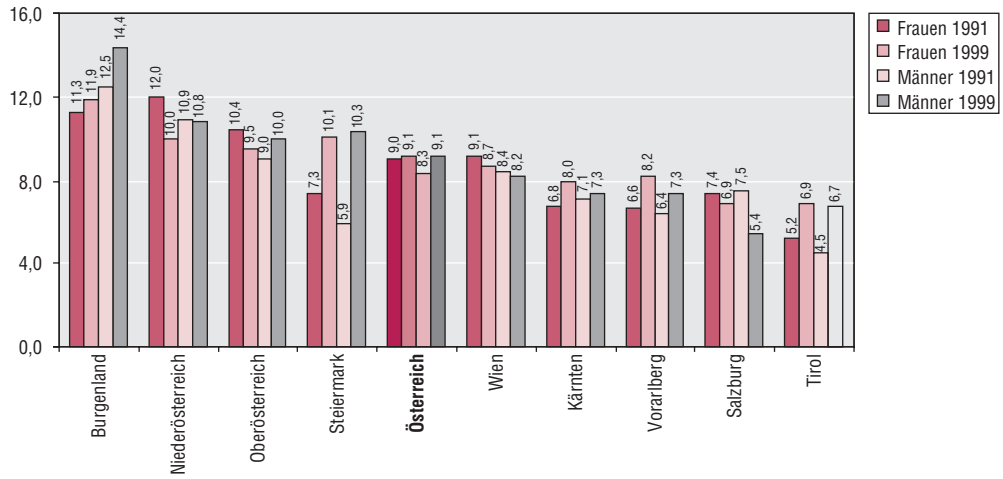
Body Mass Index (BMI) laut WHO-Definition	Wien			Österreich		
	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
	Prozent					
Untergewicht (BMI unter 18)	*3,2*	*0,2*	*1,8*	*3,3*	*0,9*	*2,2*
Normalgewicht (BMI 18,5 bis unter 25,0)	*68,5*	*34,2*	*52,5*	*66,3*	*35,7*	*51,7*
Übergewicht (BMI 25,0 bis unter 30,0)	*19,7*	*57,4*	*37,2*	*21,3*	*54,3*	*37,0*
Adipositas (BMI über 30)*	*8,7*	*8,2*	*8,5*	*9,1*	*9,1*	*9,1*

* Die WHO-Definition unterscheidet weiteres zwischen Adipositas Grad I (BMI 30,0 bis unter 35,0), Adipositas Grad II (BMI 35,0 bis unter 40,0) und extremer Adipositas Grad III (BMI über 40), dies wurde in der vorliegenden Datenquelle nicht berücksichtigt.

Quelle: Mikrozensus September 1999, zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2002); S. 75 ff.

Der Anteil adipöser Frauen und Männer liegt in Wien im **Bundesländervergleich** in den Mikrozensus-Erhebungen der Jahre 1991 und 1999 im Mittelfeld. Hohe Anteile an adipösen Frauen und Männern finden sich in Burgenland und in Niederösterreich, niedrige in Tirol, Salzburg und Vorarlberg.

Grafik 5.12: Adipositas (BMI 30 und darüber) bei Personen ab 20 Jahren 1991 und 1999 nach Geschlecht und Bundesländern



Quelle: Mikrozensus Dezember 1991, zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (1996); Mikrozensus September 1999, zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2002), S. 75 ff.

357 STATISITK AUSTRIA (2002).

358 Berechnung des Body Mass Index: Körpergewicht in kg dividiert durch Körpergröße zum Quadrat.

Die Häufigkeit des Auftretens von Übergewicht und Adipositas hängt bei beiden Geschlechtern vom **Lebensalter** ab: 20- bis 29-Jährige sind am wenigsten häufig, 60- bis 74-Jährige am häufigsten davon betroffen. Bei Frauen sind von den 20- bis 29-jährigen 6,6 Prozent und von den 60- bis 74-jährigen 31,6 Prozent übergewichtig oder adipös, bei Männern 8,6 Prozent der 20- bis 29-Jährigen und 31,4 Prozent der 60- bis 74-Jährigen.

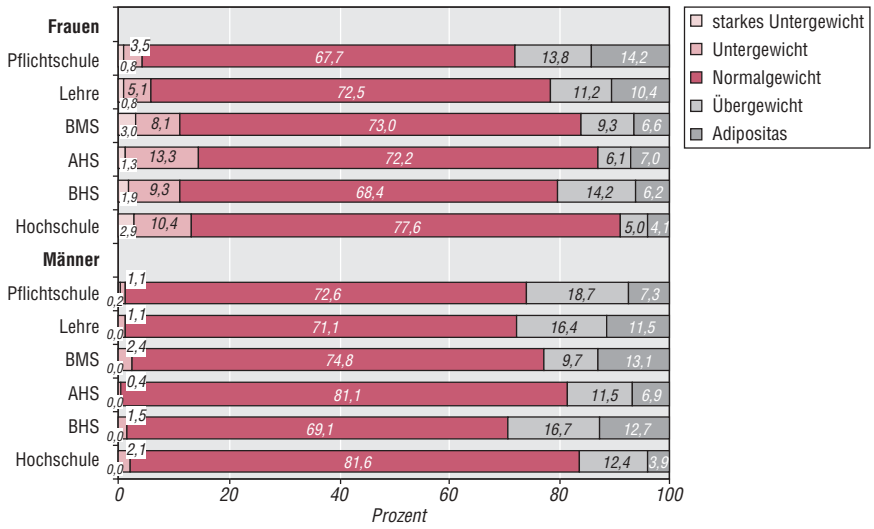
Tabelle 5.12: Body Mass Index (BMI) bei Personen ab 20 Jahren in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Body Mass Index (BMI) laut früherer Definition				
	unter 18	18 bis unter 20	20 bis unter 27	27 bis unter 30	über 30
	starkes Untergewicht	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	starkes Übergewicht (Adipositas)
	Prozent				
Frauen					
20 bis 29	*4,1*	*14,5*	*74,8*	*3,2*	*3,4*
30 bis 44	*2,1*	*12,4*	*73,1*	*6,9*	*5,4*
45 bis 59	*1,1*	*3,9*	*71,5*	*11,3*	*12,2*
60 bis 74	*1,0*	*3,0*	*64,5*	*16,6*	*15,0*
75+	*1,2*	*3,2*	*75,8*	*11,7*	*8,1*
gesamt	*1,9*	*8,0*	*71,9*	*9,6*	*8,7*
Männer					
20 bis 29	*0,3*	*3,7*	*87,5*	*5,6*	*3,0*
30 bis 44	*0,0*	*1,7*	*79,7*	*11,6*	*7,0*
45 bis 59	*0,0*	*1,1*	*68,4*	*18,8*	*11,7*
60 bis 74	*0,3*	*0,3*	*68,1*	*18,8*	*12,6*
75+	*0,5*	*1,8*	*81,3*	*12,0*	*4,4*
gesamt	*0,1*	*1,7*	*76,4*	*13,6*	*8,2*

Quelle: Mikrozensus September 1999; zitiert nach STADT WIEN (2003); S. 54.

Ein Vergleich des Body Mass Index von Frauen und Männern mit **unterschiedlicher Schulbildung** zeigt vor allem bei Frauen, dass in den höheren Bildungsgruppen der Anteil adipöser Frauen ab-, jener untergewichtiger Frauen jedoch zunimmt. Bei den Männern ist dies nicht so durchgängig zu beobachten.

Grafik 5.13: Body Mass Index bei Personen über 20 Jahren in Wien 1999 nach Schulbildung und Geschlecht



Quelle: Mikrozensus September 1999; zitiert nach STADT WIEN (2002); S. 72.

5.3.3 Bewegung und Sport

Siehe auch: Abschnitt „Bewegung, Sport und Gender Mainstreaming" (Kapitel 5.1.3).

In Wien betreiben Mädchen und Frauen unter 25 Jahren am seltensten täglichen Sport, während bei Männern gerade in dieser Altersgruppe die tägliche Sportausübung am häufigsten ist. Während ab dem 25. bis zum 75. Lebensjahr der Anteil der Frauen und Männer, die täglich Sport betreiben, relativ konstant bleibt und auch der Geschlechtsunterschied gering ist, nimmt der Anteil an Frauen und Männern, die niemals Sport betreiben, kontinuierlich zu. Frauen aller Altersgruppen geben deutlich häufiger als Männer an, keinen Sport zu betreiben.

Tabelle 5.13: Körperliche Bewegung bei Personen ab 16 Jahren in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen?					
	täglich oder fast täglich	mehrmals in der Woche	etwa einmal pro Monat	zwei- bis dreimal im Monat	einmal im Monat oder seltener	nie
	Prozent					
Frauen						
16 bis 24	9,1	24,3	31,2	13,3	12,7	9,4
25 bis 44	16,2	28,2	18,3	8,5	11,5	17,3
45 bis 59	14,4	25,3	22,2	7,5	11,8	18,8
60 bis 74	14,0	19,2	13,9	9,1	11,4	32,4
75+	1,9	10,2	5,9	2,1	16,7	63,3
gesamt	13,2	23,8	18,6	8,1	12,3	24,0
Männer						
16 bis 24	25,3	36,5	18,2	6,9	9,4	3,7
25 bis 44	17,2	32,2	22,6	8,0	10,7	9,3
45 bis 59	19,1	32,6	13,7	10,3	9,9	14,5
60 bis 74	18,1	20,9	17,0	9,0	11,2	23,7
75+	7,6	6,4	15,7	2,6	17,1	50,6
gesamt	18,2	29,4	18,6	8,2	10,8	14,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001); S. 136.

5.3.4 Rauchen und Passivrauchen

Siehe auch: Rauchen bei Jugendlichen (Kapitel 5.1.4).

Nikotinabhängigkeit gilt in den internationalen Klassifikationssystemen für Erkrankungen als psychische Störung.[359] Das starke Suchtpotenzial von Nikotin wird besonders durch die geringen Erfolgsraten von Raucher-Entwöhnungstherapien deutlich. Laut Mikrozensus 1997 gab es in Österreich rund 2,3 Millionen RaucherInnen, davon waren rund ein Drittel, also 800.000 stark nikotinabhängig. Rund 14.000 ÖsterreicherInnen sterben jährlich an den Folgen des Tabakkonsums, das sind 38 Personen täglich. Seit den 1970er Jahren nimmt der Anteil der Raucher bei Männern ab, der Anteil der Raucherinnen bei den Frauen aber zu, wobei jedoch Frauen noch immer weniger häufig rauchen als Männer. Generell ist in Wien die Zahl der RaucherInnen höher als in den Bundesländern.

Datenlage zum Rauchverhalten in Wien

Für Wien liegen mehrere Erhebungen zum Rauchverhalten der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (bzw. ab 16 Jahren) vor:

- Der Mikrozensus Dezember 1997 (Rauchgewohnheiten)[360] gibt einen Anteil der Raucherinnen in der Wiener Wohnbevölkerung ab 16 Jahren von **29,2 Prozent** an (Männer: 40,6 Prozent).
- Laut Mikrozensus September 1999 (Fragen zur Gesundheit)[361] beträgt der Anteil der rauchenden Frauen im Alter ab 15 Jahren **40,2 Prozent** (Männer: 56,0 Prozent).
- Der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001[362] hat festgestellt, dass bei Frauen ab 16 Jahren **33,9 Prozent** rauchen (Männer: 43,6 Prozent).
- Entsprechend dem IFES-Suchtmittel-Monitoring 2003[363] rauchen **27 Prozent** der Frauen ab 15 Jahren regelmäßig/täglich (Männer: 37 Prozent).

Der Unterschied zwischen den Datenquellen hinsichtlich der Angaben zum Anteil der regelmäßig/täglich rauchenden Frauen beträgt somit mehr als 10 Prozent.

Die letzte repräsentative österreichweite Befragung zum Rauchverhalten war im Jahr 1997, eine aktuelle Befragung wäre aufgrund der Aktualität des Themas dringend erforderlich.

Altersabhängigkeit des Rauchverhaltens

Die Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen sind bei Frauen und Männern ähnlich. Im Alter von 16 bis 24 Jahren rauchen laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 mehr als die Hälfte der Frauen und Männer regelmäßig/täglich, dieser Anteil reduziert sich für die Altersgruppe von 25 bis 59 Jahren auf etwas über 30 Prozent der Frauen und über 40 Prozent der Männer, ab 60 Jahren liegt der Anteil der regelmäßigen/täglichen RaucherInnen sowohl bei Frauen als auch bei Männern bei rund 20 Prozent, bei den ab 75-Jährigen unter zehn Prozent.

[359] ICD-10 Code F17, Gruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/Tabak. ICD-10 = International Classification of Diseases der WHO, Version 10, die seit 1994 verwendet wird; http://icd.web.med.uni-muenchen.de/ALL/F10-F19.html

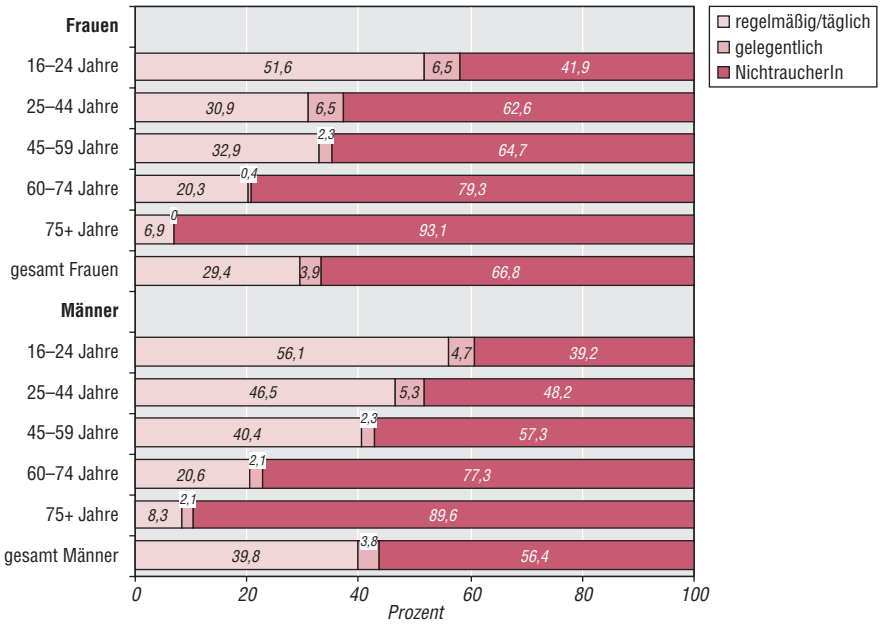
[360] STATISTIK AUSTRIA (2002), S. 89.

[361] STADT WIEN (2002), S. 51.

[362] STADT WIEN (2001), S. 145.

[363] IFES – INSTITUT FÜR EMPIRISCHE SOZIALFORSCHUNG (2004).

Grafik 5.14: RaucherInnestatus bei Personen ab 15 Jahren in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

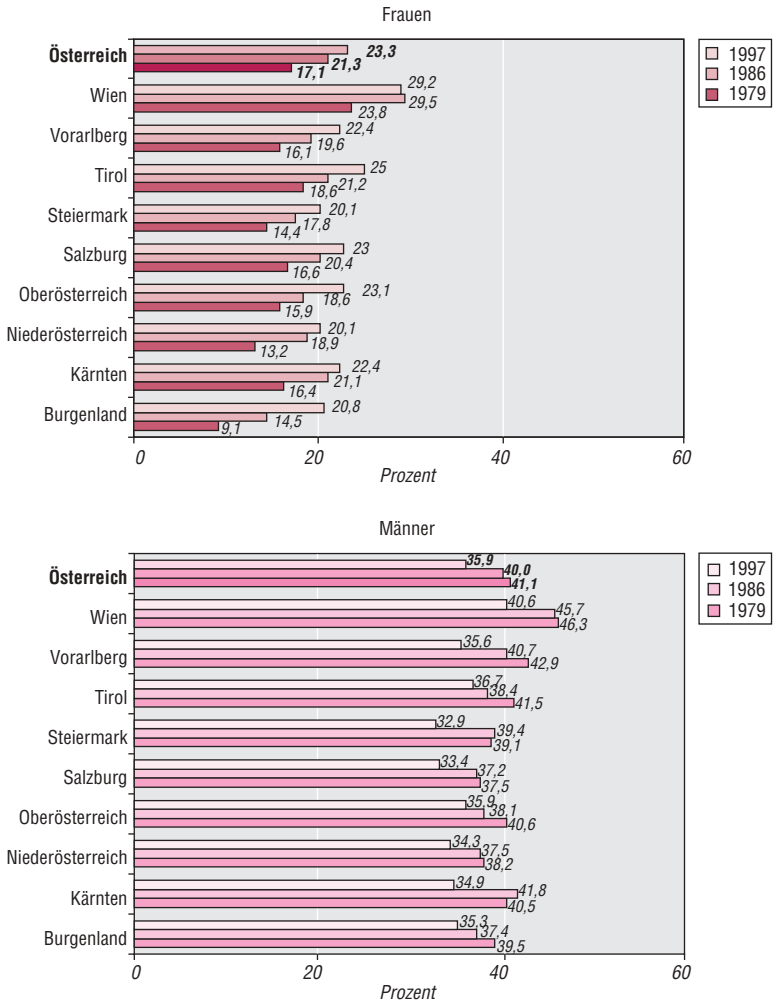


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurve 2001; zitiert nach STADT WIEN (2003), Lebensstile in Wien, S. 79–80.

Bundesländervergleich der Rauchgewohnheiten

Im Bundesländervergleich der Rauchgewohnheiten anhand der von Statistik Austria zu den Erhebungszeitpunkten 1979, 1986 und 1997 erhobenen Mikrozensus-Daten weist Wien sowohl bei Frauen als auch bei Männern die höchsten RaucherInnenquoten auf. Im Jahr 1997 haben in Wien 29,2 Prozent der Frauen und 40,6 Prozent der Männer täglich geraucht. Hingegen haben im Burgenland, dem Land mit den niedrigsten RaucherInnenquoten in Österreich, im selben Zeitraum nur 20,8 Prozent der Frauen und 35,3 Prozent der Männer geraucht. Ein Vergleich der drei Erhebungszeitpunkte 1979, 1986 und 1997 zeigt deutlich für alle Bundesländer eine Zunahme des Raucherinnenanteils bei den Frauen und einen Rückgang des Raucheranteils bei den Männern.

Grafik 5.15: Anteil der RaucherInnen in der österreichischen Bevölkerung 1979, 1986, 1997 nach Bundesländern und Geschlecht



Quelle: Mikrozensus Dezember 1997; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2002), Rauchgewohnheiten.

Soziale Determinanten des Rauchverhaltens

Sozioökonomische Faktoren, wie z. B. Bildung, Berufsausübung, Einkommen und berufliche Position, können den gesundheitsbezogenen Lebensstil und das Verhalten, im Besondern Rauchen und Alkoholkonsum, beeinflussen. Bei Frauen und Männern mit **Pflichtschule** als höchster abgeschlossener Schulbildung sind RaucherInnen – besonders im Vergleich zu UniversitätsabsolventInnen – häufig: 32,1 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss, aber nur 15,8 Prozent der Frauen mit Universitätsabschluss rauchen regelmäßig; bei Männern beträgt diese Relation 39,0 zu 23,1 Prozent. Auch die unterschiedlichen Typen von **Wohnbezirken** zugeordnete soziale Schicht (so genannte „ArbeiterInnenbezirke", „Nobelbezirke") schlägt sich im Rauchverhalten nieder: In ArbeiterInnenbezirken wird unabhängig vom Geschlecht mehr geraucht, der Unterschied zur Rauchfrequenz in Nobelbezirken beträgt bei Frauen rund 7, bei Männern rund 9 Prozentpunkte. Überdurchschnittlich hohe RaucherInnenquoten finden sich bei **arbeitslosen Frauen und Männern**.[364] Eine detaillierte Analyse der Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und

[364] STADT WIEN (2002), S. 74; siehe auch Abschnitt „Arbeitslosigkeit und Gesundheit" (Kapitel 5.7.3).

Sozialsurvey 2001 hinsichtlich der sozio-ökonomischen Determinanten des Rauchverhaltens[365] ergab unter Einbeziehung von Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus und Schulbildung, dass bei Frauen vor allem die Schulbildung, bei Männern eher der Faktor Arbeitslosigkeit einen signifikanten Einfluss auf das Rauchverhalten hat: Frauen mit Universitätsabschluss rauchen signifikant seltener als alle anderen Gruppen, bei arbeitslosen Männern ist die Wahrscheinlichkeit des Rauchens um das 1,5-fache höher als bei berufstätigen Männern.

Tabelle 5.14: RaucherInnenstatus bei Personen ab 16 Jahre in Wien 2001 nach Schulbildung, Art des Wohnbezirks und Geschlecht

	Frauen			Männer		
	täglich	nicht täglich	NichtraucherIn	täglich	nicht täglich	NichtraucherIn
	Prozent					
gesamt	*29,4*	*3,9*	*66,8*	*39,8*	*3,8*	*56,4*
Schulbildung						
Pflichtschule	*32,1*	*2,9*	*65,0*	*58,1*	*2,9*	*39,0*
Lehre	*31,8*	*2,6*	*65,6*	*40,5*	*2,4*	*57,0*
mittlere Ausbildung	*29,3*	*4,5*	*66,2*	*34,2*	*5,2*	*60,6*
Universität	*15,8*	*7,7*	*76,6*	*23,1*	*6,1*	*70,8*
Art des Wohnbezirks						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	*31,3*	*4,3*	*64,4*	*42,4*	*5,2*	*52,3*
ArbeiterInnenbezirk	*30,8*	*2,8*	*66,4*	*38,9*	*2,6*	*58,5*
Mischbezirk	*27,5*	*4,9*	*67,6*	*39,9*	*3,5*	*56,6*
Nobelbezirk	*24,3*	*3,5*	*72,3*	*33,6*	*6,1*	*60,4*

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; STADT WIEN (2004), S. 145 ff.

Rauchen und sexuelle/reproduktive Gesundheit

Die Auswirkungen des Rauchens auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen und Männern sind massiv und reichen von einer Risikosteigerung für koronare Herzerkrankungen und Schlaganfall im Zusammenhang mit Kontrazeptiva, über Menstruationsstörungen bis zu primärer und sekundärer Infertilität, Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt sowie zu einer Erhöhung des Risikos für Zervixkrebs. Bei Männern können sexuelle Impotenz und eine Beeinträchtigung der Spermien Folgen des Rauchens sein. Passivrauchen hat vor allem für Kinder erwiesene gesundheitliche Folgen. Die British Medical Association (BMA) hat im Jahr 2004 die internationalen wissenschaftlichen Befunde zu Effekten des Rauchens auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit und auf die Gesundheit von Kindern zusammengestellt und hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Evidenz bewertet.[366] Nachfolgend eine Übersicht über die Ergebnisse.

365 BACHINGER (2004), S. 76, S. 272 f.

366 BMA (2004).

Tabelle 5.15: Effekte des Rauchens auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen und Männern und auf die Gesundheit von Kindern

nachgewiesene Effekte des Rauchens und Passivrauchens		Evidenz-Stufe
RAUCHEN		
Frauen		
sexuelle Gesundheit	• erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankungen bei Einnahme von Kombinationspräparaten zur oralen Kontrazeption	1
	• erhöhtes Risiko für Schlaganfall bei Einnahme von Kombinationspräparaten zur oralen Kontrazeption	1
	• erhöhtes Risiko von Kontrazeptionsversagen bei Einnahme von Kombinationspräparaten zur oralen Kontrazeption	3
	• Menstruationsbeschwerden	3
	• Aussetzen der Menstruation	3
	• unregelmäßige Menstruationsperioden	3
Fruchtbarkeit	• Verzögerung der Konzeption (Eintritt einer Schwangerschaft)	1
	• primäre Infertilität	1
	• sekundäre Infertilität	1
	• verminderte Reaktion auf Fertilitätsbehandlung	2
reproduktive Gesundheit	• frühere Menopause	1
	• präkanzeröse Veränderungen der Cervix (auffällige Cervix-Abstriche)	1
	• invasiver Cervixkrebs (Risiko bei Raucherinnen um das Dreifache erhöht)	1
	• Vermännlichung der Köperformen bei Frauen	2
	• mehr menopausale Symptome	3
	• mehr ernste menopausale Symptome	3
Schwangerschaft	• Komplikationen der Plazenta	1
	• vorzeitiger Blasensprung	1
	• Frühgeburt	1
	• niedriges Geburtsgewicht des Babys (Risiko bei Raucherinnen um das Dreifache erhöht)	1
	• perinatale Sterblichkeit (Risiko einer Totgeburt und Risiko für den Tod des Babys in der vierten Woche jeweils um 40 Prozent erhöht)	1
	• ektopische Schwangerschaft (außerhalb des Uterus)	2
	• Fehlgeburt (Risiko bei Raucherinnen um 25 Prozent erhöht)	2
	• fötale Missbildungen	2
Stillen	• weniger häufiges Stillen	2
	• kürzere Stilldauer	2
Männer		
sexuelle Gesundheit	• sexuelle Impotenz (Risiko bei Rauchern um 50 Prozent erhöht)	2
Fruchtbarkeit	• Schädigung der Spermien	1
	• reduzierte Qualität der Spermien	2
	• verminderte Reaktion auf Fertilitätsbehandlung	2
PASSIVRAUCHEN		
schwangere Frauen	• reduziertes Wachstum des Fötus, niederes Geburtsgewicht des Babys (Risiko bei Passivrauchen der Mutter um 20 Prozent erhöht)	2
	• Frühgeburt	
Kinder	• plötzlicher Kindstod (Risiko bei Passivrauchen des Kindes um das 2,13-fache erhöht)	1
	• Erkrankung des Mittelohrs (Risiko bei Passivrauchen des Kindes um 48 Prozent erhöht)	1
	• Atemwegserkrankungen	1
	• Asthma bei vorher gesunden Kindern (Risiko bei Passivrauchen des Kindes um 37 Prozent erhöht)	1
	• Asthmaanfälle bei bereits erkrankten Kindern	1
	• Verhaltensstörungen	2
	• Beeinträchtigung von Wachstum und Entwicklung	2
Männer	• sexuelle Impotenz	3

Legende: 1 = conclusive evidence (sicher bewiesen); 2 = substantial evidence (sehr wahrscheinlich); 3 = suggestive evidence (wahrscheinlich).

Quelle: BMA (2004).

5.3.4 Rauchen und Passivrauchen

Siehe auch: Rauchen bei Jugendlichen (Kapitel 5.1.4).

Nikotinabhängigkeit gilt in den internationalen Klassifikationssystemen für Erkrankungen als psychische Störung.[359] Das starke Suchtpotenzial von Nikotin wird besonders durch die geringen Erfolgsraten von Raucher-Entwöhnungstherapien deutlich. Laut Mikrozensus 1997 gab es in Österreich rund 2,3 Millionen RaucherInnen, davon waren rund ein Drittel, also 800.000 stark nikotinabhängig. Rund 14.000 ÖsterreicherInnen sterben jährlich an den Folgen des Tabakkonsums, das sind 38 Personen täglich. Seit den 1970er Jahren nimmt der Anteil der Raucher bei Männern ab, der Anteil der Raucherinnen bei den Frauen aber zu, wobei jedoch Frauen noch immer weniger häufig rauchen als Männer. Generell ist in Wien die Zahl der RaucherInnen höher als in den Bundesländern.

Datenlage zum Rauchverhalten in Wien

Für Wien liegen mehrere Erhebungen zum Rauchverhalten der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (bzw. ab 16 Jahren) vor:

- Der Mikrozensus Dezember 1997 (Rauchgewohnheiten)[360] gibt einen Anteil der Raucherinnen in der Wiener Wohnbevölkerung ab 16 Jahren von **29,2 Prozent** an (Männer: 40,6 Prozent).
- Laut Mikrozensus September 1999 (Fragen zur Gesundheit)[361] beträgt der Anteil der rauchenden Frauen im Alter ab 15 Jahren **40,2 Prozent** (Männer: 56,0 Prozent).
- Der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001[362] hat festgestellt, dass bei Frauen ab 16 Jahren **33,9 Prozent** rauchen (Männer: 43,6 Prozent).
- Entsprechend dem IFES-Suchtmittel-Monitoring 2003[363] rauchen **27 Prozent** der Frauen ab 15 Jahren regelmäßig/täglich (Männer: 37 Prozent).

Der Unterschied zwischen den Datenquellen hinsichtlich der Angaben zum Anteil der regelmäßig/täglich rauchenden Frauen beträgt somit mehr als 10 Prozent.

Die letzte repräsentative österreichweite Befragung zum Rauchverhalten war im Jahr 1997, eine aktuelle Befragung wäre aufgrund der Aktualität des Themas dringend erforderlich.

Altersabhängigkeit des Rauchverhaltens

Die Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen sind bei Frauen und Männern ähnlich. Im Alter von 16 bis 24 Jahren rauchen laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 mehr als die Hälfte der Frauen und Männer regelmäßig/täglich, dieser Anteil reduziert sich für die Altersgruppe von 25 bis 59 Jahren auf etwas über 30 Prozent der Frauen und über 40 Prozent der Männer, ab 60 Jahren liegt der Anteil der regelmäßigen/täglichen RaucherInnen sowohl bei Frauen als auch bei Männern bei rund 20 Prozent, bei den ab 75-Jährigen unter zehn Prozent.

[359] ICD-10 Code F17, Gruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/Tabak. ICD-10 = International Classification of Diseases der WHO, Version 10, die seit 1994 verwendet wird; http://icd.web.med.uni-muenchen.de/ALL/F10-F19.html

[360] STATISTIK AUSTRIA (2002), S. 89.

[361] STADT WIEN (2002), S. 51.

[362] STADT WIEN (2001), S. 145.

[363] IFES – INSTITUT FÜR EMPIRISCHE SOZIALFORSCHUNG (2004).

Rauchen in der Schwangerschaft – Passivrauchen bei Kindern

Untersuchungen in Deutschland zeigen, dass etwa die Hälfte aller Kinder unter sechs Jahren und zwei Drittel der 6- bis 13-Jährigen in einem Raucherhaushalt leben, das heißt, sie wachsen als PassivraucherInnen auf. Für viele dieser Kinder beginnt das Passivrauchen schon vor der Geburt: Rund 20 Prozent aller Schwangeren rauchen während der gesamten Schwangerschaft.[367]

Insgesamt enthält Tabakrauch etwa 4.000 Chemikalien, darunter auch krebserregende Substanzen (Benzol, Formaldehyd, Cadmium). Diese Stoffe können durch den Mutterkuchen in den Blutkreislauf des Fötus gelangen und diesen schädigen. Nikotin verringert auch den Blutfluss durch den Mutterkuchen, was eine schlechtere Durchblutung des Gewebes des Ungeborenen zur Folge haben kann. Kinder von rauchenden Müttern haben ein geringeres Geburtsgewicht, einen kleineren Kopfumfang und ein vermindertes Längenwachstum. Bestimmte Fehlbildungen sind häufiger (z. B. Lippen-Gaumen-Spalten) und sowohl die Frühgeburtenrate als auch die Säuglingssterblichkeit ist höher. Nach der Geburt sind bei Kindern rauchender Mütter das Risiko für plötzlichen Kindstod, für Atemwegserkrankungen, Asthma, Mittelohrinfektionen und Allergien erhöht.[368] Gibt eine werdende Mutter während der ersten drei Monate ihrer Schwangerschaft das Rauchen auf, ist das Risiko einer Totgeburt oder einer Säuglingssterblichkeit nicht erhöht.[369]

Gesundheitsrisiken durch Passivrauchen

RaucherInnen atmen rund ein Viertel des gesamten Rauches einer Zigarette selbst ein und wieder aus (Hauptstromrauch). Drei Viertel des Rauchs verglimmen jedoch und gehen sofort in die Raumluft (Nebenstromrauch). Nebenstromrauch enthält mindestens genauso viele Schadstoffe wie der Hauptstromrauch. Manche Gifte (z. B. Nitrosamine, Stickoxide und Formaldehyd) entstehen im Nebenstromrauch durch das langsamere Verglimmen sogar in höherer Dosierung. Die Gefährdung für PassivraucherInnen steigt mit zunehmender Aufenthaltsdauer, steigender Zahl der RaucherInnen und abnehmender Lüftung der Räume, in denen geraucht wird. Besonders gefährdet sind heranwachsende, körperlich schwache oder allgemein geschwächte Menschen (ungeborene Kinder, schwangere Frauen, Säuglinge, chronisch Kranke). Das Lungenkrebsrisiko ist durch Passivrauchen im Vergleich zu Menschen ohne Rauchexposition um etwa 30 Prozent erhöht.

Belegte Gesundheitsrisiken für PassivraucherInnen sind die Entstehung und Verschlimmerung von Asthma, Lungenentzündung und Bronchitis, des Weiteren Atembeschwerden, akute oder chronische Koronarerkrankungen, Mittelohrentzündungen bei Kindern, eine Erhöhung des Risikos für Lungenkrebs, Herzinfarkt und Schlaganfall. Dazu kommen Beschwerden wie Geruchsbelästigung, Augenbrennen, Stimmbandreizungen, Halsschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, etc.[370]

Passivrauchen am Arbeitsplatz

Zur epidemiologischen Verbreitung des Passivrauchens liegen Daten des Mikrozensus Dezember 1997 vor.[371] Demnach sind in Österreich 18,3 Prozent der weiblichen und 17,7 Prozent der männlichen Beschäftigten „echte" PassivraucherInnen, d. h. am Arbeitsplatz dem Tabakrauch von KollegInnen ausgesetzt, ohne selbst zu rauchen. In Wien liegt der Anteil der PassivraucherInnen über dem Österreich-Durchschnitt (20,7 Prozent der weiblichen und 21,8 der männlichen ArbeitnehmerInnen in Wien sind PassivraucherInnen).

In Österreich ist der **Schutz von NichtraucherInnen** noch immer nur unzureichend im **Arbeitnehmerschutzgesetz** verankert: Das Gesetz stellt es dem/der ArbeitgeberIn frei, durch welche technischen und organisatorischen Maßnahmen NichtraucherInnen vor den Einwirkungen des Tabakrauchs geschützt werden. Auch die Novelle zum Tabakgesetz, die im Jänner 2005 in Kraft getreten ist, sieht keinen Schutz für Angestellte der Gastronomie oder anderer Berufsgruppen mit KundInnenverkehr vor, wie z. B. FriseurInnen, wo der

367 DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSENTRUM (2003); S. 18.
368 KRÖGER (2000), S. 19.
369 PÖTSCHKE-LANGER, BERNHÄUSER (2003, a, b).
370 DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM (2003).
371 STATISTIK AUSTRIA (2002), S. 111.

Frauenanteil sehr hoch ist. Hier gibt es selbst für schwangere Frauen keinen Nichtraucherinnenschutz. In Deutschland ist eine ähnliche Regelung in Kraft wie in Österreich, hingegen ist in Irland seit Jänner 2004, in Norwegen seit Juni 2004 und in Schweden seit Anfang 2005 Rauchen an allen Arbeitsplätzen vollständig verboten. In Frankreich und den Niederlanden darf am Arbeitsplatz nur in abgetrennten Räumen geraucht werden. In den meisten EU-Ländern ist der Schutz von NichtraucherInnen am Arbeitsplatz durch die Einrichtung von Rauchzonen geregelt (Belgien, Ungarn, Finnland, Tschechien, Italien, Estland, Lettland, Litauen). In Großbritannien und Dänemark gibt es keinerlei gesetzliche Regelungen.

5.3.5 Alkoholkonsum bei Frauen, Alkohol in der Schwangerschaft

Siehe auch: Station für alkoholkranke Frauen (Kapitel 8.3.2).

Aufgrund des Geschlechtsverhältnisses – rund ein Viertel der AlkoholikerInnen sind Frauen und drei Viertel Männer – wurde und wird Alkoholismus meist als eine Männerdomäne behandelt. In Österreich sind rund 330.000 Menschen chronisch alkoholkrank, darunter etwa 90.000 Frauen; jährlich erkranken 2.500 Frauen neu. In Wien trinken 4 Prozent der Frauen und 9 Prozent der Männer ab 15 Jahren täglich Alkohol, weitere 12 Prozent der Frauen und 31 Prozent der Männer zwei- bis dreimal pro Woche.[372] Betroffene Frauen beginnen durchschnittlich später als Männer mit problematischem Alkoholkonsum[373] – Alkoholprobleme von Frauen treten gehäuft um das 40. Lebensjahr auf – und werden schneller abhängig als Männer. Die physiologische Wirkung von Alkohol auf Frauen ist anders als bei Männern: Frauen erreichen bei gleich großen Alkoholmengen höhere Blutalkoholspiegel, da sie eine geringere Konzentration alkoholabbauender Enzyme in der Magen- und Darmschleimhaut haben. Die Entwicklung einer Leberzirrhose ist bei Frauen bei einer niedrigeren Trinkmenge gegeben, neurologische und internistische Folgeschäden von Alkohol treten bei Frauen nach kürzerer Abhängigkeitsdauer auf als bei Männern.

Die psychosozialen Determinanten des Alkoholkonsums und der Alkoholabhängigkeit von Frauen sind noch wenig erforscht, was zum Teil an der starken gesellschaftlichen Tabuisierung und Stigmatisierung von Alkoholismus bei Frauen liegen könnte. Durch mehrere Studien gesichert ist, dass alkoholkranke Frauen häufiger als nicht kranke geschieden sind. Unter den Alkoholikerinnen findet sich zum einen eine Gruppe von sehr gut gebildeten Frauen mit guten beruflichen Positionen, aber auch eine Gruppe von Frauen mit unterdurchschnittlicher Bildung.[374]

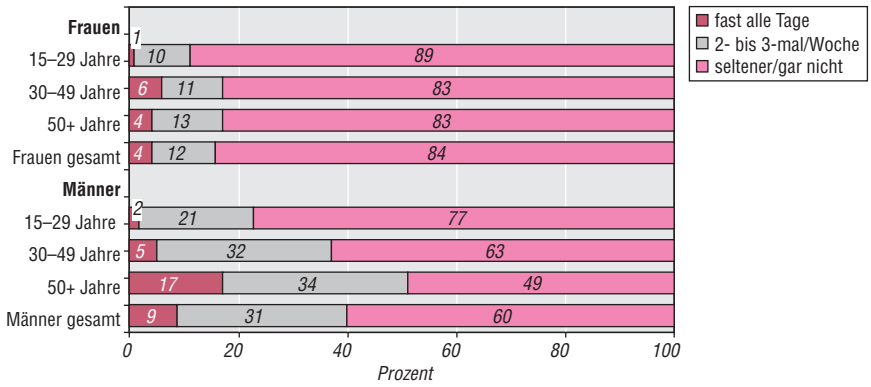
Tabelle 5.16: Chronischer Alkoholismus in Österreich (Schätzungen)

Indikator	Erklärung des Indikators	Frauen	Männer	gesamt
Prävalenz	Zahl der AlkoholikerInnen im Querschnitt; Prozent aller Personen ab dem 15. Lebensjahr	*2,5 %* ~ 90.000 Personen	*7,5 %* ~ 240.000 Personen	*5,0 %* ~ 330.000 Personen
Gesamtlebenszeit-Prävalenz	Zahl jener, die die Krankheit im Lauf ihres Lebens durchmachen; Prozent aller Geborenen	*6 %*	*14 %*	*10 %*
Inzidenz	Neuerkrankungsrate an chronischem Alkoholismus pro Jahr	*0,07 %* ~ 2.500 Personen	*0,19 %* ~ 7.500 Personen	*0,13 %* ~ 10.000 Personen

Quelle: UHL, KOBRNA (2004).

372 IFES (2004).
373 FRANKE (2005), S. 457 ff.
374 VOGT (2004).

Grafik 5.16: Alkoholkonsum von Personen ab 15 Jahren in Wien 2003 nach Geschlecht



Quelle: Suchtmittel-Monitoring 2003; zitiert nach IFES (2004).

Die Zahl der stationären Aufenthalte aufgrund von Alkoholismus ist in Österreich im Zeitraum von 1993 bis 2003 bei Männern nur geringfügig gestiegen (um rund 8 Prozent), bei Frauen jedoch um rund die Hälfte (rund 48 Prozent). Der Frauenanteil an stationären Aufenthalten ist in Wien weniger gestiegen als im gesamten Bundesgebiet (Wien: 1993 26,9 Prozent, 2003 29,0 Prozent; Österreich: 1993 21,7 Prozent, 2003 27,6 Prozent).

Tabelle 5.17: Stationäre Behandlung von Alkoholismus 1993 bis 2003 nach Bundesländern, Altersgruppen und Geschlecht

Bundesland		stationäre Aufenthalte aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10, F10)											
		1993						2003					
		Altersgruppen											
		0–14	15–29	30–44	45–59	60+	gesamt	0–14	15–29	30–44	45–59	60+	gesamt
Burgenland	weiblich	1	15	26	27	9	78	6	17	28	33	13	97
	männlich	1	70	152	147	64	434	5	65	107	116	68	361
Kärnten	weiblich	6	54	153	143	35	391	15	105	181	183	66	550
	männlich	10	226	667	392	115	1.410	20	222	561	548	127	1.478
Niederösterreich	weiblich	4	53	204	224	67	552	14	84	254	257	83	692
	männlich	13	278	790	738	273	2.092	7	224	731	708	227	1.897
Oberösterreich	weiblich	11	91	198	143	55	498	24	156	285	288	106	859
	männlich	17	403	945	610	167	2.142	18	377	1.039	786	189	2.409
Salzburg	weiblich	2	68	146	127	12	355	8	95	146	134	54	437
	männlich	12	245	602	475	97	1.431	9	244	583	611	114	1.561
Steiermark	weiblich	13	74	175	187	64	513	30	228	363	384	101	1.106
	männlich	17	370	925	761	340	2.413	33	484	922	833	255	2.527
Tirol	weiblich	4	56	156	114	34	364	15	154	326	309	66	870
	männlich	5	194	419	332	90	1.040	12	328	826	710	191	2.067
Vorarlberg	weiblich	4	16	74	63	23	180	13	46	101	84	19	263
	männlich	1	123	236	220	50	630	9	138	267	225	62	701
Wien	weiblich	9	122	452	429	124	1.136	26	129	417	406	186	1.164
	männlich	17	357	1.231	1.148	341	3.094	18	264	994	1.207	365	2.848
Österreich	weiblich	54	549	1.584	1.457	423	4.067	151	1.014	2.101	2.078	694	6.038
	männlich	93	2.266	5.967	4.823	1.537	14.686	131	2.346	6.030	5.744	1.598	15.849
Frauenanteil Wien (Prozent)		*34,6*	*25,5*	*26,9*	*27,2*	*26,7*	*26,9*	*59,1*	*32,8*	*29,6*	*25,2*	*33,8*	*29,0*
Frauenanteil Österreich (Prozent)		*36,7*	*19,5*	*21,0*	*23,2*	*21,6*	*21,7*	*53,5*	*30,2*	*25,8*	*26,6*	*30,3*	*27,6*

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

Alkohol in der Schwangerschaft

Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft kann angeborene Missbildungen des Kindes zur Folge haben, vor allem die Mitte der 1970er Jahre erstmals beschriebene Alkoholembryopathie (auch Fetales Alkoholsyndrom [FAS]), ein Syndrom von zum Teil schweren, irreversiblen Schädigungen des Kindes. Besonders wichtig im Sinne der Prävention ist es, darauf hinzuweisen – da die Gefährlichkeit von vielen Müttern unterschätzt wird. Die Schädigungen durch Alkoholkonsum können in jeder Phase der Schwangerschaft verursacht werden, jedoch verstärkt in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten, da diese die entscheidenden Entwicklungsphasen des Embryos sind. Es ist nicht gesichert, ab welcher Menge Alkohol der Fötus geschädigt werden kann, entscheidend ist die individuell unterschiedliche Alkoholtoleranz bei Mutter und Kind, d. h. dass auch bei geringen Mengen Schäden nicht auszuschließen sind. Als Präventionsbotschaft ist daher absoluter Alkoholverzicht in der Schwangerschaft zu propagieren.

Die Alkoholembryopathie zählt mit einer jährlichen Neuerkrankungsrate von durchschnittlich einem Fall pro 1.000 Lebendgeburten gemeinsam mit dem Down-Syndrom (1:833) zu den häufigsten angeborenen Störungen, wäre jedoch im Gegensatz dazu vollständig zu verhindern. In der wissenschaftlichen Fachliteratur sind zur Häufigkeit des fetalen Alkoholsyndroms stark voneinander abweichende Angaben zu finden, nämlich zwischen 0,5 und 2,0 Fälle pro 1.000 Neugeborene. Geht man von der Schätzung von einem FAS-Fall pro 1.000 Neugeborenen aus, betrifft das in Österreich rund 70 und in Wien rund 15 Neugeborene pro Jahr, die mit dem klinischen Vollbild einer Alkoholembryopathie (FAS) geboren werden. Die Zahl der Kinder, die von Geburt an durch fetale Alkoholeffekte (FAE) in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind, dürfte um ein Vielfaches höher liegen (Verhältnis FAS zu FAE = eins zu vier). Viele Fälle bleiben bei der Geburt unentdeckt. Insgesamt ist also damit zu rechnen, das mindestens 100 Kinder in Wien jährlich mit Schäden unterschiedlichen Stärkegrads aufgrund des Alkoholkonsums der Mutter geboren werden.

Tabelle 5.18: Symptome der Alkoholembryopathie (Fetales Alkoholsyndrom, FAS)

Haupt- (Kardinal-) Symptome	• 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.

Quelle: SPOHR (1997); zitiert nach BZgA (2002).

5.3.6 Konsum illegaler Drogen

Siehe auch: Daten zum Drogenkonsum für unterschiedliche Altersgruppen finden sich im Abschnitt „Drogenkonsum" (Kapitel 5.1.6).

Ein aktueller Trend in Österreich – und besonders in Wien – ist die Tendenz, das Thema Sucht bezüglich Gender-Aspekten zu hinterfragen und Gender Mainstreaming im Suchtbereich zu thematisieren.[375] Was den geschlechtsspezifischen Konsum illegaler Drogen betrifft, liegen in Wien und Österreich wenige umfassende Daten vor.[376] Bekannt ist, dass Frauen deutlich seltener illegale Drogen konsumieren als Männer: Von den problematischen OpiatkonsumentInnen sind etwa 26 bis 30 Prozent Frauen. Der Frauenanteil bei den direkt und indirekt drogenbezogenen Todesfällen beträgt 15 bis 20 Prozent. Mädchen beginnen aber in jüngerem Alter, illegale Substanzen zu konsumieren als Burschen. Der Frauenanteil sinkt jedoch mit zunehmendem Alter. Das Geschlechtsverhältnis unter den Substitutionsbehandelten ist bei den unter 20-Jährigen etwa ausgeglichen, bei den 25- bis 34-Jährigen sind ein Drittel Frauen und ab 35 Jahren nur mehr ein Viertel.

Frauen als Klientel der Wiener Drogenhilfe

Für Wien liegen aktuelle Daten von 2.006 KlientInnen vor, die im Jahr 2002 in einer von 20 Einrichtungen der Drogenhilfe in Wien eine Betreuung begonnen haben, d. h. mindestens drei Kontakte innerhalb von drei Monaten einhielten. Die Daten wurden im Rahmen der vom Wiener Arbeitskreis Dokumentation erarbeiteten Basisdokumentation erfasst[377] und im aktuellen österreichischen Bericht zur Drogensituation 2004 vorgestellt.[378]

Im Jahr 2002 waren 28 Prozent der Betreuten Frauen, 72 Prozent Männer. 46 Prozent der KlientInnen waren zwischen 21 und 30 Jahre alt, 20 Prozent unter 21 Jahre, 26 Prozent 31 bis 40 Jahre und acht Prozent älter als 40 Jahre. Bei den Frauen waren 31 Prozent unter 21 Jahre alt, bei den Männern 15 Prozent. 22 Prozent der KlientInnen hatten Kinder. Etwa die Hälfte der Befragten hatte lediglich Pflichtschule als höchsten Schulabschluss, nur 14 Prozent verfügten über einen höheren Schulabschluss (AHS, BHS). 70 Prozent der KlientInnen waren vor Beginn der Betreuung nicht erwerbstätig.

Bei 32 Prozent handelte es sich um eine erstmalige Betreuung in einer Einrichtung der Drogenhilfe, 35 Prozent befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Substitutionsbehandlung.

Das Durchschnittsalter bei Erstkonsum betrug bei Alkohol 14,2 Jahre, bei Cannabis 15,5 Jahre, bei Ecstasy 18,4 Jahre, bei Benzodiazepinen 20,0 Jahre, bei Heroin 19,3 Jahre und bei Kokain 20,2 Jahre. Das Durchschnittsalter beim Erstkonsum war bei Frauen bei allen genannten Substanzen mit Ausnahme von Alkohol um ein bis zwei Jahre niedriger als bei Männern.

Befragt nach dem Drogenkonsum in den vorangegangenen vier Wochen gaben 48 Prozent Cannabis, 48 Prozent Heroin, 39 Prozent andere Opiate und Substitutionsmittel, 41 Prozent Kokain und 30 Prozent Benzodiazepine an. Beruhigungs- und Schlafmittel nannten zehn Prozent, sieben Prozent Ecstasy, vier Prozent Aufputschmittel, Amphetamine oder Speed, ein Prozent LSD und 0,5 Prozent Schnüffelstoffe.

375 Z. B. DIALOG (2004); EISENBACH-STANLG (2005); UHL (2003), HAAS (2005).
376 HAAS (2005), S. 133ff.
377 IFES (2003).
378 ÖBIG (2004c).

5.3 Gesundheitsbezogener Lebensstil von Frauen in der reproduktiven Phase

Zusammenfassung

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

Rauchen/Passivrauchen und sexuelle/reproduktive Gesundheit
In Österreich gibt es rund 2,3 Millionen RaucherInnen, davon sind rund ein Drittel, also 800.000 stark nikotinabhängig. Rund 14.000 Menschen sterben jährlich an den Folgen des Tabakkonsums, das sind 38 Personen täglich. Seit den 1970er Jahren nimmt der Anteil der Raucher bei Männern ab, der Anteil der Raucherinnen bei den Frauen nimmt aber zu, wobei Frauen noch immer weniger häufig rauchen als Männer. Generell ist in Wien die Zahl der RaucherInnen höher als in den Bundesländern. Für Wien liegen mehrere Erhebungen zum Rauchverhalten vor, die Angaben zum Anteil der regelmäßig rauchenden Frauen liegen zwischen 27,0 und 40,2 Prozent (bei den Männern zwischen 37,0 und 56,0 Prozent). Rauchen kann bei Frauen, aber auch bei Männern, die **sexuelle und reproduktive Gesundheit** massiv beeinträchtigen.

Summary: Health related lifestyles of adult women

Nutrition, obesity, physical activity
*Women have healthier eating habits than men. The Vienna Health and Social Survey 2001 showed this and also found that the **consumption of healthy food** increases with age for women. It also showed that unhealthy nutrition is more frequent among women and men with a low level of education. The findings of this survey were also confirmed by the results of a **Body Mass Index** study that showed the prevalence of overweight, underweight and normal weight. In Vienna, just above two in three women but only one in three men have normal body weight. 19.7 percent of women and 57.4 percent of men are overweight, 8.7 percent of women and 8.2 percent of men are obese. Overweight and obesity in Vienna is slightly below the Austrian average for both women and men. Women participate in **sports** less frequently than men, and this gender gap is largest in the age groups below 25 and above 75.*

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

Bei Einnahme von Kombinationspräparaten zur oralen Kontrazeption (Pille) ist das Risiko für koronare Herzerkrankungen und für Schlaganfall erhöht, ebenso kommt es bei Raucherinnen häufiger zum Versagen des oralen Verhütungsmittels.

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

Alkoholkonsum bei Frauen, Alkohol in der Schwangerschaft

Weil „nur“ rund ein Viertel der AlkoholikerInnen in Wien Frauen sind, wird dieses Gesundheitsproblem häufig als Männerdomäne behandelt.

*Smoking can be extremely harmful to **sexual and reproductive health** in women as well as in men. Smoking while using combination oral contraceptives (the pill) increases the risk for coronary heart disease and strokes, and oral contraceptives also fail more often for smokers. The fertility of women (and men) can be reduced through smoking and a lower reaction to fertility treatment has been observed in both sexes. Smoking can delay the start of the menopause and lead to menopausal symptoms being stronger and more frequent. The risk of invasive cervical cancer is tripled for female smokers. Concerning **pregnancy and childbirth**, smoking has been found to be a risk factor for premature rupture of the membranes, premature birth, low birth weight, miscarriage, stillbirth, infant mortality and birth defects. However, **passive smoking** can also have extremely negative effects in particular on children and pregnant women (slow growth of the foetus, premature birth, cot death, diseases of the respiratory organs, negative impact on the growth and development of the child). In men smoking and passing smoking has been identified as a risk factor for impotence and reduced sperm quality. According to the 1997 Mikrozensus survey, 20.7 percent of female and 21.8 percent of male gainfully employed persons reported being passive smokers. In Austria the protection of non-smokers at the workplace is still insufficiently regulated in the **Employee Protection Act**. The **amendment to the Tobacco Act** which has been in force since January 2005 bans smoking in all closed public places, but in particular the bar and restaurant business is an exception from this. The amendment also includes a broader ban on advertising and sponsoring for tobacco products. However, it does not contain consequent non-smoker protection.*

Alcohol consumption in women, alcohol during pregnancy

Because “only” one in four alcoholics in Vienna are women, this issue is frequently treated as a male problem.

Reproduktive Gesundheit bedeutet laut Definition des Kairoer Aktionsprogramms[380] (Kapitel 7.2.) „…, dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen. In diese letzte Bedingung eingeschlossen sind das Recht von Männern und Frauen, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden ihrer Wahl zu haben und das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen, und die für Paare die bestmögliche Voraussetzung schaffen, dass sie ein gesundes Kind bekommen."

5.4.1 Sexualität, Kontrazeption und Pille danach

In Österreich sind derzeit rund fünfzig verschieden Sorten der „Pille" (orale Kontrazeptiva) zugelassen, in den vergangenen Jahren sind mehrere neue Verabreichungsformen für Hormone dazugekommen (Implantat, Pflaster, Spritze, Vaginalring, Hormonspirale), sodass sechzig bis siebzig verschiedene Präparate und Mittel zur Verhütung zur Verfügung stehen. Umfassende repräsentative Befragungen über die Anwendung von Verhütungsmitteln gibt es in Wien und in Österreich nicht. Die Ergebnisse vorliegender Studien stimmen weitgehend darin überein, dass das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel die Pille ist. Die Anwendungshäufigkeit ist vom Alter abhängig: Mindestens die Hälfte der 15- bis 19-Jährigen, aber weniger als ein Viertel der 40- bis 45-jährigen Frauen verhüten mit der Pille. Ein ähnlicher Alterstrend ist beim Kondom, dem am zweithäufigsten angewendeten Verhütungsmittel, zu beobachten: Es wird von jüngeren Frauen häufiger verwendet wird als von älteren. Mit zunehmendem Alter der Frauen nimmt die Anwendungshäufigkeit von Langzeit-Verhütungsmitteln zu (z. B. Kupfer-Spiralen, Hormon-Spiralen): Rund zehn Prozent der 40- bis 45-jährigen Frauen verwenden diese.

Tabelle 5.19: Spektrum der in Österreich angebotenen Kontrazeptiva

Typus	Form	Pearl-Index*
hormonelle Kontrazeption – oral	Minipille (nur Gestagen)	0,3 – 3
	Kombinationspille (Östrogen + Gestagen)	0,1 – 1
hormonelle Kontrazeption – neue Verabreichungsformen	Hormon-Implantat	0 – 0,08
	Hormonpflaster	0,7 – 0,9
	Depot-Spritze (3-Monats-Spritze)	0,3 – 1,2
	Vaginalring	0,4 – 0,6
	Hormonspirale	0,16
Intrauterinpessar	Kupferspirale	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	–

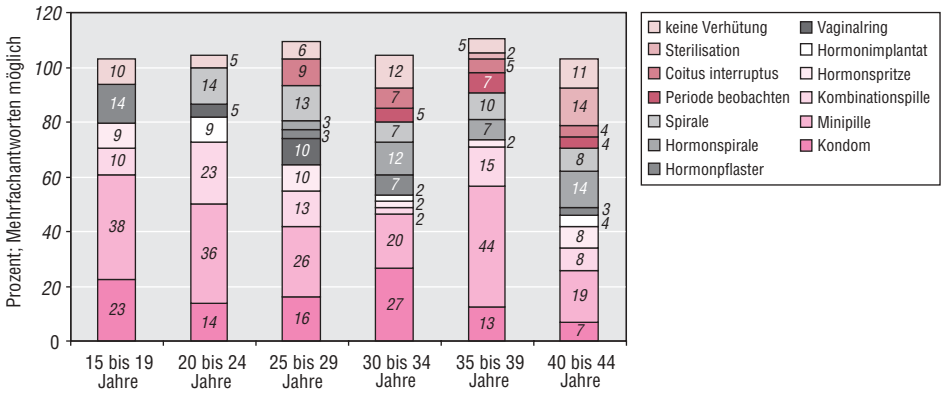
* Pearl-Index = Zahl der Schwangerschaften pro 100 AnwenderInnen pro Jahr (je niedriger, umso sicherer).

Quelle: Fonds Soziales Wien (2003); Österreichische Verhütungsinitiative (2004).

[380] http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm#ch7

Die Ergebnisse einer Befragung von rund 250 15- bis 44-jährigen Frauen im Jahr 2005 in Österreich zeigten, dass die Wahl der Verhütungsmethode stark altersabhängig ist und gaben auch einen Eindruck von der Anwendung der zur Verfügung stehenden Palette an Verhütungsmitteln.

Grafik 5.17: Verhütung von Frauen 2005 in Österreich (zum Zeitpunkt der Befragung) nach Altersgruppen



Quelle: BALDASZTI et al. (2005).

Notfallskontrazeption – die „Pille danach“

Seit mehreren Jahren wird in Österreich die rezeptfreie Abgabe der Pille danach diskutiert. In allen EU–15-Ländern ist die Pille danach zwar zugelassen, aber nicht überall gibt es sie rezeptfrei (OTC-Status, over the counter = rezeptfrei). Europäische Länder, in denen die Pille danach keinen OTC-Status hat, sind neben Österreich die Niederlande, Deutschland, Griechenland und Italien. Frankreich hat die längsten Erfahrungen mit der Pille danach, seit Mai 1999 ist das Präparat dort zugelassen, seit Juni 1999 ist es OTC erhältlich.[381] Die Pille danach soll so bald als möglich, spätestens aber 72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenommen werden. In Österreich sind derzeit zwei Präparate zugelassen (reine Gestagenpillen, Postinor®, Vikela®; Kosten: 13,00 bis 14,50 Euro). Die Einnahme erfolgt zweistufig innerhalb von 72 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr, wobei die zweite Pille zwölf Stunden nach der ersten genommen werden sollte. Die Pille danach ist zu 98 bis 99 Prozent wirksam, wenn sie innerhalb von zwölf Stunden nach dem Geschlechtsverkehr eingenommen wird. Je später der Einnahmezeitpunkt ist, desto geringer die Sicherheit. Ein Argument gegen die rezeptfreie Abgabe der Pille danach ist unter anderem, dass sie eine Form des Schwangerschaftsabbruchs sei und ähnlich wie die Pille zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch wirke (Mifegyne®). Tatsache ist jedoch, dass eine bereits eingetretene Schwangerschaft durch die Pille danach nicht beendet wird. Das in der Pille danach enthaltene Gestagen verhindert je nach Zyklustag entweder den Eisprung oder die Einnistung der Eizelle in die Gebärmutterschleimhaut. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, bei dem durch Ablösung der Gebärmutterschleimhaut mit der eingenisteten befruchteten Eizelle eine bereits bestehende Schwangerschaft beendet wird.

5.4.2 Schwangerschaftsabbruch

Trotz der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich im Jahr 1975 wird das Thema bis heute kontrovers diskutiert. In konservativen Kreisen und von extremen Gruppierungen der AbtreibungsgegnerInnen wird das Recht auf Abtreibung nach wie vor in Frage gestellt. Das Angebot an Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, weist seit den 1970er Jahren ein starkes Ost-West-Gefälle auf. Die Zahl der in öffentlichen Spitälern durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche sinkt seit Jahren kontinuierlich. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwun-

[381] ÖGF (2002).

derlich, dass es in den Jahren 2004 und 2005 zu einer intensiven öffentlichen und medialen Diskussion kam: Zum einen infolge einer Forderung der Salzburger Landeshauptfrau, Schwangerschaftsabbrüche auch in Landeskliniken für Frauen zugänglich zu machen, was nach heftigen Auseinandersetzungen inzwischen umgesetzt worden ist, zum anderen ist in Wien der Kampf extremer AbtreibungsgegnerInnen gegen Abtreibungskliniken in eine neue Phase getreten. Seit dem 13. Juli 2005 ist die Novelle des Wiener Landessicherheitsgesetzes in Kraft, das die Exekutive ermächtigt, radikale AbtreibungsgegnerInnen, die Frauen vor Abtreibungskliniken ansprechen, wegzuweisen. Psychischer Druck, nachdrückliches Ansprechen oder die Übergabe von Plastikembryonen werden mit Wegweisen geahndet. In den ersten zwei Monaten der Gültigkeit des neuen Gesetzes hat es sieben Wegweisungen und elf weitere polizeiliche Interventionen gegeben. Insgesamt hat sich durch dieses Gesetz die Situation der Frauen, die eine Institution zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs aufsuchen, deutlich verbessert.

Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen

In Österreich besteht keine gesetzliche Registrierpflicht von Schwangerschaftsabbrüchen, offizielle Zahlen über deren Häufigkeit liegen daher nur aus der Spitalsentlassungsstatistik vor. Diese gibt aber nur einen geringen Teil der Zahl der tatsächlichen Abbrüche wieder, da anzunehmen ist, dass die überwiegende Zahl der Abbrüche in privaten Ambulatorien (z. B. Ambulatorium am Fleischmarkt Wien, Ambulatorium gynmed Wien) oder in Ordinationen niedergelassener ÄrztInnen durchgeführt wird. Laut Spitalsentlassungsstatistik wurden 1993 in Wiener Spitälern 682 Schwangerschaftsabbrüche, im Jahr 2003 nur mehr 149 Abbrüche durchgeführt. In Österreich hat sich in diesem Zeitraum die Zahl der Abbrüche in Spitälern von 3.134 auf 1.905 reduziert. Eine Schätzung geht von 19.000 bis 25.000 Abbrüchen in Österreich pro Jahr aus,[382] diese Zahl ist jedoch in Fachkreisen umstritten.

Tabelle 5.20: Schwangerschaftsabbrüche in den Krankenanstalten 1993 bis 2003 nach Bundesländern

Jahr	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
	Zahl der Schwangerschaftsabbrüche									
1993	42	181	471	1.394	40	289	20	15	682	3.134
1994	33	145	414	1.275	41	236	17	9	582	2.752
1995	18	106	309	1.246	42	228	23	14	508	2.494
1996	24	96	321	1.323	40	226	20	17	444	2.511
1997	15	118	279	1.201	42	248	22	10	402	2.337
1998	24	148	352	1.145	68	230	24	7	364	2.362
1999	20	125	358	1.206	49	217	22	5	403	2.405
2000	20	128	347	1.190	74	212	21	10	374	2.376
2001	12	144	327	1.096	83	146	56	11	424	2.299
2002	24	104	328	1.118	66	136	64	13	390	2.243
2003	13	141	238	1.098	62	154	41	9	149	1.905

Quelle: Spitalsentlassungsstatistik; STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

[382] TAZI-PREVE, KITYR (1999).

Gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

In Österreich ist der Schwangerschaftsabbruch seit 1975 im Strafgesetzbuch (StGB) geregelt, wonach der Schwangerschaftsabbruch mit Einwilligung der Schwangeren grundsätzlich strafbar ist (§96 StGB). Es werden jedoch drei Ausnahmen definiert, die einen straflosen Schwangerschaftsabbruch ermöglichen (§97 StGB):

1. Die Fristenlösung: Der Schwangerschaftsabbruch ist straffrei, wenn er innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate vorgenommen wird (§97 Abs. 1 Z 1 StGB).
2. Bei Vorliegen einer medizinischen bzw. embryopathischen Indikation oder bei Unmündigkeit: Der Schwangerschaftsabbruch ist straffrei, wenn er zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernsten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren unerlässlich ist oder wenn eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde (embryopathische Indikation), oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist (§97 Abs 1 Z 2 StGB);
3. zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr (§ 97 Abs. 1 Z 3 StGB).

In den beiden letzten Fällen ist der Schwangerschaftsabbruch auch nach dem dritten Schwangerschaftsmonat während der Gesamtdauer der Schwangerschaft bis zur Geburt straffrei. In den ersten beiden Fällen muss der Schwangerschaftsabbruch von einem/r ÄrztIn vorgenommen werden.

§97 StGB enthält zwei weitere Absätze:
Absatz 2. Die so genannte Gewissensklausel: Kein/e ÄrztIn ist verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder an ihm mitzuwirken, es sei denn, dass der Abbruch ohne Aufschub notwendig ist, um die Schwangere aus einer unmittelbar drohenden, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr zu retten. Dies gilt auch für die im Krankenpflegefachdienst, in medizinisch-technischen Diensten oder im Sanitätsdienst tätigen Personen.
Absatz 3. Diskriminierungsverbot: Niemand darf wegen der Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruchs oder der Mitwirkung daran oder wegen der Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, in welcher Art immer benachteiligt werden.

Charakteristika von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch

Die Lebenssituation von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, unterscheidet sich meist grundlegend von jener von Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen. Eine in Wien im Jahr 2001 durchgeführte Studie vergleicht soziodemografische Merkmale von 577 schwangeren Frauen, die sich für einen Abbruch mit jenen von 400 Frauen, die sich für ein Austragen der Schwangerschaft entschieden haben. Im Vergleich zu Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen, leben Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, häufiger ohne oder in instabilen Partnerschaften, haben bereits Kinder und/oder keinen (weiteren) Kinderwunsch, haben ein niedrigeres Bildungsniveau und sind häufiger nicht berufstätig, sind häufiger jünger als 25 oder älter als 40 Jahre, sind weniger religiös, befürworten häufiger den Schwangerschaftsabbruch und haben auch selber häufiger schon einen Abbruch hinter sich.

Die IVF-Vertrags-Krankenanstalten müssen bestimmte Forderungen der Qualitätssicherung und Kontrolle erfüllen: Zumindest fünfzig Versuche pro Jahr je Vertragskrankenanstalt und der Nachweis einer Schwangerschaftsrate von 18 Prozent pro Follikelpunktion.

Inanspruchnahme des IVF-Fonds

In einer Patientinnenstromanalyse des vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) geführten IVF-Registers für das Jahr 2004 wurde die Inanspruchnahme von IVF-Zentren in den Bundesländern hinsichtlich des Herkunftsbundeslandes der Patientin ausgewertet. In Wien wurden im Jahr 2004 die von allen Bundesländern meisten In-vitro-Fertilisationen durchgeführt (1.719 von österreichweit 4.661 Frauen bzw. Paaren). Von diesen Frauen wohnten 981 (57 Prozent) in Wien, 638 Frauen stammen aus Niederösterreich (37 Prozent) und 100 Frauen (6 Prozent) aus anderen Bundesländern.

Tabelle 5.22: IVF-Fonds-Patientinnenstromanalyse 2004 nach Bundesländern

Herkunfts-bundesland der Frau	Standort des in Anspruch genommenen IVF-Zentrums																		
	Burgenland		Kärnten		Nieder-österreich		Oberöster-reich		Salzburg		Steiermark		Tirol		Vorarlberg		Wien		ge-samt
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Burgenland	86	*83*	2	*1*	0	*0*	1	*0*	0	*0*	18	*3*	0	*0*	0	*0*	65	*4*	172
Kärnten	0	*0*	320	*79*	0	*0*	0	*0*	0	*0*	5	*1*	15	*4*	0	*0*	2	*0*	342
Niederösterreich	13	*13*	0	*0*	138	*100*	58	*7*	0	*0*	1	*0*	0	*0*	0	*0*	638	*37*	848
Oberösterreich	0	*0*	2	*1*	0	*0*	779	*89*	49	*23*	0	*0*	6	*1*	2	*1*	11	*1*	849
Salzburg	0	*0*	10	*3*	0	*0*	26	*3*	151	*73*	0	*0*	40	*10*	22	*8*	0	*0*	249
Steiermark	4	*4*	61	*14*	0	*0*	9	*1*	7	*3*	509	*96*	0	*0*	1	*0*	22	*1*	613
Tirol	0	*0*	6	*1*	0	*0*	0	*0*	3	*1*	0	*0*	353	*85*	26	*10*	0	*0*	388
Vorarlberg	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*	1	*0*	210	*81*	0	*0*	211
Wien	0	*0*	2	*1*	0	*0*	1	*0*	0	*0*	2	*0*	2	*0*	1	*0*	981	*57*	989
gesamt	103	*100*	403	*100*	138	*100*	874	*100*	210	*100*	535	*100*	417	*100*	262	*100*	1.719	*100*	4.661

Quelle: ÖBIG (2005), S. 16.

Pränataldiagnostik

Das zunehmende Angebot medizinischer Untersuchungen in der Schwangerschaft bietet zum einen Optionen für eine gesunde Schwangerschaft und Geburt, zum anderen entsteht ein großer Druck auf die Mutter bzw. die Eltern, dieses Angebot auch zu nutzen und möglichst alles zu unternehmen, um das Risiko zu minimieren und ein gesundes Kind zu Welt zur bringen. Die zunehmenden diagnostischen Möglichkeiten der vorgeburtlichen Medizin verändern langfristig das Erleben von Schwangerschaft und Geburt. Das entstehende Leben kann von der ersten Zellteilung an beobachtet und auf seine genetische Gesundheit getestet werden. Aber nur ein geringer Teil angeborener Behinderung ist überhaupt genetisch bedingt. Frauen werden mit der Frage, ob alles gemacht werden soll, was gemacht werden kann, oft allein gelassen, meist mit wenig oder keiner Information. Die Betreuung von Schwangeren soll eigentlich der Gesundheit von Mutter und Kind dienen. In der vorgeburtlichen Diagnostik vermischt sich jedoch aus der Sicht der betroffenen Frau Gesundheitsförderung mit der Verhinderung der Geburt eines behinderten Kindes. Frauen und Betreuende stehen unter hohem Erwartungsdruck: „Hauptsache es ist gesund!“ Für Geburtshelfer drohen sogar rechtliche Konsequenzen, wenn auf diagnostische Methoden nicht hingewiesen wird. Frauen/Paare müssen durch kritische und evidenzbasierte Informationen über das pränataldiagnostische Angebot in ihrer Selbstkompetenz gestärkt werden. Eine klare Trennung zwischen Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen und genetischem Screening sollte dabei erkennbar sein.

In Wien ist die Zahl der Lebendgeborenen mit bei der Geburt erkennbaren Missbildungen zwischen 1995 und

[385] ÖBIG (2002), S. 3 ff.

2004 von 66 auf 50 zurückgegangen, in Österreich von 515 auf 302. Bezogen auf 100.000 Lebendgeborene wurden im Jahr 2004 in Wien 296,6 und in Österreich 382,4 Neugeborene mit bei der Geburt erkennbaren Missbildungen geboren.

Methoden der Pränataldiagnostik

Pränataldiagnostische Methoden werden in der Medizin erst seit kurzem angewendet: Ende der 1960er Jahre wurde erstmals das Down-Syndrom (Trisomie 21) pränatal diagnostiziert und aus dieser Zeit stammen auch die ersten Publikationen zum Ultraschall. Fruchtwasseruntersuchungen (Amniozentesen) wurden erstmals in den 1970er Jahren durchgeführt. In den 1980er Jahren etablierten sich weitere pränataldiagnostische Untersuchungen wie zum Beispiel die Fetoskopie (Betrachtung des Fetus mit einem speziellen Endoskop), die Nabelschnurpunktion, die Chorionzottenbiopsie (Probenentnahme aus der Plazenta), der Triple-Test (zur Bestimmung von Trisomie 21 und anderer Chromosomenabweichungen) und die Nackenfaltenmessung mittels Ultraschall.

Chromosomenanomalien können zu 90 Prozent pränatal diagnostiziert werden, die häufigste Chromosomenanomalie ist die Trisomie 21 (Down-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.[386]

Tabelle 5.23: Methoden der Pränataldiagnostik

Beschreibung und Zweck des Verfahrens	Vor- und Nachteile
NICHT INVASIVE METHODEN (ohne Eingriff in den Körper der Frau)	
Ultraschall im ersten Drittel der Schwangerschaft	
Zeitpunkt: erste 12 SSW; Ergebnis sofort. **Methode:** Erfolgt an der Oberfläche der Bauchdecke (abdominal) oder durch Einführen eines Geräts in die Scheide (vaginal). **Ergebnis:** Bestätigung der Schwangerschaft, Nachweis von Mehrlingen, Untersuchung der Eihautverhältnisse, Ausschluss von Eileiterschwangerschaft oder Erkennen von Fehlbildungen, Registrierung des Herzschlages, Klärung vaginaler Blutungen. Messung der Scheitel-Steiß-Länge zur Errechnung des Geburtstermins.	Verunsicherung der Schwangeren/Eltern durch möglicherweise unzureichende Erklärungen zur Untersuchung. Fehldiagnosen kommen vor. Viele Frauen erleben den Ultraschall als positives, freudiges Erlebnis („Baby-Fernsehen“).
Nackenfaltenmessung (Nackendichtemessung)	
Zeitpunkt: 11. bis 14. SSW, Ergebnis sofort. **Methode:** Ultraschallmessung über die Bauchdecke. **Ergebnis:** Bei einer Verdickung der Nackenfalte ist das Risiko einer Chromosomenstörung (z. B. Down-Syndrom) oder eine Organfehlbildung erhöht.	Die Untersuchung ist nur ein Screening, ein unauffälliges Ergebnis schließt Schäden nicht aus, aber auch bei auffälligem Befund kann das Kind gesund sein.
Combined Test	
Zeitpunkt: 10. bis 14. SSW; Ergebnis innerhalb einer Woche. **Methode:** Kombination von Nackenfaltenmessung, Blutuntersuchung und Alter der Frau. **Ergebnis:** Risikoberechnung für Down-Syndrom (Trisomie 21) und andere Chromosomenstörungen; bei erhöhtem Risiko (Wahrscheinlichkeit unter 1:300) wird eine Chromosomenuntersuchung (Chorionzottenbiopsie oder Fruchtwasserpunktion) empfohlen.	
Dopplerultraschall (Sonographie)	
Zeitpunkt: ab 20. SSW; Ergebnis sofort. **Methode:** Form des Ultraschalls mit um ein Vielfaches höherer Frequenz der Wellen. Blutströme in den Gefäßen werden sichtbar und die Strömungsgeschwindigkeit kann gemessen werden. **Ergebnis:** Die Methode gibt Aufschluss, ob das Kind ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird; Verdacht auf Herzfehler des Kindes; mögliche Wachstumsstörungen.	Fehldiagnosen sind möglich.

Fortsetzung

[386] BZgA (2002), S. 2–3.

Tabelle 5.23: Methoden der Pränataldiagnostik (Fortsetzung)

Beschreibung und Zweck des Verfahrens	Vor- und Nachteile
NICHT INVASIVE METHODEN (ohne Eingriff in den Körper der Frau; Fortsetzung)	
Triple-Test	
Zeitpunkt: 16. bis 18. SSW; Ergebnis nach einer Woche. **Methode:** Blutabnahme bei der Mutter. **Ergebnis:** Risikoberechnung für Down-Syndrom (Trisomie 21) und anderer Chromosomenstörungen aufgrund von Alter und der Konzentration dreier Hormone.	Die Untersuchung ist nur eine Wahrscheinlichkeitsberechnung und bringt keine Gewissheit, ob das Kind genetisch gesund ist. Bei Überschreiten eines Grenzwertes wird die Abklärung durch eine Chromosomenbestimmung (mittels Fruchtwasserpunktion) angeboten.
Organscreening (detaillierte Ultraschalluntersuchung)	
Zeitpunkt: 20. bis 22. SSW; Ergebnis sofort. **Methode:** Detaillierte Ultraschalluntersuchung. **Ergebnis:** Innere Organe, wie Gehirn, Herz, Nieren, Harnblase, Lunge, Magen und Leber sowie Extremitäten und Körperkonturen werden auf Auffälligkeiten untersucht.	Das Wissen um Auffälligkeiten und Normabweichungen stellt für die weitere Schwangerschaft eine psychische Belastung dar. Ein Schwangerschaftsabbruch ist zu diesem Zeitpunkt möglicherweise problematisch.
INVASIVE METHODEN (chirurgischer Eingriff in den Körper der Frau)	
Chorionzottenbiopsie, Plazentabiopsie	
Zeitpunkt: Chorionzottenbiopsie 10. SSW; Plazentabiopsie 14. Woche; Ergebnis innerhalb von ein bis drei Tagen. **Methode:** Mit einem Katheter oder einer Hohlnadel wird durch die Scheide oder über die Bauchdecke Gewebe aus den Chorionzotten (kindliche Anteile der Plazenta, d. h. des Mutterkuchens) zur Untersuchung entnommen. **Ergebnis:** Chromosomenabweichungen beim Ungeborenen. Nach DNA-Analyse können vererbbare Krankheiten und Behinderungen festgestellt werden, z. B. Muskel- und Stoffwechselerkrankungen.	Die Angaben über das Risiko einer Fehlgeburt sind sehr unterschiedlich und liegen zwischen 0,5 und 2 Prozent. Der Eingriff ist für die Schwangere oft schmerzhaft und/oder unangenehm. Fehldiagnosen kommen vor.
Amniozentese (Fruchtwasserpunktion)	
Zeitpunkt: 15. bis 17. SSW; Ergebnisse in 2 bis 3 Wochen, bei FISH-Schnelltest in 2 bis 3 Tagen. **Methode:** Einstich einer Hohlnadel durch die Bauchdecke und Fruchtblase (Amnion) und Entnahme von 15 bis 18 Milliliter Fruchtwasser; Anlegen einer Zellkultur. Zahl und Struktur der Chromosomen wird untersucht bzw. eine DNA-Analyse durchgeführt. **Ergebnis:** Die Untersuchung wird bei einem auffälligen Combined Test, Triple Test oder bei bestimmten Fragestellungen (z. B. Blutgruppenunverträglichkeiten) durchgeführt.	Die Angaben über das Risiko einer Fehlgeburt sind sehr unterschiedlich und liegen zwischen 0,5 und 2 Prozent. Komplikationen wie Infektionen, Krämpfe, Wehen oder Blutungen sind nach dem Eingriff möglich. Langes Warten auf die Testergebnisse bedeutet möglicherweise eine große psychische Belastung für die schwangere Frau/Eltern.

SSW = Schwangerschaftswoche.

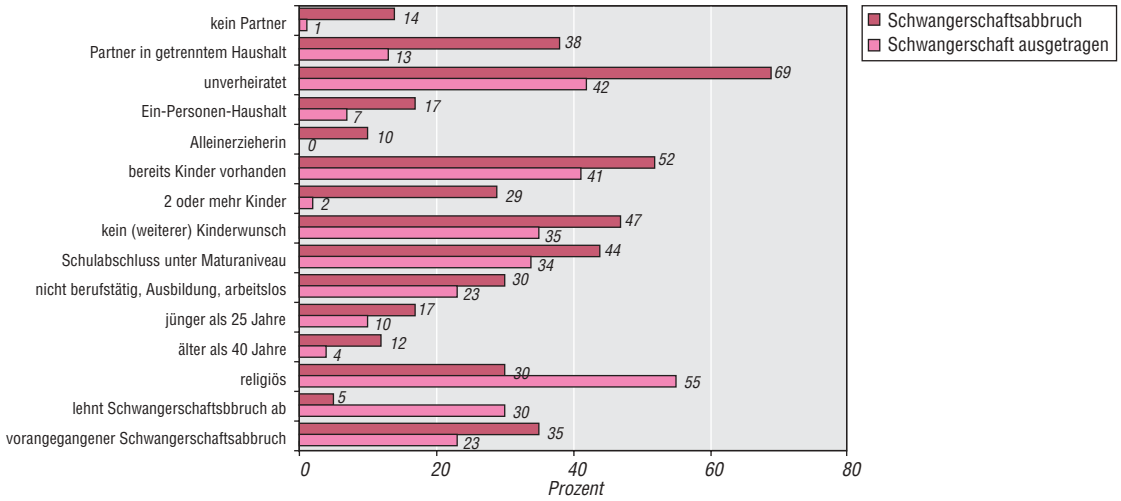
Quelle: BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2004); S. 6–9.

Pränataldiagnostische Angebote an ausgewählten Wiener Geburtenabteilungen

Eine Befragung ausgewählter geburtshilflicher Abteilungen in Wien ergab, dass pränataldiagnostische Untersuchungen in öffentlichen Spitälern in unterschiedlichem Ausmaß angeboten werden. Die gesamte Palette an Untersuchungen stand lediglich in den befragten Privatspitälern zur Verfügung. Von den StudienautorInnen wird bemerkt, dass einige der einbezogenen Geburtskliniken nur unvollständig über Art, Umfang, Vor- und Nachteile der vorgeburtlichen Untersuchungen informieren und zwar nur über jene Untersuchungen, die an der jeweiligen Abteilung durchgeführt werden.[387]

[387] VKI (2005).

Grafik 5.18: Charakteristika von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, 2001



Quelle: LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (2001).

5.4.3 Ungewollte Kinderlosigkeit, In-vitro-Fertilisation (IVF)

Das Reproduktionsverhalten hat sich besonders in den vergangenen zwei bis drei Jahrzehnten stark verändert. Elternschaft wird – nicht zuletzt unterstützt durch die Einführung der Antibabypille im Jahr 1960 – gezielt geplant und mit der beruflichen Karriere abgestimmt. Das ist einer der Gründe, warum es zu immer späterer Erfüllung des Kinderwunsches und zur Abnahme der Kinderzahl kommt. Der ersten Schwangerschaft können oft zwanzig Jahre der Verhütung vorausgehen, was bedeutet, dass durchschnittlich nur mehr rund ein Viertel der fruchtbaren Jahre einer Frau für die Reproduktion genützt wird und hier wiederum jene Lebensphase, in der die Fruchtbarkeit bereits abnimmt. Ungewollte Kinderlosigkeit kann vielfältige körperliche, psychische und soziale Ursachen haben, auch seelische und körperliche Überlastung oder eine ungesunde Lebensführung können zu vorübergehenden unfruchtbaren Phasen führen. Ob und wann ein Paar sich in reproduktionsmedizinische Behandlung begibt, müssen die Betroffenen selbst entscheiden. Medizinische und psychosoziale Beratung kann im Entscheidungsprozess hilfreich sein.

Ungewollte Kinderlosigkeit oder unerfüllter Kinderwunsch sind Synonyme für Unfruchtbarkeit, die auch als Infertilität (Empfängnisunfähigkeit) bzw. Sterilität (Zeugungsunfähigkeit) bezeichnet werden. Im Jahr 1967 wurde Unfruchtbarkeit durch die „Scientific Group on the Epidemiology of Infertility“ der WHO in die Internationalen Diagnosekriterien ICD als Krankheit aufgenommen.[383] Von Infertilität/Sterilität spricht man, wenn bei einem Paar entgegen seinem expliziten Willen nach mehr als zwei Jahren (in der Praxis meist nach einem Jahr) trotz regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eintritt. Primäre Infertilität bedeutet, dass noch nie eine Empfängnis stattgefunden hat, bei sekundärer Infertilität ist zumindest schon einmal eine Schwangerschaft aufgetreten.

Bei rund jeder dritten Frau mit Kinderwunsch dauert es länger als ein Jahr, bis eine Schwangerschaft eintritt. Selbst bei einem gesunden Paar liegt die Wahrscheinlichkeit, bei regelmäßigem Geschlechtsverkehr innerhalb eines Zyklus schwanger zu werden, je nach Alter lediglich bei 10 bis 30 Prozent. Weniger als 5 Prozent aller Paare bleiben dauerhaft ungewollt kinderlos.[384]

383 ICD-10 Diagnosen: N97.x Sterilität der Frau, N46 Sterilität des Mannes.

384 RKI (2004).

Methoden der assistierten Reproduktion

Im Jahr 1977, also vor beinahe drei Jahrzehnten, wurde erstmals ein durch In-vitro-Fertilisation gezeugter Embryo in den Uterus einer Frau eingesetzt und ein Jahr später wurde das erste Retortenbaby, ein gesundes Mädchen namens Louise Joy Brown, in Großbritannien geboren. Damit wurde eine neue Ära der Fortpflanzungsmedizin eingeleitet. Inzwischen stehen neben der In-vitro-Fertilisation mehrere Methoden der „assistierten Reproduktion", das heißt der Befruchtung mit medizinischer Unterstützung, zur Verfügung. Die häufigsten sind nachfolgend angeführt.

Tabelle 5.21: Methoden der assistierten Reproduktion (medizinisch unterstützte Befruchtung)

Hormonstimulation und Insemination	36 Stunden nach dem Auslösen des Eisprungs wird eine Kappe mit dem aufbereiteten, gewaschenen Samen des Partners oder eines Spenders (donogen) vor den Muttermund der Frau gelegt, oder der Samen wird direkt in den Muttermundkanal, in die Gebärmutterhöhle oder in die Eileiter deponiert.
IVF – In-vitro-Fertilisation	Reife Eizellen werden nach Hormonstimulation aus den Eierstöcken entnommen und im Labor mit der aufbereiteten Samenflüssigkeit zusammen gebracht. Hat eine Befruchtung und Zellteilung stattgefunden, werden maximal drei Eizellen in die Gebärmutter zurückgegeben.
ICSI – Intrazystoplasmatische Spermieninjektion	Reife Eizellen werden nach Hormonstimulation aus den Eierstöcken entnommen. Eine Samenzelle wird in die zuvor entnommene Eizelle mit einer feinen Nadel injiziert. Hat eine Zellteilung stattgefunden, werden maximal drei Eizellen in die Gebärmutter zurückgegeben.
GIFT – Gamete Intrafallopian Transfer	Reife Eizellen werden aus den Eierstöcken entnommen und zusammen mit der aufbereiteten Samenflüssigkeit in den Eileiter zurückgespült. Die Befruchtung findet im Körper der Frau statt.
Kryokonservierung	Befruchtete Eizellen aus den früheren IVF- oder ICSI-Behandlungen werden im Vorkernstadium eingefroren und zu einem späteren Zeitpunkt in die Gebärmutter eingebracht.
Assisted Hatching (Schlüpfhilfe)	Nach der Befruchtung teilen sich die Zellen des Embryos zunächst innerhalb der Eizelle, welche von einer Hülle umgeben ist (Zona pelludica). Mit einer laserunterstützten Mikromanipulation an der Zona pelludica wird versucht, dem heranwachsenden Embryo das Verlassen aus dieser Umhüllung und damit eine Einnistung in die Gebärmutterschleimhaut zu erleichtern.

Quelle: RKI (2004), S. 15.

Rahmenbedingungen der In-vitro-Fertilisation in Österreich

Im Jahr 2000 wurde in Österreich per Bundesgesetz ein Fonds zur Unterstützung von Paaren, die sich einer In-vitro-Fertilisation unterziehen wollen, eingerichtet. Dieser Fonds wird zu gleichen Teilen aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen und der Sozialversicherungsträger finanziert (IVF-Fonds-Gesetz BGBl I 1999/180). Mit 30. April 2004 wurde das IVF-Fonds-Gesetz in mehreren Punkten abgeändert: Zwei häufige Sterilitätsfaktoren, die Endometriose und das Polycystische Ovarsyndrom (PCOS) werden zukünftig ebenfalls Gründe für die finanzielle Unterstützung darstellen, hingegen wurde der Zustand nach Tubenligatur und die Vasektomie aus der Unterstützungsliste herausgenommen. Der Fonds übernimmt siebzig Prozent der Kosten der In-vitro-Fertilisation, die pro Versuch je nach Methode und Anstalt zwischen 1.400 und 1.700 Euro liegen. Der Selbstbehalt beträgt demnach 420 bis 510 Euro pro Versuch. Pro Paar und angestrebter Schwangerschaft besteht Anspruch auf die Kostenerstattung von höchstens vier Versuchen, sofern zum Zeitpunkt des Beginns eines Versuches die Frau das vierzigste und der Mann das fünfzigste Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Weitere Voraussetzungen sind das Vorliegen einer Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung im Krankheitsfall. Bei Personen, die nicht österreichische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger sind, ist darüber hinaus eine länger als drei Monate dauernde Beschäftigung bei einem Dienstgeber im Bundesgebiet erforderlich. Krankenanstalten, die In-vitro-Fertilisationen unter Kostentragung des IVF-Fonds durchführen, benötigen eine Zulassung gemäß §5Abs.2 des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG BGBl 1992/275 i.d.F. BGBl I2001/98), einen rechtsgültigen Vertrag mit dem IVF-Fonds und einen Behandlungsvertrag mit den PatientInnen.[385] Im Jahr 2004 gab es in Österreich 25 IVF-Vertrags-Krankenanstalten (10 öffentliche, 15 private Anstalten), acht davon in Wien (davon zwei öffentliche). In jedem Bundesland befindet sich zumindest eine Anstalt.

Tabelle 5.24: Pränataldiagnostische Angebote an ausgewählten Wiener Geburtenabteilungen 2004

Pränataldiagnostik im Haus angeboten	Semmelweis Klinik Wien		SMZ-Ost*		St. Josef Spital**		Goldenes Kreuz		Privatklinik Döbling***		Rudolfinerhaus****	
	öffentlich						privat					
	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€
Nackendichtemessung	ja	0	ja	0	ja	0	ja	–	ja	200	ja	100
Combined Test	nein	–	ja	0	ja	77	ja	200	ja	200	ja	100
Oscar Test	nein	–	nein	–	nein	–	ja	200	ja	200	ja	100
Fruchtwasserpunktion	ja	0	ja	0	ja	0	ja	490	ja	490	ja	–
Chorionzotten-Biopsie	ja	0	ja	0	nein	–	ja	490	ja	490	ja	–
Organscreening	ja	0	ja		ja	0	ja	200	ja	200	ja	100
3D-Ultraschall	nein	–	ja	0	nein	–	ja	90	ja	90	ja	90

* *SMZ-Ost*: 3D-Ultraschall bei Indikation.

** *St. Josef Spital:* Schwangerenintensivambulanz: Für Problemschwangerschaften oder besondere Fragen, Augenmerk neben Medizin auf persönliche Betreuung.

*** *Privatklinik Döbling:* Für Patientinnen mit privater Krankenversicherung werden bei Nackendichte, Combined, Oscar und Organscreening bis auf je 50 Euro die Kosten von der Versicherung übernommen, Kombiangebot Oscartest und Organscreening: 300 Euro.

**** *Rudolfinerhaus:* auch 4D-Ultraschall; wenn Organscreening und Combinedtest gemeinsam durchgeführt werden 150 Euro.

Quelle: VKI (2005).

5.4.4 Präimplantationsdiagnostik (PID)

Die **Präimplantationsdiagnostik (PID),** das heißt Untersuchungen des Embryos vor dessen Transfer in die Gebärmutter bei In-vitro-Fertilisation (IVF), ist international umstritten. Einzelne Zellen des Embryos werden ab dem dritten Lebenstag entnommen und auf Chromosomenstörungen bzw. genetische Erkrankungen untersucht. Bei Vorhandensein eines Defekts wird der Embryo nicht transferiert. Die PID ist in Österreich, Deutschland, der Schweiz und Italien gesetzlich verboten, in anderen Ländern auf der Grundlage einschlägiger Gesetze in Ausnahmefällen schwerer genetischer Belastungen zugelassen (z. B. Dänemark) oder in Ermangelung expliziter Regelungen erlaubt (z. B. Belgien). In Norwegen, Polen, Rumänien und Bulgarien ist die PID nicht gesetzlich verboten, wird aber auch nicht verwendet.[388] In Österreich ist die öffentliche Diskussion über die Präimplantationsdiagnostik (PID) – aber auch anderer Themen der Biomedizin und Bioethik – im Vergleich zu den Nachbarländern kaum präsent. Die Diskussionslinie verläuft zwischen dem Argument, dass durch die PID genetisch belastete Paare eine Chance auf ein gesundes Kind bekommen; die GegnerInnen argumentieren, dass durch den selektiven Charakter der PID fragwürdige gesellschaftliche Entwicklungen in Richtung einer positiven Eugenik begünstigt werden. Die Österreichische Bioethik-Kommission beim Bundeskanzleramt hat zum Thema Pränataldiagnostik im Juli 2004 einen ausführlichen Bericht vorgelegt.[389]

5.4.5 Biomedizin und Bioethik

Das junge Fach der Biomedizin ist eine Wissenschaftsdisziplin im Grenzbereich von Medizin und Biologie, ein interdisziplinäres Fachgebiet, das die Inhalte und Fragestellungen der experimentellen Medizin mit den Methoden der Molekularbiologie und der Zellbiologie verbindet. Im Mittelpunkt stehen die molekularen und zellbiologischen Grundlagen des Lebens. Die raschen Entwicklungen in der modernen Biomedizin stellen die Gesellschaft vor neue moralische Herausforderungen: Präimplantationsdiagnostik (PID), Embryonenforschung und Klonen rühren an den Fundamenten des menschlichen Lebens. Menschliche Grundrechte und Wahrung der Menschenwürde sind zentrale Begriffe der Diskussion um die Grenzen der Forschungsfreiheit. Zentrale Fragen sind:

- Wie ist die Frage zu lösen, ob dem Embryo eine Garantie der Menschenwürde zustehe und wie steht man dann zu einer **„verbrauchenden Embryonenforschung“**?
- Zum einen besteht international Übereinstimmung darüber, dass die Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken ethisch abzulehnen und ju-

388 JONES, COHEN (2004).

389 BIOETHIKKOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT (2004).

ristisch zu verbieten sei (Artikel 18 des Menschenrechtsübereinkommens zur Biomedizin, das Österreich noch nicht ratifiziert hat). Wie steht es mit der Zulässigkeit der **Forschung an „überzähligen Embryonen“**? Eine solche Forschung ist laut § 9 FMedG, Fortpflanzungsmedizingesetz zwar verboten, es wird aber argumentiert, dass man die nicht zur Implantation geeigneten und der Vernichtung preisgegebenen Embryonen der Forschung zur Verfügung stellen könnte, mit dem Ziel, zum medizinischen Fortschritt beizutragen.

- Wie ist die Unterscheidung von **„reproduktivem“ und „therapeutischem“ Klonen** zu bewerten? Das Zusatzprotokoll zum Menschenrechtsübereinkommen in der Biomedizin aus 1998 verbietet das reproduktive, nicht aber das therapeutische Klonen.

In Österreich wurde 2001 eine **Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt**[390] eingerichtet, ein aus 19 ExpertInnen (vier davon sind Frauen) bestehendes interdisziplinäres Gremium aus den Bereichen Medizin, Molekularbiologie und Genetik, Rechtswissenschaften, Soziologie, Philosophie und Theologie. Zentrale Themen der vergangenen Jahre waren die Diskussion der Präimplantationsdiagnostik (PID), zu der auch ein ausführlicher Bericht vorgelegt wurde,[391] sowie die Novelle zum Fortpflanzungsmedizingesetz (FmedGNov 2004).

Fortpflanzungsmedizingesetz-Novelle 2004 (FMedGNov 2004)

Das Fortpflanzungsmedizingesetz (FmedG; BGBl. 275/1992) regelt den Bereich der Reproduktionsmedizin, es wurde im November 2004 durch eine Novelle geändert (FMedGNov 2004; BGBl 1 2004/163), welche folgenden Inhalt aufweist:

- Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung ist auch dann zulässig, wenn ein Geschlechtsverkehr zur Herbeiführung einer Schwangerschaft den EhegattInnen oder LebensgefährtInnen wegen der 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 zu nehmen.
- Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe dürfen für eine künftige medizinisch unterstützte Fortpflanzung entnommen und aufbewahrt werden, wenn ein körperliches Leiden oder dessen dem Stand der medizinischen Forschung entsprechende Behandlung eine ernsthafte Gefahr bewirkt, dass eine Schwangerschaft nicht mehr durch Geschlechtsverkehr herbeigeführt werden kann (§ 2 Abs. 3 neu FMedG).
- **Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe** dürfen **bis auf Widerruf oder bis zum Tod** der Person, von der sie stammen, aufbewahrt werden. Entwicklungsfähige Zellen dürfen nur bis auf Widerruf der Frau, von der die Eizellen stammen, oder bis zum Tod eines der EhegattInnen oder LebensgefährtInnen, höchstens jedoch zehn Jahre, aufbewahrt werden (§ 17 Abs. 1 FMedG; vgl. demgegenüber die strikt auf ein Jahr limitiert gewesene Frist nach der Stammfassung des FMedG sowie die noch im Begutachtungsentwurf vorgeschlagen gewesene Bindung an ein Alterslimit von 50 Jahren). Zum Zeitpunkt der Einbringung von Samen, Eizellen oder entwicklungsfähigen Zellen in den Körper der Frau darf die Zustimmung beider EhegattInnen oder LebensgefährtInnen aber nicht älter als ein Jahr sein (§ 8 Abs. 5 neu FMedG).
- Das strikte **Überlassungsverbot von entwicklungsfähigen Zellen** (§17 Abs. 2 FmedG in der Stammfassung) wurde dahingehend modifiziert, als nunmehr Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe, die für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollten, sowie entwicklungsfähige Zellen, einer nach § 5 Abs. 2 FMedG zugelassenen Krankenanstalt bzw. Samen auch einer/m FachärztIn für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der/die eine Meldung nach § 5 Abs. 1 FMedG erstattet hat, überlassen werden dürfen. Voraussetzung ist die schriftliche Zustimmung der Person, von der Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe stammen, bzw. die schriftliche Zustimmung beider EhegattInnen oder LebensgefährtInnen für die Überlassung von entwicklungsfähigen Zellen.
- Gegenüber dem Begutachtungsentwurf enthält die Novelle keine Änderungen der Rechtslage im Zusammenhang mit dem Klonen. In der Novelle des Fortpflanzungsmedizingesetzes wurde das bislang nur implizit vorhandene **Klonverbot ausdrücklich ausformuliert**.

390 http://www.bka.gv.at/bioethik

391 BIOETHIKKOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT (2004).

Tabelle 5.24: Pränataldiagnostische Angebote an ausgewählten Wiener Geburtenabteilungen 2004

Pränataldiagnostik im Haus angeboten	Semmelweis Klinik Wien		SMZ-Ost*		St. Josef Spital**		Goldenes Kreuz		Privatklinik Döbling***		Rudolfinerhaus****	
	öffentlich						privat					
	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€	Angebot	€
Nackendichtemessung	ja	0	ja	0	ja	0	ja	–	ja	200	ja	100
Combined Test	nein	–	ja	0	ja	77	ja	200	ja	200	ja	100
Oscar Test	nein	–	nein	–	nein	–	ja	200	ja	200	ja	100
Fruchtwasserpunktion	ja	0	ja	0	ja	0	ja	490	ja	490	ja	–
Chorionzotten-Biopsie	ja	0	ja	0	nein	–	ja	490	ja	490	ja	–
Organscreening	ja	0	ja		ja	0	ja	200	ja	200	ja	100
3D-Ultraschall	nein	–	ja	0	nein	–	ja	90	ja	90	ja	90

* *SMZ-Ost*: 3D-Ultraschall bei Indikation.

** *St. Josef Spital:* Schwangerenintensivambulanz: Für Problemschwangerschaften oder besondere Fragen, Augenmerk neben Medizin auf persönliche Betreuung.

*** *Privatklinik Döbling:* Für Patientinnen mit privater Krankenversicherung werden bei Nackendichte, Combined, Oscar und Organscreening bis auf je 50 Euro die Kosten von der Versicherung übernommen, Kombiangebot Oscartest und Organscreening: 300 Euro.

**** *Rudolfinerhaus:* auch 4D-Ultraschall; wenn Organscreening und Combinedtest gemeinsam durchgeführt werden 150 Euro.

Quelle: VKI (2005).

5.4.4 Präimplantationsdiagnostik (PID)

Die **Präimplantationsdiagnostik (PID),** das heißt Untersuchungen des Embryos vor dessen Transfer in die Gebärmutter bei In-vitro-Fertilisation (IVF), ist international umstritten. Einzelne Zellen des Embryos werden ab dem dritten Lebenstag entnommen und auf Chromosomenstörungen bzw. genetische Erkrankungen untersucht. Bei Vorhandensein eines Defekts wird der Embryo nicht transferiert. Die PID ist in Österreich, Deutschland, der Schweiz und Italien gesetzlich verboten, in anderen Ländern auf der Grundlage einschlägiger Gesetze in Ausnahmefällen schwerer genetischer Belastungen zugelassen (z. B. Dänemark) oder in Ermangelung expliziter Regelungen erlaubt (z. B. Belgien). In Norwegen, Polen, Rumänien und Bulgarien ist die PID nicht gesetzlich verboten, wird aber auch nicht verwendet.[388] In Österreich ist die öffentliche Diskussion über die Präimplantationsdiagnostik (PID) – aber auch anderer Themen der Biomedizin und Bioethik – im Vergleich zu den Nachbarländern kaum präsent. Die Diskussionslinie verläuft zwischen dem Argument, dass durch die PID genetisch belastete Paare eine Chance auf ein gesundes Kind bekommen; die GegnerInnen argumentieren, dass durch den selektiven Charakter der PID fragwürdige gesellschaftliche Entwicklungen in Richtung einer positiven Eugenik begünstigt werden. Die Österreichische Bioethik-Kommission beim Bundeskanzleramt hat zum Thema Pränataldiagnostik im Juli 2004 einen ausführlichen Bericht vorgelegt.[389]

5.4.5 Biomedizin und Bioethik

Das junge Fach der Biomedizin ist eine Wissenschaftsdisziplin im Grenzbereich von Medizin und Biologie, ein interdisziplinäres Fachgebiet, das die Inhalte und Fragestellungen der experimentellen Medizin mit den Methoden der Molekularbiologie und der Zellbiologie verbindet. Im Mittelpunkt stehen die molekularen und zellbiologischen Grundlagen des Lebens. Die raschen Entwicklungen in der modernen Biomedizin stellen die Gesellschaft vor neue moralische Herausforderungen: Präimplantationsdiagnostik (PID), Embryonenforschung und Klonen rühren an den Fundamenten des menschlichen Lebens. Menschliche Grundrechte und Wahrung der Menschenwürde sind zentrale Begriffe der Diskussion um die Grenzen der Forschungsfreiheit. Zentrale Fragen sind:

- Wie ist die Frage zu lösen, ob dem Embryo eine Garantie der Menschenwürde zustehe und wie steht man dann zu einer **„verbrauchenden Embryonenforschung“**?
- Zum einen besteht international Übereinstimmung darüber, dass die Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken ethisch abzulehnen und ju-

388 JONES, COHEN (2004).

389 BIOETHIKKOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT (2004).

5.4 Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Zusammenfassung

Sexuelle und reproduktive Gesundheit von erwachsenen Frauen

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

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

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

Summary: Sexual and reproductive health

Sexual and reproductive health of adult women

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

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

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

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

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

Sexuelle und reproduktive Gesundheit – Begriffsbestimmung

Das **Konzept der sexuellen Gesundheit (Sexual Health)** bezieht sich auf Gesundheitsförderung im Bereich der Sexualität. Die Definition der **reproduktiven Gesundheit** weist auf die reproduktiven Rechte jedes Menschen hin.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)[379] definiert **sexuelle Gesundheit** als einen „Zustand des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität; es ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, eingeschränkter Funktion oder Schwäche. Sexuelle Gesundheit erfordert einen positiven und respektvollen Zugang zur Sexualität und zu sexuellen Beziehungen ebenso wie die Möglichkeit, Sexualität auf eine positive und sichere Weise ausüben zu können, ohne Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Um sexuelle Gesundheit zu erlangen und aufrecht zu erhalten, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen respektiert, geschützt und eingehalten werden“.

[379] http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#3

Wahlfreiheit der Frau die Schonung des Beckendbodens und die Bewahrung der Kontinenz des Urogenitaltrakts angeführt. Dem stehen kritische Stimmen gegenüber, die entgegensetzen, dass nach einem Kaiserschnitt die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass nachfolgende Geburten auch mit einem Kaiserschnitt durchgeführt werden müssen und es zu Problemen mit den Operationsnarben kommen könne. Auch auf psychischer Ebene sei das Fehlen des Geburtserlebnisses für viele Frauen belastend. KritikerInnen des „Kaiserschnitts auf Wunsch" weisen zudem darauf hin, dass dieser eine Entbindungsform sei, die für den/die GeburtshelferIn den geringsten Aufwand bedeute und daher nicht zuletzt aus diesem Grund der Frau als eine den Beckenboden schonende („saving the love channel"), planbare und sichere Alternative zur „natürlichen" Geburt angeboten werde.[395]

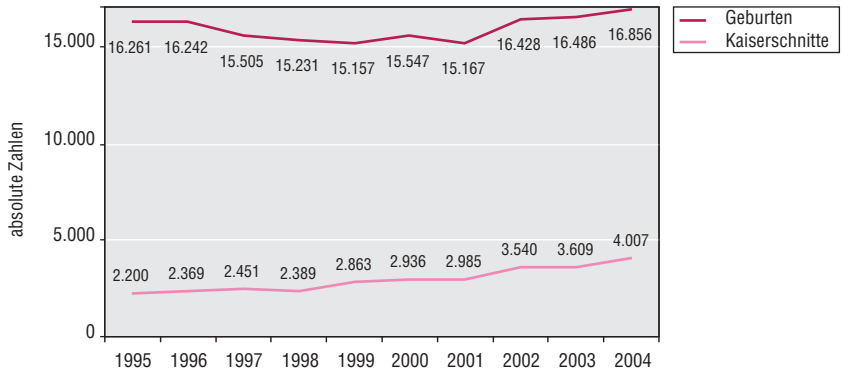
Begriffsklärung

Mögliche Arten der Geburt sind die vaginale Geburt durch die Scheide, die unterstützte vaginale Geburt (mittels Vakuum-Saugglocke oder Zange [Forceps]) und der Kaiserschnitt (Sectio caesarea, Schnittentbindung). Beim *primären* Kaiserschnitt wird der Eingriff ohne vorherige Wehentätigkeit eingeleitet, beim *sekundären* Kaiserschnitt nach Beginn der Wehen. Bei den Kaiserschnitten unterscheidet man Notfall-Kaiserschnitte und geplante Kaiserschnitte (elektive Sectio). Ein Kaiserschnitt kann aufgrund einer medizinischen Indikation geplant werden, wobei zwischen harten und weichen Indikationen unterschieden wird: Harte Indikationen machen einen Kaiserschnitt unbedingt erforderlich, wie z. B. ein Nabelschnurvorfall oder eine Uterusruptur und sind Auslöser für rund zehn Prozent der Kaiserschnitte, mehr als 80 Prozent der Kaiserschnitte werden aufgrund weicher Indikationen durchgeführt, wie z. B. Beckenendlage oder andere Lageanomalien des Kindes oder bei verzögerter Geburt.[396] Wie hoch der Anteil des „Kaiserschnitts auf Wunsch" ohne jegliche medizinische Indikation ist, kann nicht genau gesagt werden.

Kaiserschnitt-Raten in Wien und Österreich

Von den 78.698 Lebendgeburten des Jahres 2004 in Österreich wurden 23,6 Prozent mit Kaiserschnitt durchgeführt. 1995 betrug die Rate noch 12,4 Prozent, das bedeutet eine Zunahme von 11,2 Prozent in neun Jahren. Am höchsten war die Kaiserschnittrate 2004 im Burgenland (28,9 Prozent), am niedrigsten in Salzburg (17,3 Prozent). Wien liegt im Vergleich der Bundesländer mit 23,8 Prozent hinter Salzburg, Vorarlberg und Oberösterreich auf dem vierten Rangplatz. Die absolute Zahl der Kaiserschnitte ist in Wien seit 1995 von 2.200 auf 4.007 im Jahr 2004 gestiegen, wobei sich die Anzahl der Geburten zu diesen beiden Zeitpunkten nur geringfügig unterscheidet (1995: 16.262 Lebendgeburten, 2004: 16.856).

Grafik 5.19: Geburten und Kaiserschnitte in Wien 1995 bis 2004



Quelle: Zur Verfügung gestellt von STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

394 Z. B. HUSSLEIN, LANGER (2000).
395 Z. B. KRAUSE (2002).
396 AWMF (2001).

Der zunehmenden Technisierung von Schwangerschaft und Geburt stehen aber auch Bemühungen um **„mütterfreundliche“ und „baby-freundliche“ Krankenhäuser bzw. Geburtskliniken** gegenüber.

Zehn „Stufen“ der Initiative für eine mütterfreundliche Geburt[392]

Ein mütterfreundliches Spital, Geburtszentrum oder Heimgeburten-Service …

1. muss allen Gebärenden **uneingeschränkte Auswahl von Begleitpersonen** ihrer Wahl bei der Geburt einschließlich Väter, Partner, Kinder, Familienmitglieder und Freunde anbieten sowie uneingeschränkte emotionale und körperliche Unterstützung von einer Geburtsbegleiterin und Zugang zu professioneller Hebammen-Pflege;
2. stellt genaue **beschreibende und statistische Informationen** öffentlich zur Verfügung, die Auskunft über Praxis und Methoden der Geburtshilfe geben, einschließlich Angaben über Interventionen und deren Erfolg bzw. Misserfolg (outcomes);
3. bietet **Kultur-kompetente Versorgung** an, das heißt Versorgung, die sensibel und aufmerksam ist für die speziellen Glaubensvorstellungen, Werte und Gepflogenheiten in der ethnischen Gruppe und der Religion der Mutter;
4. sorgt für die Möglichkeit der Frau, sich **während der Wehen und bei der Geburt frei zu bewegen**, zu gehen und die Position ihrer Wahl einzunehmen (außer eine bestimmte Komplikation erfordert eine Einschränkung), bei gleichzeitiger Empfehlung, nicht die Lihotomie-Position einzunehmen (flach auf dem Rücken mit erhobenen Beinen);
5. hat klar definierte Strategien und Maßnahmen für die Zusammenarbeit und Beratung während der perinatalen Periode **mit anderen Geburts-Services** (einschließlich Kommunikation mit dem/der ursprünglichen BetreuerIn, falls ein Transfer von einer Geburtsstelle zu einer andern erforderlich ist) und für die Vernetzung der Mutter mit den geeigneten extramuralen Ressourcen (einschließlich der pränatalen und der nach der Entlassung erforderlichen Kontrollen und der Unterstützung beim Stillen);
6. hat **keinen routinemäßigen Einsatz** folgender Praktiken und Prozeduren, die nicht durch wissenschaftliche Beweise bestätigt sind: Rasur des Intimbereichs; Einläufe; intravenöser Wehen-Tropf; Vorenthalten von Nahrung und Wasser; vorzeitiger Blasensprung; elektronisches fetales Monitoring. Andere Interventionen sind auf folgende Häufigkeiten beschränkt: Rate der **Geburtseinleitungen** von 10 Prozent oder weniger; **Dammschnitt (Episiotomie)-Rate** von 20 Prozent oder weniger, mit einer Zielsetzung von 5 Prozent oder weniger; **Kaiserschnitt-Rate** von 10 Prozent oder weniger in allgemeinen Geburtsabteilungen und 15 Prozent oder weniger in Abteilungen mit Hochrisiko-Versorgung; Rate **vaginaler Geburten** nach 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-medikamentösen Methoden der Schmerzlinderung**; keine Förderung des Angebots von Schmerzmitteln oder Narkose, sofern sie nicht für die Behandlung einer Komplikation erforderlich ist;
8. ermutigt alle Mütter und Familien, einschließlich jene mit kranken oder frühzeitig Geborenen, die Kinder zu **berühren, halten, stillen** und sich in jenem Ausmaß um ihr Baby zu kümmern, den ihr Zustand erlaubt;
9. warnt vor **Beschneidung** (Circumcision) des Neugeborenen;
10. bemüht sich, die WHO-UNICEF **Ten Steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative** einzuhalten und das erfolgreiche Stillen zu fördern. *(Siehe auch den Abschnitt „Stillen“ im vorliegenden Kapitel.)*

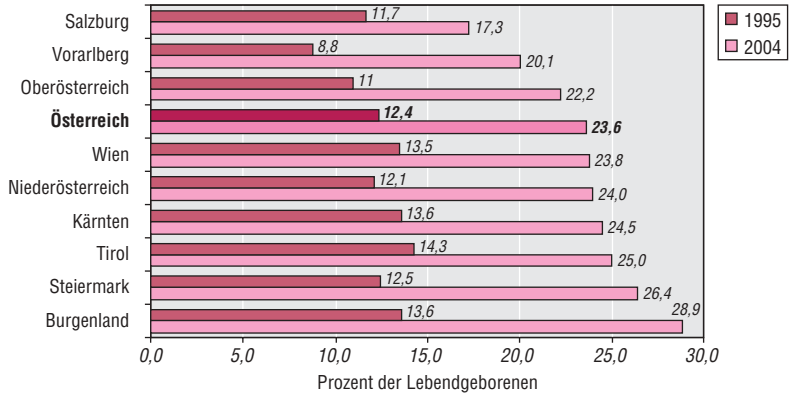
5.5.1 Kaiserschnitt auf Wunsch

Die in den vergangenen Jahren international und in Österreich stark gestiegenen Raten der Kaiserschnitt-Geburten haben eine kontroversielle Diskussion im Bereich der Geburtshilfe ausgelöst. In der Öffentlichkeit und in den Medien wird der „Kaiserschnitt auf Wunsch“ – das heißt, die werdende Mutter und der/die GeburtshelferIn bestimmen den Geburtstermin – als „Lifestyle-Operation“ präsentiert und als Geburtsmodus, für den sich Popstars, Fotomodelle und viel beschäftigte Geschäftsfrauen bevorzugt entscheiden.[393]

Im Bereich der Geburtshilfe sehen Befürworter des „Kaiserschnitts auf Wunsch“ darin den Geburtsmodus der Zukunft.[394] Als Hauptargumente werden neben der

392 CIMS (1996).
393 DER SPIEGEL (2003).

Grafik 5.20: Kaiserschnitt-Raten 2004 nach Bundesländern



Quelle: Zur Verfügung gestellt von STATISTIK AUSTRIA (Oktober 2005).

Die Kaiserschnitt-Raten unterscheiden sich beträchtlich zwischen den einzelnen Geburtskliniken, wobei die Tendenz zu erkennen ist, dass die Raten in Privatspitälern höher sind. Ein Test des Vereins für Konsumenteninformation[397] von Wiener Geburtsabteilungen im Jahr 2005 ergab für Privatspitäler Kaiserschnitt-Raten zwischen rund 40 und 50 Prozent, in den getesteten öffentlichen Spitälern lagen diese – mit Ausnahme des Allgemeinen Krankenhauses (AKH), wo sie 36,5 Prozent betrug – zwischen 15 und 17 Prozent, also unter der durchschnittlichen Kaiserschnitt-Rate für Wien (2003: 21,9 Prozent).

Tabelle 5.26: Kaiserschnitt- und Dammschnitt-Raten in ausgewählten Wiener geburtshilflichen Abteilungen 2004

Name der Klinik	Status	Geburten 2004	Kaiserschnitt-Rate	Dammschnitt-Rate
		absolut	Prozent	
AKH Wien	öffentlich	2.953	*36,5*	*15,4*
Semmelweis-Frauenklinik	öffentlich	2.630	*15,4*	*29,0*
SMZ-Ost Wien	öffentlich	2.000	*17,0*	*34,0*
St. Josef Wien	öffentlich	1.452	*15,7*	*11,1*
Goldenes Kreuz	privat	823	*49,6*	*9,0*
Privatklinik Döbling	privat	410	*41,2*	*7,0*
Rudolfinerhaus	privat	343	*40,0*	*20,0*

Quelle: VKI (2005).

5.5.2 Stillen

Die Förderung des Stillens ist seit mehreren Jahrzehnten ein erklärtes Ziel der öffentlichen Gesundheit. Auf internationaler Ebene haben sich vor allem die WHO und UNICEF für ein „erfolgreiches Stillen" eingesetzt[398] und im Jahr 1991 das **„Stillfreundliche Krankenhaus"** („Baby Friendly Hospital Initiative") initiiert. Dabei handelt es sich um ein Zertifikat, das ein Krankenhaus erhält, wenn es die „Zehn Stufen zum erfolgreichen Stillen" *(siehe nachfolgend)* erfüllt. International wurden inzwischen 15.000 Einrichtungen in 134 Ländern zertifiziert. In Österreich gibt es derzeit 14 „Stillfreundliche Krankenhäuser", als bislang einziges Krankenhaus in Wien erhielt die Semmelweis-Frauenklinik[399] im Jahr 1999 diese Auszeichnung.

397 VKI (2005).
398 http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm
399 http://www.wienkav.at/kav/sem/medstellen_anzeigen.asp?txt=104

WHO-UNICEF-Initiative „Stillfreundliches Krankenhaus“: Zehn Stufen zum erfolgreichen Stillen

1. Es liegen schriftliche Richtlinien für die Stillförderung vor, die routinemäßig an das gesamte Gesundheitspersonal vermittelt werden.
2. Das Gesundheitspersonal wird aus- und fortgebildet, um die Richtlinien der Stillförderung umsetzen zu können.
3. Alle Schwangeren werden über die Vorteile und die Durchführung des Stillens informiert.
4. Die Mütter werden dabei unterstützt, mit dem Stillen innerhalb einer halben Stunde nach der Geburt zu beginnen.
5. Den Müttern wird das richtige Anlegen des Babys an die Brust und das Aufrechterhalten der Milchproduktion beigebracht, auch wenn sie von ihren Kindern getrennt werden.
6. Neugeborene erhalten keine andere Nahrung oder andere Getränke (Wasser, Tee) als Muttermilch, außer es ist medizinisch erforderlich.
7. Rooming-in wird routinemäßig angewandt, das heißt, es muss für Mütter und Kinder möglich sein, 24 Stunden täglich zusammen zu bleiben.
8. Die Mütter werden angeleitet, das Stillen an den Bedarf des Kindes anzupassen.
9. Es werden keine Schnuller und Flaschen zum Stillen verwendet.
10. Die Entstehung von Stillgruppen wird unterstützt und Frauen werden hilfreiche Kontakte vor der Entlassung aus der Klinik vermittelt.

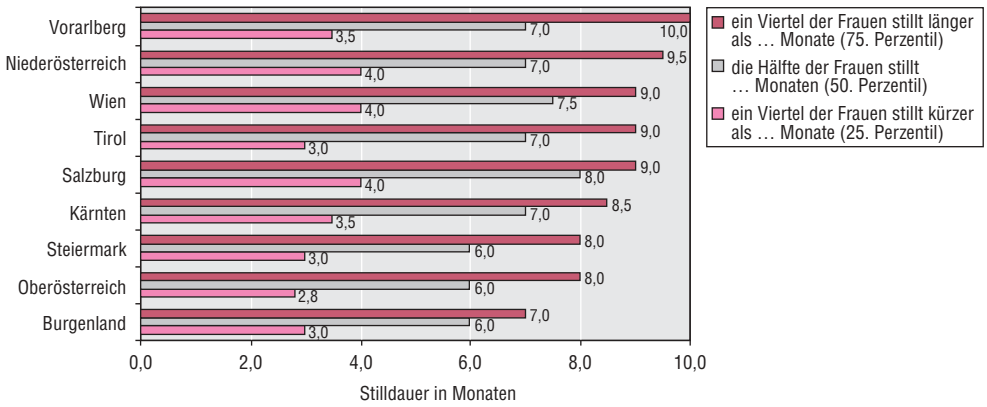
Auf Bundesebene wurde im September 2004 die **Österreichische Stillkommission** als Arbeitsgruppe der Mutter-Kind-Pass-Kommission des Obersten Sanitätsrats mit der Zielsetzung der Stillförderung eingerichtet. Sie setzt sich aus ÄrztInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und Hebammen zusammen. Im Jahr 2004 wurde eine Broschüre für stillende Mütter erstellt.[400]

Empfehlungen zur Stilldauer, Stillraten in Österreich

Über die optimale Stilldauer wurde in der vergangenen Jahrzehnten viel diskutiert – die Empfehlung der WHO aus dem Jahr 2001[401] lautet, dass sechs Monate voll gestillt werden sollte und die maximale Stilldauer 24 Monate sei. In einer Studie aus dem Jahr 1998 – aktuellere Studien sind in Österreich nicht verfügbar – weist Wien im Bundesländervergleich eine relativ hohe Stillrate auf: Ein Viertel der Mütter stillt länger als 9,0 Monate (dritter Rangplatz hinter Vorarlberg und Niederösterreich), die Hälfte der Mütter stillt bis zu 7,5 Monaten (erster Rangplatz) und das restliche Viertel der Mütter stillt bis zu 4,0 Monaten.

400 http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0025&doc=CMS1088673971981
401 WHO (2001).

Grafik 5.21: Stillraten 1998 nach Bundesländern



Quelle: BRONNEBERG et al. (1998).

Postpartale Depression (PPD)

Siehe auch: Modellprojekt zur Prävention nachgeburtlicher (postpartaler) Depressionen (Kapitel 10.1).

Depressive Verstimmungen nach der Geburt sind häufige und ernst zu nehmende psychische Zustände, die nach wie vor oft nicht diagnostiziert und behandelt werden, unter anderem weil ihr Auftreten der Erwartung widerspricht, eine Frau müsse nach der Geburt ihres Kindes ausschließlich glücklich sein.

Es werden verschiedene Formen depressiver Verstimmungen nach der Geburt beschrieben, die sich hinsichtlich Schwere, Verlauf und Dauer unterscheiden.[402]

- Die mildeste Form postpartaler Verstimmungen stellt der „**Baby Blues**" dar, welcher auch als „Postpartum Blues" oder als „Heultage" bezeichnet wird. Dabei handelt es sich um einen leichten depressiven Verstimmungszustand, der in der ersten Woche nach der Geburt auftreten kann und nach wenigen Tagen wieder abklingt. Die Angaben bezüglich der Häufigkeit des Baby Blues schwanken sehr stark und liegen zwischen 20 und 80 Prozent, das heißt, dass ein sehr großer Teil der Frauen nach der Geburt davon betroffen sein kann. Der Baby Blues ist selten behandlungsbedürftig, jedoch ist psychologische Beratung wünschenswert, die über den milden Verlauf aufklärt und damit zur Entlastung von Mutter, Kind und Angehörigen beiträgt.
- Als **postpartale Depression (PPD)** werden alle schweren, länger dauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen im ersten Jahr nach der Entbindung bezeichnet. Rund 10 bis 15 Prozent aller Frauen nach der Geburt erkranken in den ersten Monaten nach der Entbindung an dieser Form der Depression. Postpartale Depression ist gekennzeichnet durch alle Anzeichen einer „klassischen" Depression (Antriebsmangel, Energielosigkeit, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrationsstörungen, Ängste, Sorgen, Schuldgefühle, Suizidgedanken), wobei besondere emotionale Labilität hinzukommen kann. Postpartale Depression kann aber auch ungünstige Folgenwirkungen für das Kind haben, da die für die kindliche Entwicklung wichtige frühe Mutter-Kind-Beziehung durch den depressiven Rückzug der Mutter beeinträchtigt werden kann. Die postpartale Depression ist unbedingt behandlungsbedürftig, wobei Psychotherapie und/oder medikamentöse Therapie mögliche Optionen sind. Beim Einsatz einer Psychopharmaka-Therapie in der Schwangerschaft und während der Stillzeit ist eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung geboten.[403]
- **Postpartale Psychosen** oder **Wochenbett-Psychosen,** also schwere psychotische Zustände, treten bei 0,1 bis 0,2 Prozent der Frauen, d. h. bei ein bis zwei pro 1.000 Frauen nach der Geburt, innerhalb der ersten vier Wochen nach der Geburt auf. Eine therapeutische Intervention ist unbedingt erforderlich.

402 RIECHER-RÖSSLER (2001), S. 23 ff.; ROHDE (2001).
403 LANCZIK et al. (2001).

Häufigkeit postpartaler Depression in Österreich

Da über die Häufigkeit von Depressionen bei Frauen und Männern in Wien und Österreich keine repräsentativen Studien vorliegen, lässt sich die epidemiologische Bedeutung der postpartalen Depression nur schwer bestimmen. Eine österreichische Studie[404] an 1.134 Wöchnerinnen in Wien und Graz im Jahr 1997 ergab, dass drei Monate nach der Geburt 15,7 Prozent und sechs Monate nach der Geburt 13,6 Prozent der Frauen an einer postpartalen Depression litten.

Im Rahmen des in den Jahren 2001 und 2002 vom Wiener Programm für Frauengesundheit umgesetzten Modellprojektes zur Prävention nachgeburtlicher Depressionen (PPD) wurde unter anderem die **Inzidenz der postpartalen Depression** erhoben. An drei geburtshilflichen Abteilungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes (Kaiser-Franz-Josef Spital, Semmelweis-Frauenklinik, Donauspital SMZ-Ost) wurden schwangere Frauen mittels der Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) sowie eines Fragebogens zu psychosozialen Belastungen befragt. Insgesamt lagen Daten von 3.036 Frauen bei der ersten Erhebung und von 1.539 Frauen sechs Monate nach der Geburt vor. Im Längsschnitt konnten Informationen zur psychosozialen Veränderung von 653 Frauen gesammelt werden. Von den befragten Frauen hatten 18 Prozent am Beginn der Schwangerschaft (bis zur 30. Schwangerschaftswoche) erhöhte Werte im Depressionsfragebogen, 13 Prozent wiesen eine Erhöhung zwei Wochen vor der Geburt auf. Den gesamten Erhebungszeitraum betrachtet, hatten 28 Prozent zu einem der vier Befragungszeitpunkte Depressions-Werte im Risikobereich. Eine medizinisch-psychiatrische auffällige Anamnese (Depressionen, Angstzustände, Essstörungen, Probleme mit Drogen, andere psychische Erkrankungen) zum Zeitpunkt der Erstanmeldung hatten 10 Prozent aller befragten Frauen. Sozioökonomische Belastungsindikatoren waren bei 14 Prozent der Frauen zum ersten und dritten Befragungszeitpunkt gegeben. PatientInnen des Kaiser-Franz-Joseph-Spitals (KFJ) hatten doppelt so hohe Risikowerte wie die Frauen in den anderen geburtshilflichen Abteilungen.

In einer Studie aus dem Jahr 2005 zur **sexuellen und reproduktiven Gesundheit**[405] wurden 376 Frauen in Österreich, 80 davon in Wien, befragt, ob sie nach der am jüngsten zurückliegenden Geburt depressive Verstimmungen gehabt haben: 20,0 Prozent der Frauen in Wien und 16,0 Prozent der Frauen in ganz Österreich berichteten über eine leicht depressive Verstimmung; 6,3 Prozent der Wiener und 6,6 der österreichischen Frauen gaben eine schwere depressive Verstimmung an und schließlich 8,8 Prozent der Wienerinnen vs. 3,5 Prozent der Frauen in Österreich eine sehr schwere depressive Verstimmung.

Tabelle 5.27: Postpartale Depressionen laut Selbsteinschätzung in Wien und Österreich 2005

psychische Befindlichkeit nach der jüngst zurückliegenden Geburt	Wien		Österreich	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
keine depressive Verstimmung	52	*65,0*	274	*72,9*
leichte depressive Verstimmung	16	*20,0*	60	*16,0*
schwere depressive Verstimmung	5	*6,3*	25	*6,6*
sehr schwere depressive Verstimmung	7	*8,8*	13	*3,5*
weiß nicht, keine Antwort	0	*0,0*	4	*1,1*
gesamt	80	*100*	376	*100*

Quelle: BALDASZTI et al. (2005), S. 178.

404 HERZ et al. (1997).
405 BALDASZTI et al. (2005), S. 178.

Ursachen postpartaler Depression

Die Ursachen postpartaler Depressionen sind bisher nicht eindeutig geklärt. Weder hormonelle (z. B. Östrogen- und Progesteronspiegel), geburtshilfliche (z. B. Zahl der Geburten, Geburtskomplikationen) oder sozioökonomische Faktoren (Ausbildung, Beruf) unterscheiden sich bei postpartal depressiven Frauen von jenen, die keine Depression nach der Geburt haben. Mehrere Studien konnten jedoch zeigen, dass Mütter, die eine postpartale Depression entwickeln, oft nicht genügend soziale Unterstützung erhalten und häufiger schlecht funktionierende Partnerschaften haben. Laut den vorliegenden Studien ist eine postpartale Depression mit folgenden Faktoren assoziiert: depressive Erkrankungen in der Vorgeschichte, Stress mit der Versorgung des Kindes, allgemeiner Stress, wenig soziale Unterstützung, pränatale Angst, Baby Blues und geringe Zufriedenheit mit der Ehe. Besonders hoch ist das Risiko einer postpartalen Depression bei Frauen, die schon früher psychisch krank waren, hier liegt das Erkrankungsrisiko bei 60 Prozent. Bei dieser Gruppe von Frauen kann durch gezielte präventive Interventionsprogramme und eine engmaschige Begleitung in der Schwangerschaft und nach der Geburt die Erkrankung deutlich gesenkt werden.[406]

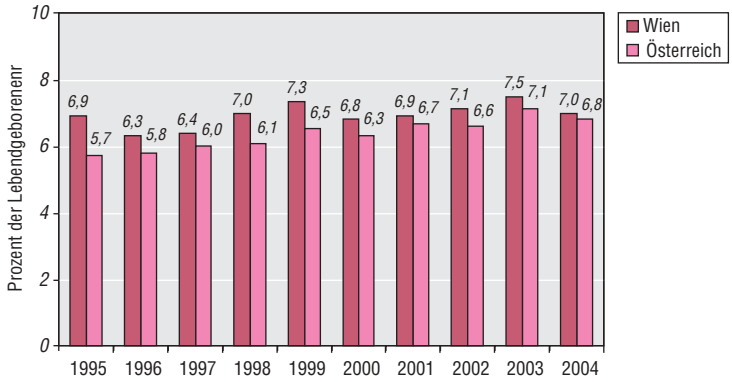
5.5.3 Frühgeburten

Frühgeburten sind ein großes Problem der Geburtshilfe, extreme Frühgeburten (Geburtsgewicht unter 2.000 Gramm) sind für einen großen Teil der Säuglingssterblichkeit und der Erkrankungen Neugeborener verantwortlich. Die Rate der Frühgeburten ist in den vergangenen Jahren ebenso wie die Überlebensrate der Frühgeborenen leicht gestiegen. Inzwischen überleben die meisten Kinder mit einem Geburtsgewicht zwischen 500 und 1.000 Gramm. Das bedeutet aber auch, dass die Zahl der überlebenden Frühgeborenen mit neurologischen Folgeschäden leicht steigt. Bemühungen zur Reduktion der Frühgeburtenrate sind daher erstrebenswert.

Laut WHO gelten Neugeborene mit einem **Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm** als untergewichtig bzw. werden als **Frühgeburten** bezeichnet. In Wien wurden 2004 1.178 Babys mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm geboren, in Österreich waren es insgesamt 5.381. Der Anteil von Frühgeburten an allen Lebendgeburten ist zwischen 1995 und 2004 sowohl in Wien als auch in Österreich geringfügig gestiegen und liegt in Wien (7,0 Prozent der Lebendgeborenen) über dem österreichischen Durchschnitt (6,8 Prozent).

Im Jahr 2004 lag das **durchschnittliche Geburtsgewicht** in Österreich bei den männlichen Neugeborenen bei 3.426 Gramm, bei den weiblichen bei 3.292 Gramm. Die **durchschnittliche Schwangerschaftsdauer** betrug 38,9 Wochen. Bei 1,5 Prozent aller Geburten war die Schwangerschaftsdauer unter 33 Wochen, bei diesen Lebendgeborenen lag der Anteil der Frühgeburten bei 98,3 Prozent.[407]

Grafik 5.22: Frühgeburten (Geburtsgewicht < 2.500 Gramm) in Wien und Österreich 1995 bis 2004



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 63 ff.

406 RIECHER-RÖSSLER (2001), S. 28 ff.
407 STATISTIK AUSTRIA (2005i).

Abgrenzung Lebendgeburt – Totgeburt – Fehlgeburt

Hebammen sind laut Hebammengesetz 1994 (§ 8. Abs. 1)[409] verpflichtet, jede Lebend- und Totgeburt innerhalb einer Woche der zuständigen Personenstandsbehörde anzuzeigen.[410] Fehlgeburten sind nicht anzuzeigen. Folgende Geburtsfälle sind zu unterscheiden:

- Als **Lebendgeburt** gilt unabhängig von der Schwangerschaftsdauer ein Kind dann, wenn nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib entweder die Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln, gleichgültig, ob die Nabelschnur durchgeschnitten ist oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht.
- Als **Totgeburt** oder bei der Geburt verstorben gilt ein Kind dann, wenn keines der in der Definition von Lebendgeburt angeführten Zeichen erkennbar ist und es ein Geburtsgewicht von **mindestens 500 Gramm** aufweist.
- Eine **Fehlgeburt** liegt vor, wenn bei einem Kind keines der in der Definition von Lebendgeburt angeführten Zeichen vorhanden ist und es ein Geburtsgewicht von **weniger als 500 Gramm** aufweist.

Administrative Regelungen bei Tot- und Fehlgeburt

Wochenschutz für die Mutter: Die Unterscheidung zwischen Lebendgeburt mit darauf folgendem Tod, Fehl- oder Totgeburt hat für die Mutter rechtliche Konsequenzen. Im Fall einer Lebendgeburt mit darauf folgendem Tod steht der Frau ein Wochenschutz von zwölf Wochen zu, nach einer Totgeburt dagegen nur acht Wochen. Keinen Anspruch auf Wochenschutz hat eine Frau nach einer Fehlgeburt.

Amtliche Beurkundung und Namensgebung: Während nach dem Tod eines lebend geborenen Kindes eine Geburts- und Sterbeurkunde ausgestellt wird sowie ein Vorname gegeben werden muss, wird ein tot geborenes Kind nur im Sterbebuch verzeichnet. Die Namensgebung ist in diesem Fall freiwillig. In beiden Fällen wird eine Totenbeschau durchgeführt. Keinen offiziellen Namen erhält dagegen ein Kind nach einer Fehlgeburt.

Bestattung von Kindern nach Tot-, Fehlgeburt: Die Bestattungsordnungen sind für die Bundesländer unterschiedlich. In Wien[411] können sowohl bei einer Totgeburt als auch bei einer Fehlgeburt Eltern ihr totes Kind mit einer Trauerfeier verabschieden und im Familiengrab bestatten lassen. In diesem Fall sollte dieser Wunsch bereits im Spital bekannt gegeben werden. Wollen die Eltern davon keinen Gebrauch machen, so sorgt die Stadt Wien für eine Bestattung am Zentralfriedhof in einem eigenen Gräberfeld (Nr. 35B). Fehlgeburten in den Wiener Städtischen Spitälern und dem Hanuschsspital werden gesammelt und gemeinsam kremiert.

Hilfe bei glückloser Schwangerschaft und für verwaiste Eltern

Fehl- und Totgeburten sind ein tabuisiertes Thema. Erst seit wenigen Jahren erhalten verwaiste Eltern nach dem Tod ihres Kindes institutionelle Unterstützung bei der Bewältigung des Verlusterlebnisses. In Wien bieten z. B. die Semmelweisklinik und das AKH (Point-Projekt) seit mehreren Jahren Beratung und Unterstützung der Betroffenen bei der psychischen Bewältigung, aber auch bei administrativen Erfordernissen an.

Wichtig bei der **psychischen Begleitung von Eltern nach Tot-, Fehlgeburt** ist die sprachliche Sensibilität: Worte wie Frucht, Fötus, Abgang oder Abortus sind zu vermeiden und anstelle dessen Baby, Kind und Geburt zu verwenden. Dadurch wird anerkannt, dass die Frau Mutter geworden ist, auch wenn das Kind gestorben ist. Die psychische Bewältigung fällt Eltern dann schwerer, wenn sie das Kind nicht gesehen haben. Es sollte auch angeboten werden, Erinnerungsstücke an das Kind aufzubewahren (Fotografien, Fußabdruck, Armbänder, ausgefüllter Mutter-Kind-Pass). Betroffene sollten darin bestärkt werden, sich mit der eigenen Trauer auseinander zu setzen, das tote Baby kennen zu lernen, es anzusehen, um von ihm Abschied nehmen zu können und keine falschen Vorstellungen entstehen zu lassen.

[409] Hebammengesetz – HebG (NR: GP XVIII RV 1461 AB 1542 S. 157. BR: 4773 AB 4770 S. 583.)
[410] http://www.ris.bka.gv.at/
[411] http://www.bestattungwien.at/index.php?id=327

Regenbogen Österreich[412] ist ein Verein zur Hilfestellung bei glückloser Schwangerschaft. Der Verein betreibt eine **Selbsthilfegruppe** für Eltern nach Fehlgeburt, Totgeburt oder einer Abtreibung. Seit 1994 werden Selbsthilfegruppentreffen und telefonische Beratung ehrenamtlich geleitet von einer Psychologin und Psychotherapeutin, angeboten. Ein Kreis von betroffenen Eltern (ca. 120 Frauen und 50 Männer) bietet Austausch von Erfahrungen, Informationen und Gespräche an. Diese Initiative ist weltweit verbreitet und wurde aus Deutschland übernommen; es haben sich auch bereits Gruppen in den Bundesländern gebildet. Ziel ist es, Grundlagen für die Trauerarbeit herzustellen, aber auch die Rechtsgrundlagen und die Spitalsroutine im Umgang mit Betroffenen zu verbessern. Viele betroffene Eltern wissen nach wie vor nicht, dass totgeborene Babys bestattet werden können. Die Selbsthilfegruppe versteht sich als Informationsdrehscheibe, die Beratung erfolgt persönlich, telefonisch oder durch schriftliches Infomaterial. Gruppentreffen finden ein Mal monatlich statt, ein Mal jährlich wird eine Seelenmesse für die toten Babys gefeiert.

412 www.glueckloseschwangerschaft.at

Abgrenzung Lebendgeburt – Totgeburt – Fehlgeburt

Hebammen sind laut Hebammengesetz 1994 (§ 8. Abs. 1)[409] verpflichtet, jede Lebend- und Totgeburt innerhalb einer Woche der zuständigen Personenstandsbehörde anzuzeigen.[410] Fehlgeburten sind nicht anzuzeigen. Folgende Geburtsfälle sind zu unterscheiden:

- Als **Lebendgeburt** gilt unabhängig von der Schwangerschaftsdauer ein Kind dann, wenn nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib entweder die Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln, gleichgültig, ob die Nabelschnur durchgeschnitten ist oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht.
- Als **Totgeburt** oder bei der Geburt verstorben gilt ein Kind dann, wenn keines der in der Definition von Lebendgeburt angeführten Zeichen erkennbar ist und es ein Geburtsgewicht von **mindestens 500 Gramm** aufweist.
- Eine **Fehlgeburt** liegt vor, wenn bei einem Kind keines der in der Definition von Lebendgeburt angeführten Zeichen vorhanden ist und es ein Geburtsgewicht von **weniger als 500 Gramm** aufweist.

Administrative Regelungen bei Tot- und Fehlgeburt

Wochenschutz für die Mutter: Die Unterscheidung zwischen Lebendgeburt mit darauf folgendem Tod, Fehl- oder Totgeburt hat für die Mutter rechtliche Konsequenzen. Im Fall einer Lebendgeburt mit darauf folgendem Tod steht der Frau ein Wochenschutz von zwölf Wochen zu, nach einer Totgeburt dagegen nur acht Wochen. Keinen Anspruch auf Wochenschutz hat eine Frau nach einer Fehlgeburt.

Amtliche Beurkundung und Namensgebung: Während nach dem Tod eines lebend geborenen Kindes eine Geburts- und Sterbeurkunde ausgestellt wird sowie ein Vorname gegeben werden muss, wird ein tot geborenes Kind nur im Sterbebuch verzeichnet. Die Namensgebung ist in diesem Fall freiwillig. In beiden Fällen wird eine Totenbeschau durchgeführt. Keinen offiziellen Namen erhält dagegen ein Kind nach einer Fehlgeburt.

Bestattung von Kindern nach Tot-, Fehlgeburt: Die Bestattungsordnungen sind für die Bundesländer unterschiedlich. In Wien[411] können sowohl bei einer Totgeburt als auch bei einer Fehlgeburt Eltern ihr totes Kind mit einer Trauerfeier verabschieden und im Familiengrab bestatten lassen. In diesem Fall sollte dieser Wunsch bereits im Spital bekannt gegeben werden. Wollen die Eltern davon keinen Gebrauch machen, so sorgt die Stadt Wien für eine Bestattung am Zentralfriedhof in einem eigenen Gräberfeld (Nr. 35B). Fehlgeburten in den Wiener Städtischen Spitälern und dem Hanuschsspital werden gesammelt und gemeinsam kremiert.

Hilfe bei glückloser Schwangerschaft und für verwaiste Eltern

Fehl- und Totgeburten sind ein tabuisiertes Thema. Erst seit wenigen Jahren erhalten verwaiste Eltern nach dem Tod ihres Kindes institutionelle Unterstützung bei der Bewältigung des Verlusterlebnisses. In Wien bieten z. B. die Semmelweisklinik und das AKH (Point-Projekt) seit mehreren Jahren Beratung und Unterstützung der Betroffenen bei der psychischen Bewältigung, aber auch bei administrativen Erfordernissen an.

Wichtig bei der **psychischen Begleitung von Eltern nach Tot-, Fehlgeburt** ist die sprachliche Sensibilität: Worte wie Frucht, Fötus, Abgang oder Abortus sind zu vermeiden und anstelle dessen Baby, Kind und Geburt zu verwenden. Dadurch wird anerkannt, dass die Frau Mutter geworden ist, auch wenn das Kind gestorben ist. Die psychische Bewältigung fällt Eltern dann schwerer, wenn sie das Kind nicht gesehen haben. Es sollte auch angeboten werden, Erinnerungsstücke an das Kind aufzubewahren (Fotografien, Fußabdruck, Armbänder, ausgefüllter Mutter-Kind-Pass). Betroffene sollten darin bestärkt werden, sich mit der eigenen Trauer auseinander zu setzen, das tote Baby kennen zu lernen, es anzusehen, um von ihm Abschied nehmen zu können und keine falschen Vorstellungen entstehen zu lassen.

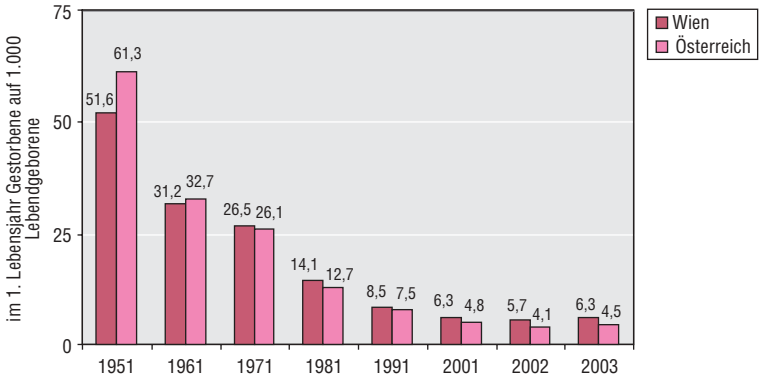
[409] Hebammengesetz – HebG (NR: GP XVIII RV 1461 AB 1542 S. 157. BR: 4773 AB 4770 S. 583.)
[410] http://www.ris.bka.gv.at/
[411] http://www.bestattungwien.at/index.php?id=327

Der häufigste Grund für Frühgeburten sind aufsteigende vaginale Infektionen. Diese können ohne Symptome verlaufen, bevor sie vorzeitige Wehen oder einen Blasensprung auslösen. Die im Jahr 2003 in Wien veröffentlichte „K.I.S.S.-Studie“[408] belegt die Reduzierung sowohl der Frühgeburten als auch der Spätaborte durch die medizinische Behandlung infizierter Schwangerer im Rahmen eines prophylaktischen **Infektionsscreenings**. Im Rahmen der Studie wurden gynäkologische Daten von 4.429 schwangeren Frauen ohne akute Beschwerden von 25 verschiedenen niedergelassenen FrauenärztInnen gesammelt. Bei etwas mehr als 20 Prozent der Schwangeren wurden asymptomatische vaginale Infektionen nachgewiesen (z. B. bei 14,0 Prozent Soor, bei 8,5 Prozent bakterielle Vaginosen) und medizinisch behandelt. Frühgeburten- und Spätabortrate konnten signifikant, das heißt um 50 Prozent, gesenkt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass es möglich ist, durch ein Infektionsscreening die Anzahl der Frühgeburten in allen niedrigen Geburtsgewichts-Klassen zu senken. Dies ist aber auch aus Sicht der Gesundheitsökonomie von Interesse: Eine Frühgeburt verursacht im AKH Wien durchschnittlich 65.600 Euro Spitalskosten bis zur Entlassung des Kindes. Hochgerechnet auf die Wiener Frühgeburtenzahlen wäre bei gänzlicher Verhinderung von Frühgeburten eine Reduktion der Spitalskosten um 10 Millionen Euro im Jahr möglich. Die AutorInnen plädieren daher für die Umsetzung eines konsequenten Infektionsscreenings und für eine Integration in den Mutter-Kind-Pass, wobei das mikroskopische Diagnoseverfahren und die Therapieempfehlung einer strengen Qualitätskontrolle unterliegen müssen. Die Screeninguntersuchung sollte zwischen der 16. und 17. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden, damit eine eventuell erforderliche Therapie noch vor der 19. Schwangerschaftswoche abgeschlossen werden kann.

5.5.4 Säuglingssterblichkeit

Seit Anfang der 1950er Jahre ist es in Wien und Österreich zu einem starken Rückgang der **Säuglingssterblichkeit** gekommen, sie liegt derzeit um ein Vielfaches unter ihrem damaligen Wert. Die Säuglingssterblichkeit lag in Wien im Jahr 2003 bei 6,3 Promille aller Lebendgeborenen (bzw. 0,63 Prozent) und somit über dem österreichischen Durchschnitt von 4,5 Promille. Das bedeutet, dass in Wien im Jahr 2003 96 Neugeborene gestorben sind vs. 501 im Jahr 1951; in Österreich starben im Jahr 2003 343 Neugeborene, 1951 waren es 5.350.

Grafik 5.23: Säuglingssterblichkeit (im 1. Lebensjahr Gestorbene auf 1.000 Lebendgeborene) in Wien und in Österreich gesamt 1951 bis 2003



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2006), S. 82.

408 KISS et al. (2004a,b; 2005).

5.5 Gesundheit rund um die Geburt

Siehe auch: Fertilität (Kapitel 3.3).

Zusammenfassung

Die zunehmenden diagnostischen Möglichkeiten der vorgeburtlichen Medizin (**Pränataldiagnostik**) verändern langfristig das Erleben von Schwangerschaft und Geburt. Viele Frauen bzw. Eltern geraten unter Druck, die angebotenen Untersuchungen auch zu nutzen, um mehr Gewissheit darüber zu haben, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen. Aus der Sicht der Frauen ist es wichtig, über kritische und evidenzbasierte Informationen zu verfügen, um selbst bestimmte Entscheidungen treffen zu können.

Die Medikalisierung der Schwangerschaft setzt sich in einem Trend der in steigendem Ausmaß **medizinisch kontrollierten Geburt** fort. 98,6 Prozent der Geburten finden in Krankenhäusern statt. Die ambulante Geburt, 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.

Summary: Pregnancy and childbirth

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

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

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

*The promotion of **breastfeeding** has been an international objective for several decades, in particular the WHO and UNICEF promote "successful breastfeeding" and initiated the **"Baby Friendly Hospital Initiative"** in 1991. So far Austria has 14 "Baby Friendly Hospitals". As the first and so far only hospital in Vienna, the Semmelweis women's clinic was awarded this title in 1999. The WHO recommends exclusive breastfeeding for the first six months as the optimal length, and additional breastfeeding up to an age of 24 months.*

Wien weist im Bundesländervergleich eine relativ hohe Stillrate auf: Ein Viertel der Mütter stillt länger als 9,0 Monate, die Hälfte der Mütter stillt bis zu 7,5 Monaten und das restliche Viertel der Mütter stillt bis zu 4,0 Monaten.

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

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

Compared to the other federal provinces, Vienna has a relatively high share of breastfeeding mothers: One in four mothers breastfeed longer than 9 months, about half up to 7.5 months, and the remaining quarter up to 4.0 months.

***Postnatal depression (PND)** is a medical condition that is frequent and should be taken seriously. However, it is still often not diagnosed, among other reasons because it contradicts the common opinion that a woman should be filled with happiness after the birth of her child. During the **model project for the prevention of postnatal depression**, which was carried out as a part of the Vienna Women's Health Programme in 2001 and 2002, data on the **incidence** of postnatal depression was collected. Of the women who took part in the questionnaire based survey, 18 percent showed indications of depression in the early stages of pregnancy (up to the 30th week), and 13 percent two weeks before birth. Over the entire time of the survey, 28 percent showed risky depression values in one of the four stages that were surveyed. During the project various preventive and supportive measures were also tested and evaluated. It is necessary to continue awareness building measures for medical staff and to extend the possibilities for admitting mothers and babies together to psychiatric wards.*

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

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

Fehl- und Totgeburten sind ein tabuisiertes Thema. Erst seit wenigen Jahren erhalten verwaiste Eltern nach dem Tod ihres Kindes institutionelle Unterstützung bei der Bewältigung des Verlusterlebnisses. In Wien bieten z. B. die 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.

Infant mortality *has declined strongly in Vienna and Austria since the 1950s. Infant mortality in Vienna in 2003 was 6.3 in 1000 live births (i.e. 0.63 percent), which was above the Austrian average of 4.5 in 1000.*

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

Medikalisierung der Geburt vs. mütterfreundliche Geburt

Nachdem in den 1970er und 1980er Jahren die „sanfte" und „natürliche" Geburt propagiert worden war, wurden im vergangenen Jahrzehnt Schwangerschaft und Geburt zunehmend medizinisch kontrolliert und sind zu einem technisierten Ereignis geworden. Dieser Trend zur Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt ist am deutlichsten am vermehrten Angebot an pränataldiagnostischen Methoden, aber auch an der stark steigenden Zahl der Kaiserschnitte abzulesen *(siehe weiter unten)*. Ein weiterer Indikator ist, dass in Wien im Jahr 2004 98,6 Prozent aller Lebendgeburten in Krankenhäusern stattfanden und das Angebot ambulanter Geburten, das heißt, mit einem Spitalsaufenthalt von weniger als 24 Stunden nach der Geburt, nur in sehr geringem Ausmaß in Anspruch genommen wurde (1,4 Prozent der Lebendgeburten).

Tabelle 5.25: Lebendgeburten in Wien und Österreich 1995 und 2004 nach Ort der Geburt bzw. nach ambulanter/stationärer Geburt

Ort der Geburt	1995				2004			
	Wien		Österreich		Wien		Österreich	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
stationäre Geburt (über 24 Stunden in KA)	15.520	*95,4*	86.107	*97,1*	16.205	*96,1*	76.461	*96,8*
ambulante Geburt (bis 24 Stunden in KA)	516	*3,2*	1.500	*1,7*	416	*2,5*	1.457	*1,8*
Geburt nicht in einer Krankenanstalt	225	*1,4*	1.062	*1,2*	235	*1,4*	1.050	*1,3*
gesamt	16.261	*100,0*	88.669	*100,0*	16.856	*100,0*	78.968	*100,0*

KA = Krankenanstalt

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005).

Als natürliche **Menopause** bezeichnet man die Beendigung der Menstruation als Folge der Einstellung der Aktivität der ovariellen Follikel. Der Eintritt der Menopause gilt nach zwölf aufeinander folgenden Monaten des Ausbleibens der Menstruation als bestätigt, sofern keine anderen pathologischen oder physiologischen Ursachen für das Ausbleiben der Menstruation vorliegen.[413] Menopause kann mit Sicherheit nur retrospektiv festgestellt werden, es gibt keine gesicherten biologischen Indikatoren, mit denen man den exakten Zeitpunkt des Erreichens der Menopause feststellen kann.[414] Als **Perimenopause** ist laut WHO die zwei bis acht Jahre dauernde Phase vor und ein Jahr nach der letzten Menstruation zu verstehen.[415] 90 Prozent der Frauen erfahren Veränderungen der Menstruation schon Jahre vor der Menopause, nur bei 10 Prozent endet die Menstruation plötzlich. Starke Blutungen sind häufig und rund ein Viertel der Frauen sucht deswegen medizinische Beratung auf.[416] Einige Frauen haben akute perimenopausale Beschwerden, am häufigsten sind vasomotorische Symptome wie Wallungen oder Nachtschweiß (diese werden von rund 85 Prozent der Frauen berichtet), vaginale Trockenheit, Brustschmerzen (Mastalgie), Schlafstörungen, Urin-Inkontinenz, Libidoveränderungen, Stimmungsschwankungen, Müdigkeit. Häufigkeit und Schweregrad dieser Symptome verändern sich in der perimenopausalen Phase. Hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens menopausaler Symptome gibt es große kulturelle Unterschiede, wobei asiatische Frauen am seltensten Symptome berichten, z. B. klagen nur 6 bis 12 Prozent der Frauen aus Thailand und Japan über Wechselbeschwerden, aber rund 30 bis 80 Prozent der Frauen aus Afrika.[417]

Im Rahmen einer österreichischen Studie,[418] bei der 388 Frauen im Alter von über 35 Jahren befragt wurden, ob sie schon je Wechselbeschwerden gehabt hätten, bejahten dies 36 Prozent der befragten Frauen. Als häufigste Beschwerde wurden von den betroffenen Frauen Hitzewallungen genannt (90 Prozent), gefolgt von Schlafstörungen (27 Prozent), psychischen Beschwerden (20 Prozent), verminderter Belastbarkeit (14 Prozent), Herzbeschwerden (10 Prozent) und sexuelle Probleme (8 Prozent). In dieser Studie wurden auch 35- bis 60-jährige Frauen befragt, ob sie zum Zeitpunkt der Befragung eine Hormonersatztherapie einnehmen, was von 7 Prozent der Frauen bejaht wurde. (Eine Auswertung nach Bundesländern wurde aufgrund der geringen Fallzahlen nicht durchgeführt).

Hormonersatztherapie (Hormone Replacement Therapy, HRT)

Hormonersatztherapien sind unterschiedliche medikamentöse Behandlungsschemen mit Östrogenen und Progestinen. Über Jahrzehnte wurden Hormonersatztherapien gegen Hitzewallungen und vaginale Trockenheit eingesetzt, in den letzten Jahren wurde auch eine präventive Wirkung bei chronischen Erkrankungen, wie z. B. kardiovaskulären Erkrankungen, Krebs, Osteoporose und Gedächtnisstörungen postuliert. Beobachtungsstudien zur langfristigen Hormoneinnahme haben einen Anstieg des Auftretens von Brustkrebs bei den Hormonanwenderinnen im Vergleich zu Frauen, die keine Hormone einnahmen, beobachtet – und zunächst eine Reduktion kardiovaskulärer Erkrankungen, in weiteren Analysen aber auch einen Anstieg.[419] Die Ergebnisse sind seit ihrer Veröffentlichung sehr umstritten und weitere Analysen sind zu deren Klärung erforderlich. Die **Women's Health Initiative (WHI)**[420] ist eine multizentrische, randomisierte Studie in den USA, welche mehrere Faktoren mit Auswirkung auf die postmenopausale Gesundheit untersucht. An dieser Studie nahmen 160.000 postmenopausale Frauen Teil. Ein Studienarm bestand in einer randomisierten, doppelblinden, Placebo-kontrollierten Hormongabe an 16.608 postmenopausale Frauen, um die Wirkung der täglichen oralen Einnahme einer Östrogen-Gestagen-Kombination im Vergleich zu einem Placebo zu testen.[421] Diese Studie wurde im Jahr 2002 vorzeitig abgebrochen, weil die Risiken die Vorteile überwogen. Nach einer Stu-

413 WHO (1996).
414 NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (2000).
415 CONTESTABILE, DERZKO (2001), DENNERSTEIN (2000).
416 KAUFERT et al. (2000).
417 OBERMEYER (2000).
418 BALDASZTI et al. (2005).
419 NELSON et al. (2002); WHI (2002).
420 http://www.nhlib.nih.gov/whi/
421 WHI (2002).

diendauer von durchschnittlich 5,2 Jahren war bei Hormonanwenderinnen ein Anstieg der Häufigkeit von Brustkrebs um 26 Prozent, von koronaren Herzerkrankungen um 29 Prozent und von Schlaganfall um 41 Prozent aufgetreten. Zugleich konnte aber auch eine Reduktion des Auftretens von Hüftfrakturen um 34 Prozent und von kolorektalem Krebs um 37 Prozent festgestellt werden. Obwohl die Women's Health Initiative die derzeit größte Studie zur Hormonersatztherapie ist, können viele Fragen in diesem Zusammenhang noch nicht beantwortet werden. In einem zweiten Studienarm wird derzeit der Frage nachgegangen, ob Östrogen alleine ähnliche oder andere Wirkungen hat als die Kombinationstherapie. Weitere Analysen der Studien haben ergeben, dass die kombinierte Hormonersatztherapie keine positiven Auswirkungen auf die kognitiven Funktionen haben,[422] ja sogar das Risiko für Demenz bei Frauen über 65 Jahren erhöhen;[423] kein Einfluss war auch auf die Lebensqualität von Frauen mit vasomotorischen Wechselbeschwerden zu erkennen.[424]

Viele medizinische Gesellschaften und ExpertInnen haben angesichts dieser Ergebnisse **Empfehlungen** abgegeben,[425] dass Hormonersatztherapien, im Besonderen jene, die aus einer Östrogen-Gestagen-Kombination bestehen, nicht als präventive Maßnahme eingesetzt werden sollten. Einigkeit herrscht bei den ExpertInnen auch darüber, dass Hormonersatztherapie auf die Behandlung von postmenopausalen Beschwerden beschränkt bleiben sollte, wobei die Dosis so niedrig als möglich und die Dauer so kurz als möglich angesetzt werden sollte; zudem wird eine regelmäßige Evaluation der Therapie durch die Frau selber gemeinsam mit ihrem/r BetreuerIn empfohlen.

Sowohl die amerikanische als auch die europäische Frauengesundheitsbewegung haben bereits seit den 1970er Jahren gegen die Pathologisierung und Medikalisierung von Frauen in der Menopause durch die Hormonersatztherapie angekämpft.[426] Sozialwissenschaftlich orientierte Vertreterinnen der Frauengesundheit plädieren für eine multidisziplinäre Sichtweise der Wechseljahre und stellen die Bedürfnisse und Betroffenheit der Frauen in den Vordergrund. Die konkreten Forderungen für eine frauengerechte Sichtweise der Wechseljahre sind in der nachfolgenden **Bremer Erklärung „wechseljahre multidisziplinär"** zusammengefasst.[427]

Bremer Erklärung „wechseljahre multidsziplinär"

Wechseljahre sind eine natürliche Phase im Leben von Frauen und keine Krankheit. In den Wechseljahren greifen körperliche, psychische und soziale Prozesse ineinander. Veränderungen, die Frauen während dieser Zeit erleben, (…) sind im Kontext ihrer Lebenssituation zu sehen. Die Wechseljahre sind nicht auf hormonelle Veränderungen zu reduzieren. Die einseitige Sichtweise und Bewertung führt zu unangemessenen Behandlungskonzepten und zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die mit zweifelhaftem Nutzen und mit Risiken einher gehende Therapie mit Sexualhormonen ist dafür nur ein deutliches Beispiel. Es stellt sich die Frage, ob **Frauen überhaupt eine professionelle Begleitung in dieser Lebensphase benötigen, und wenn ja, wie ein frauen- und situationsgerechtes Angebot** aussehen kann.

Gefordert wird,

- dass alle Frauen unabhängige und verlässliche **Informationen** zur Verfügung haben, die sie in ihrer Entscheidungsfindung für einen individuell angemessenen Umgang mit dieser Lebensphase unterstützen. Hierzu gehören die zielgruppenspezifische Entwicklung von Informationsmaterialien, z. B. durch die BZgA und die Krankenkassen sowie die Förderung der Selbsthilfe und der Aufbau geschlechts- und kultursensibler Beratungs- und Behandlungsangebote.

422 RAPP et al. (2003).
423 SHUMAKER et al. (2003).
424 HAYS et al. (2003).
425 Z. B. HUBER (2002); HUBER et al. (2002); WGKK (2003); BMGF und ÖGGG (2004); EXECUTIVE COMMITTEE OFT THE INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY (2004); UNDP, UNFPA, WHO, WORLDBANK (2005).
426 Z. B. BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE (1971); FFGZ (1990); GROTH (1992, 1994); STOLZENBERG, SACHSE (2003).
427 JAHN (2004).

- dass der jeweilige Stand des Wissens zu den Risiken und dem Nutzen systematisch zusammen getragen, bewertet und in die ärztliche Praxis umgesetzt wird, z. B. durch die **interdisziplinäre Entwicklung von Leitlinien**.
- eine auch von wirtschaftlichen Partikularinteressen unabhängige **multidisziplinäre und 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.

Quelle: JAHN (2004).

Sexuelle Gesundheit und Alter

Befragungen von älteren Menschen haben gezeigt, dass es bis zum Alter von 70 Jahren kaum zu einem Verlust des sexuellen Interesses oder zu einem Einstellen sexueller Aktivitäten kommt.[428] Ab dem Alter von 70 Jahren wird von rund einem Drittel der Befragten eine Verminderung von sexuellen Aktivitäten und Interesse an Sexualität berichtet. Die individuelle Wahrnehmung älterer Frauen weicht hier also von dem Bild ab, das Medizin und Medien vermitteln, die über zunehmende sexuelle Lustlosigkeit und Desinteresse mit steigendem Alter berichten. Auf körperlicher Ebene geschehen nach der Menopause Veränderung, die möglicherweise eine Veränderung des Erlebens der Frau bewirken.[429] Bei rund der Hälfte der Frauen kann es aufgrund des Sinkens des Östrogenspiegels in der Menopause zu einer Verdünnung der Schleimhaut und einer Verringerung der intravaginalen Gleitfähigkeit kommen, was in weiterer Folge zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen kann. Trotz dieser körperlichen Veränderung bleibt das subjektive Empfinden der Sexualität erhalten. Generell kann gesagt werden, dass es kaum zu grundlegenden Veränderung des sexuellen Erlebens und Verhaltens aufgrund des Alters kommt.

428 VON SYDOW (2004).
429 BITZER (2003).

5.6 Wechseljahre und sexuelle Gesundheit im Alter

Zusammenfassung

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

Summary: Menopause, hormone replacement therapy

The time before, during and after the beginning of menopause, the perimenopausal phase, can take several years. The physical and mental changes during this period are very individual and of varying strength. The average age for natural menopause in the Western societies is 51 years, which means that the postmenopausal phase is more than one third of a woman's life. In the last years heated public discussions have taken place on the ***benefits and risks of hormone replacement therapy****. Many medical societies and experts, among others the Vienna Health Insurance Fund (Wiener Gebietskrankenkasse), have made* ***recommendations*** *based on findings of studies which indicate an increased risk of breast cancer, coronary heart disease and stroke through hormone replacement therapy: in particular estrogen-progestin combination therapies should not be used preventively but should rather be limited to the treatment of postmenopausal symptoms with as low a dose and short a duration as possible. Both the North American and European women's health movements have protested against the "pathologisation" and medicalisation of menopausal women through hormone replacement therapy since the 1970s and spoken in favour of a multidisciplinary view of menopause that focuses on the needs of women.*

Wechseljahre

Die Zeit vor, während und nach dem Eintritt des „Wechsels", die perimenopausale Phase, kann im Leben einer Frau mehrere Jahre dauern. Die körperlichen und psychischen Veränderungen in dieser Zeit betreffen Frauen in unterschiedlichem Ausmaß. Das Durchschnittsalter für die natürliche Menopause ist in westlichen Gesellschaften 51 Jahre, das heißt, dass Frauen mehr als ein Drittel ihres Lebens postmenopausal verbringen. Es gibt Faktoren, die zu einer Veränderung des Menopausealters führen können, diese sind jedoch noch nicht ausreichend untersucht. Zum Beispiel ist nachgewiesen, dass Rauchen zu einem um rund zwei Jahre früheren Einsetzen der Menopause führen kann. Das Risiko für Erkrankungen, wie z. B. Osteoporose oder kardiovaskuläre Erkrankungen, ist in der postmenopausalen Phase erhöht.

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

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

5.7.1 Rahmenbedingungen der Frauenerwerbstätigkeit

Ein wichtiger Gradmesser für die Geschlechtergerechtigkeit einer Gesellschaft und für geschlechtersensible Politik ist die berufliche Gleichstellung. Die Frauenerwerbsquote ist im letzten Jahrzehnt weiter gestiegen. So stieg z. B. in Wien die allgemeine Erwerbsquote der Frauen (ohne Berücksichtigung geringfügig Beschäftigter) von 42,9 Prozent im Jahr 1991 auf 44,7 Prozent im Jahr 2001, wobei allerdings geringfügig Beschäftigte hier nicht berücksichtigt sind. Laut Mikrozensus waren in Wien 2003 im Jahresdurchschnitt 372.700 Frauen und 428.600 Männer erwerbstätig. Von den 367.700 weiblichen Erwerbspersonen[430] im Alter von 15 bis unter 60 Jahren hatten 45,1 Prozent (165.900) Kinder, 31,2 Prozent (114.800) hatten Kinder unter 15 Jahren.[431]

Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Kindern

Siehe auch: Institutionelle Kinderbetreuung (Kapitel 3.7).

In den letzten Jahrzehnten wurden zwar viele Maßnahmen zur Realisierung der Gleichstellung von Mann und Frau gesetzt, dennoch ist die Arbeit in den Familien nach wie vor ungleich verteilt. Die Gesamtarbeitszeit der Frauen ist deutlich höher als jene der Männer. Laut Mikrozensus September 2002 beträgt die durchschnittliche wöchentliche Gesamtarbeitszeit in Wien in der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren bei den Frauen 39,3 Stunden, bei den Männern 34,0 Stunden. Bei Erwerbstätigen erhöht sich die wöchentliche Gesamtarbeitszeit, aber auch die Differenz zwischen den Geschlechtern: In Österreich haben erwerbstätige Frauen eine Gesamtarbeitszeit von 64,0 Stunden, erwerbstätige Männer jedoch von nur 48,8 Stunden. Frauen wenden ein Vielfaches der Zeit, die Männer für Kindererziehung und Haushalt aufwenden, für diese Tätigkeiten auf. In Wien verbringen Frauen 46,0 Prozent, Männer jedoch 75,7 der wöchentlichen Gesamtarbeitszeit mit Erwerbsarbeit, bei der für Haushalt und Kinderbetreuung aufgewendeten Zeit verhält es sich gerade umgekehrt: Frauen wenden 37,0 Prozent ihrer Gesamtarbeitzeit für den Haushalt auf, Männer jedoch nur 17,0 Prozent. Die Kinderbetreuung nimmt bei Frauen 17,0 Prozent, bei Männern 7,3 Prozent der Gesamtarbeitszeit ein.[432] Ca. ein Drittel (32,7 Prozent) der Männer in Wien, in deren Haushalt Kinder unter 15 Jahren leben, beteiligen sich „selten oder nie“ an der Kinderbetreuung, während dies nur für 5,1 Prozent der Frauen zutrifft. Es sind (trotz Einführung des Kindergeldes) weiterhin die Frauen, die in Karenz gehen. So waren z. B. in Wien im

430 Erwerbstätige und Arbeitslose; die Berechnung basiert auf dem Labour-Force-Konzept (zur Definition vgl. Tabelle 3.10).
431 STATISTIK AUSTRIA (2005b), S. 299.
432 STATISTIK AUSTRIA (2003), S. 56 ff.

Dezember 2004 unter den BezieherInnen von Kindergeld lediglich 5,2 Prozent Männer.

Voraussetzung für die *Berufstätigkeit von Müttern* ist ein ausreichendes Angebot an ausserfamilialer Kinderbetreuung. In Wien ist die ausserfamiliale Betreuung von Kindern unter drei Jahren (mit 21,7 Prozent) wesentlich häufiger als im gesamten Bundesgebiet, wo nur 9,2 Prozent dieser Kinder extern betreut werden (Stand 2004).[433] Die Betreuungsquote der 3- bis 5-Jährigen liegt in etwa im österreichischen Durchschnitt (Wien 81,7 Prozent, Österreich: 82,1 Prozent; *vgl. dazu Abschnitt 3.7 Institutionelle Kinderbetreuung).* Der Großteil der WienerInnen (93,7 Prozent) ist mit der in Anspruch genommenen Betreuungseinrichtung zufrieden. Hauptgrund für die Unzufriedenheit sind die Kosten: 62,9 Prozent der mit der Betreuungseinrichtung Unzufriedenen geben an, die Betreuungseinrichtung sei zu teuer. 13,7 Prozent jener, die Kinder in Kinderbetreuungseinrichtungen haben, wünschen sich andere Öffnungszeiten.

Laut Frauenbarometer 2005[434] können rund drei Viertel der berufstätigen Frauen in Wien ihre Berufstätigkeit mit ihren privaten Verpflichtungen gut vereinbaren. Die berufstätigen Wienerinnen bewerten die Vereinbarkeit auf einer fünfstufigen Skala (1 = „sehr gut“, 5 = „sehr schlecht“) im Durchschnitt mit der Note 2. Berufstätige Mütter von Kleinkindern (bis 5 Jahre) bewerten sie mit der Note 2,3.

Die Mehrfachbelastung durch Beruf und private Verpflichtungen hat bedeutende Auswirkungen: Rund die Hälfte der erwerbstätigen Wienerinnen fühlt sich häufig („sehr häufig“ bzw. „häufig“) unter Stress, 44 Prozent verspüren häufig Leistungsdruck, 8 Prozent leiden häufig unter depressiver Verstimmung.

Bei Vorhandensein von Kindern, insbesondere von Kleinkindern, steigt die Stressbelastung: 57 Prozent der Frauen mit Kindern und 62 Prozent der Frauen mit Kindern im Alter von 6 bis 9 Jahren fühlen sich häufig („sehr häufig“ bzw. „häufig“) gestresst. 58 Prozent der Mütter von Kindern dieser Altersgruppe stehen häufig unter Leistungsdruck.

Unterstützt werden berufstätige Wienerinnen in erster Linie durch den Partner bzw. die Partnerin (47 Prozent), bei Verheirateten bzw. in Lebensgemeinschaft Lebenden ist die Unterstützung höher (66 Prozent). Am zweithäufigsten hilft die Familie: 28 Prozent der berufstätigen Wienerinnen geben an, dass ihnen die Familie hilft, alles unter einen Hut zu bringen. Vor allem bei erwerbstätigen Frauen mit Kindern nimmt die Familie eine wichtige Position ein. 40 Prozent der erwerbstätigen Frauen mit Kindern erhalten Unterstützung durch die Familie, im Vergleich zu 22 Prozent der erwerbstätigen Frauen ohne Kinder.

Möglichkeiten der Selbstverwirklichung durch den Beruf

Abgesehen von der Frage der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Kindererziehung und der Mehrfachbelastung durch verschiedene Rollen stellt die Berufstätigkeit für die meisten Frauen eine Bereicherung dar und gilt als wichtige Ressource für Wohlbefinden und Gesundheit. Laut Frauenbarometer 2005[435] erhalten 57 Prozent der berufstätigen Frauen in Wien durch die berufliche Tätigkeit häufig („sehr häufig“ bzw. „häufig“) Selbstbestätigung, 54 Prozent Anerkennung und Prestige. Der Beruf bietet Frauen, ihren eigenen Angaben nach, die Möglichkeit, selbständig zu handeln und Verantwortung zu übernehmen. Auf einer fünfstufigen Skala (1 = „trifft sehr zu“; 5 = „trifft gar nicht zu“) geben die Frauen im Durchschnitt die Note 1,7 für die Realisierung dieses Aspektes an. Es sind vor allem postmaterialistische Werte wie Freude an der Arbeit (Mittelwert 1,8), für andere Menschen und die Gesellschaft nützlich sein (Mittelwert 1,8) und soziale Kontakte (Mittelwert 1,8), welche die berufstätigen Wienerinnen bei ihrer beruflichen Tätigkeit schätzen. Materialistische Werte wie Karriere machen (Mittelwert 3,0), guter Verdienst (Mittelwert 2,6), Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten (Mittelwert 2,6) sehen Frauen in ihrer beruflichen Tätigkeit allerdings nur sehr begrenzt realisiert.

Berufstätige Frauen fühlen sich im Vergleich zu *Nur*-Hausfrauen gesünder. Laut Mikrozensus 1999 beurteil-

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

[434] IFES (2005).

[435] IFES (2005).

ten in Wien 81,5 Prozent der erwerbstätigen Frauen, aber nur 73,3 Prozent der *Nur*-Hausfrauen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut" bzw. „gut". Erwerbstätige Frauen berichten auch insgesamt seltener über gesundheitliche Beschwerden,[436] wie z. B. Schlafstörungen, und neigen auch seltener zu Alkohol- oder Medikamentenkonsum als *Nur*-Hausfrauen.[437] Allerdings gibt es deutliche Unterschiede je nach Rahmenbedingungen und Art der beruflichen Tätigkeit: Während z. B. in Wien 84,7 Prozent der weiblichen Angestellten und 84,4 Prozent der Beamtinnen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut" bzw. „gut" einstufen, tun dies nur 77,6 Prozent der Facharbeiterinnen und 67,0 Prozent der Arbeiterinnnen.[438] Anscheinend ist die berufliche Tätigkeit für Frauen eher dann eine Ressource, wenn sie bewusst gewählt ist, sie herausfordert, aber nicht überfordert, wenn sie gut bezahlt ist, Status und soziale Wertschätzung mit sich bringt und wenn entsprechende Unterstützung vorhanden ist. Die berufliche Tätigkeit wird zur Belastung, wenn wenig Hilfe und Unterstützung gewährt wird und die Rollenvielfalt zu mehrfachen Konflikten führt.[439]

Zugänge zum Arbeitsmarkt, Erwerbstätigkeit

Die Großstadt Wien bietet aufgrund förderlicher Rahmenbedingungen (wie z. B. vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten, hohe Zahl an Kinderbetreuungsplätzen, wenig Mobilitätseinschränkungen) erhebliche Vorteile für die Erwerbstätigkeit von Frauen. Gleichzeitig wirken sich auch das höhere Qualifikationsniveau in Wien und die damit verbundene höhere Erwerbsorientierung positiv auf die Frauenerwerbstätigkeit aus.[440] Trotzdem gibt es auch in Wien je nach Geschlecht unterschiedliche Zugänge zum Arbeitsmarkt:

- Frauen arbeiten häufiger als Männer in Teilzeit und in geringfügigen Beschäftigungen. Die Teilzeitquote (ohne geringfügig Beschäftigte) ist in Wien bei den Frauen von 17,4 Prozent im Jahr 1991 auf 20,3 Prozent im Jahr 2001 gestiegen, bei den Männern von 3,0 Prozent auf 4,6 Prozent.[441] Hauptgrund für die Übernahme einer Teilzeitarbeit ist bei Frauen die Betreuung von Kindern.[442] Die Arbeitszeit von Frauen verringert sich mit zunehmender Kinderzahl.
- Frauen sind deutlich seltener als Männer in Führungspositionen. Wie eine aktuelle Erhebung der Wiener Arbeiterkammer zeigt, sind Frauen an der Spitze österreichischer Kapitalgesellschaften nach wie vor eher die Ausnahme. Untersucht wurden 418 Unternehmen (GmbH und AG) mit insgesamt 386.000 MitarbeiterInnen. Von 941 GeschäftsführerInnen/Vorständen sind nur 35 Frauen (3,7 Prozent). Ähnlich ist es bei den Aufsichtsräten, wo auf 2.750 Männer nur 229 Frauen (7,7 Prozent) entfallen. Eine ausschließlich mit Frauen besetzte Führung gibt es nicht. In 227 der untersuchten Unternehmen sind ausschließlich Männer sowohl in Geschäftsführung/Vorstand als auch im Aufsichtsrat. Nur 14 von 418 untersuchten Kapitalgesellschaften haben sowohl in der Geschäftsführung/Vorstand als auch im Aufsichtsrat zumindest eine Frau.[443]
- Frauen und Männer arbeiten in unterschiedlichen Berufen, die nicht nur unterschiedlichen Wertungen und Einkommen unterliegen, sondern auch mit unterschiedlichen Anforderungen, Belastungen und Risiken verbunden sind. Frauen arbeiten häufiger als Männer in einseitigen, körperlich anstrengenden Berufen und solchen mit starken psychosozialen Belastungen, oder mit beiden Belastungsquellen wie etwa in Pflegeberufen. Viele Frauenberufe bringen monotone Arbeitsgestaltung, geringe Kontrolle über die Arbeit und fehlende Entscheidungsspielräume mit sich. Charakteristisch für viele Frauenberufe ist Zeitdruck, Hektik und ein hohes Arbeitspensum.[444]

Laut Mikrozensus arbeitete im Jahresdurchschnitt 2003 in Wien ca. ein Drittel der weiblichen Erwerbstäti-

436 STADT WIEN (2002), S. 114.
437 FRANKE et al. (2001).
438 STADT WIEN (2002), S. 113.
439 ABELE (2001).
440 STADT WIEN (2005), S. 37.
441 STADT WIEN (2005), S. 41.
442 STATISTIK AUSTRIA (2005d), S. 31.
443 HORNUNG, NADER, SCHIESSL (2006).
444 ESVLA (1996) und (2000).

in Bilbao hat einen umfassenden Bericht über frauenspezifische Risiken am Arbeitsplatz und deren Prävention erstellt. Darin werden unter anderem folgende **frauenspezifische Gesundheitsrisiken** genannt (Beispiele):

- *Erkrankungen der oberen Gliedmaßen:* bei einigen äußerst repetitiven Tätigkeiten von Frauen, bei denen wenig Einfluss auf die Arbeitsweise genommen werden kann (wie z. B. Arbeiten am Fließband, Dateneingabe);
- *Stress:* besondere Stressfaktoren bei Frauen sind sexuelle Belästigung, Diskriminierung, die Ausübung von Tätigkeiten mit wenig Ansehen und geringen Einflussmöglichkeiten, emotional anstrengende Tätigkeiten, die Doppelbelastung durch bezahlte Lohnarbeit und unbezahlte Arbeit zu Hause;
- *Angriffe seitens der Öffentlichkeit:* z. B. bei der bei Frauen häufigen Tätigkeit im Kundenverkehr;
- *Asthma, Allergien:* z. B. durch Reinigungsmittel, Sterilisationsmittel und Staub in Schutzhandschuhen aus Latex, die im Gesundheitsbereich eingesetzt werden, Staub in der Textil- und Bekleidungsindustrie;
- *Hautkrankheiten:* z. B. aufgrund nasser Hände beim Arbeiten im Cateringbereich, durch Hautkontakt mit Reinigungsmitteln, Chemikalien zur Haarbehandlung;
- *Infektionskrankheiten:* z. B. durch Tätigkeiten im Gesundheitswesen oder bei der Arbeit mit Kindern.[445]

Krankenstände, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Krankenstände

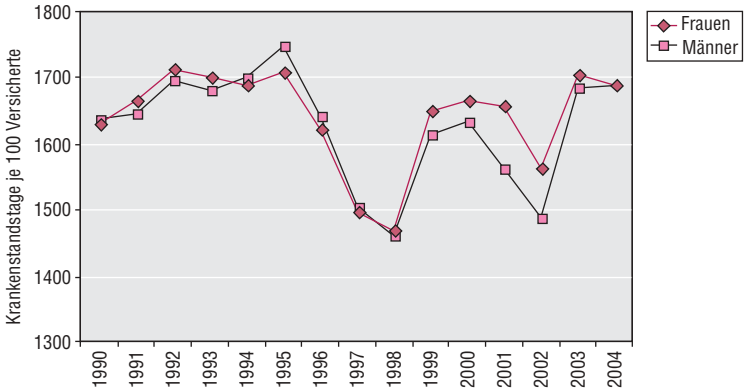
Zu den Krankenständen, deren Dauer und Ursachen stehen für Wien Daten der Wiener Gebietskrankenkasse zur Verfügung. Ca. 90 Prozent der Wiener Bevölkerung sind bei der Wiener Gebietskrankenkasse (mit)versichert.[446] Grundlage für die Erfassung der Krankenstände ist die ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit.

Im Jahr 2004 wurden für Frauen 427.585 Krankenstandsfälle mit insgesamt 5,294.513 Krankenstandstagen, für Männer 383.957 Krankenstandsfälle mit insgesamt 5,242.181 Krankenstandstagen registriert. Bei den Frauen entfielen auf 100 Versicherte (Beschäftigte) 136,6 Krankenstandsfälle, bei den Männern 123,8. Die Zahl der Krankenstandstage war mit je 1.691 Tagen pro 100 Versicherte des jeweiligen Geschlechts bei Frauen und Männern gleich hoch.

Die Zahl der Krankenstandstage je 100 Versicherte war zwischen 1995 und 1998 rückläufig, ist aber 1999 wieder gestiegen und blieb dann annähernd auf diesem Niveau. Im Jahr 2002 war neuerlich ein starker Rückgang zu verzeichnen, seither liegt die Zahl der Krankenstandstage je 100 Versicherte etwas über dem Niveau des Jahres 2000. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind gering. Während Mitte der 1990er Jahre die Zahl der Krankenstandstage je 100 Versicherte bei den Frauen niedriger als bei den Männern war, war sie Ende der 1990er Jahre bis zum Jahr 2003 höher.

445 EASWH (2003).
446 STADT WIEN (2005), S. 177.

Grafik 5.24: Krankenstandstage (Beschäftigte) in Wien (WGKK) 1990 bis 2004 nach Geschlecht

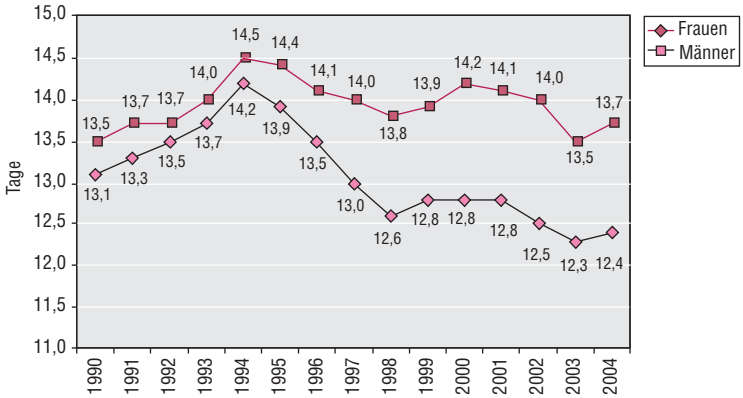


WGKK = Wiener Gebietskrankenkasse.

Quelle: WGKK (2005), S. XXIX.

Frauen haben kürzere Krankenstände als Männer. Die durchschnittliche Dauer pro Krankenstandsfall betrug im Jahr 2004 bei den Frauen 12,4 Tage, bei den Männern 13,7 Tage.[447] Dies ist vorwiegend auf den höheren Anteil von Frauen im Angestelltenverhältnis zurückzuführen, bei denen die Krankenstände kürzer ausfallen als bei den Arbeiterinnen. Arbeiterinnen weisen im Durchschnitt sogar um 1,2 Tage längere Krankenstände als ihre männlichen Kollegen auf. Der Rückgang der Krankenstände bzw. die sinkende Krankenstandsdauer wird mit der angespannten Arbeitsmarktsituation und der damit verbundenen Angst um den Arbeitsplatz in Zusammenhang gebracht.

Grafik 5.25: Durchschnittsdauer eines Krankenstandes in Wien (WGKK) 1990 bis 2004 nach Geschlecht



WGKK = Wiener Gebietskrankenkasse.

Quelle: WGKK (2005), S. XXIX.

Die häufigsten Ursachen für Krankenstände waren im Jahr 2004 bei Frauen und Männern Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane, dem folgen (mit deutlichem Abstand) Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen. Während bei den Frauen Erkrankungen des Verdauungstraktes an vierter Stelle stehen, sind es bei den Männern Unfälle.

447 STADT WIEN (2005), S. 183.

Tabelle 5.29: Krankenstandsfälle und -tage in Wien (WGKK) 2004 nach Krankheitsgruppen und Geschlecht

Krankheitsgruppen (Nummern laut WGKK)	Krankenstandsfälle				Krankenstandstage				Tage pro Fall	
	Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen	Männer
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%		
Infektionskrankheiten, Mykosen und parasitäre Erkrankungen (1–4, 6–8)	43.877	*10,3*	41.110	*10,7*	259.532	*4,9*	259.827	*5,0*	5,9	6,3
Gutartige u. bösartige Neubildungen (9–16)	6.533	*1,5*	4.252	*1,1*	209.921	*4,0*	136.374	*2,6*	32,1	32,1
Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen (17)	2.397	*0,6*	2.636	*0,7*	59.551	*1,1*	58.237	*1,1*	24,8	22,1
Krankheiten des Blutes (18)	425	*0,1*	252	*0,1*	8.546	*0,2*	4.172	*0,1*	20,1	16,6
Psychiatrische Krankheiten (19)	11.631	*2,7*	7.504	*2,0*	405.821	*7,7*	302.482	*5,8*	34,9	40,3
Krankheiten des Nervensystems (20)	10.915	*2,6*	6.020	*1,6*	118.439	*2,2*	85.849	*1,6*	10,9	14,3
Krankheiten der Sinnesorgane (21–22)	7.095	*1,7*	6.844	*1,8*	74.249	*1,4*	80.418	*1,5*	10,5	11,8
Herz- und Gefäßerkrankungen (23–30)	11.883	*2,8*	11.860	*3,1*	215.497	*4,1*	355.920	*6,8*	18,1	30,0
Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane (31, 32)	171.854	*40,2*	151.565	*39,5*	1.300.598	*24,6*	1.183.738	*22,6*	7,6	7,8
Erkrankungen des Verdauungstraktes (33–35)	24.895	*5,8*	23.848	*6,2*	242.772	*4,6*	290.587	*5,5*	9,8	12,2
Urogenitale Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten (5, 36–38)	19.341	*4,5*	4.610	*1,2*	236.333	*4,5*	63.418	*1,2*	12,2	13,8
Entbindung u. Komplikation in Gravidität (39–41)	9.111	*2,1*	–	–	90.253	*1,7*	–	–	9,9	–
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes (42)	4.747	*1,1*	5.174	*1,3*	61.459	*1,2*	73.545	*1,4*	12,9	14,2
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln u. des Bindegewebes (43)	58.337	*13,6*	60.618	*15,8*	1.250.568	*23,6*	1.198.218	*22,9*	21,4	19,8
Kongenitale Missbildungen u. perinatale Affektionen (44, 45)	385	*0,1*	315	*0,1*	8.172	*0,2*	7.183	*0,1*	21,2	22,8
Symptome u. schlecht bezeichnete Affektionen; Diagnose nicht feststellbar (46, D1)	21.411	*5,0*	15.816	*4,1*	201.132	*3,8*	163.236	*3,1*	9,4	10,3
Unfälle (47–51)	21.150	*4,9*	38.967	*10,1*	516.627	*9,8*	923.584	*17,6*	24,4	23,7
Vergiftungen (52–53)	159	*0,0*	254	*0,1*	2.695	*0,1*	4.078	*0,1*	16,9	16,1
Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere Personen, Tötung (54–55)	365	*0,1*	870	*0,2*	11.550	*0,2*	24.103	*0,5*	31,6	27,7
sonstige oder unbekannte exogene Ursachen (56–57)	1.074	*0,3*	1.442	*0,4*	20.798	*0,4*	27.212	*0,5*	19,4	18,9
gesamt	427.585	*100*	383.957	*100*	5.294.513	*100*	5.242.181	*100*	12,4	13,7

WGKK=Wiener Gebietskrankenkasse.

Quelle: WGKK (2005), S. XXXIV.

Auch bei den Krankenstandstagen sind bei beiden Geschlechtern Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane sowie Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes führend, allerdings gefolgt von Unfällen. An vierter Stelle stehen bei den Frauen psychische und Verhaltensstörungen, bei den Männern Herz- und Gefäßerkrankungen.

Bei den Frauen sind Arbeitsausfälle (sowohl was die Krankenstände als auch die Krankenstandstage betrifft) aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems sowie aufgrund urogenitaler Erkrankungen bzw. Geschlechtskrankheiten häufiger als bei Männern. Dazu kommen bei den Frauen Krankenstände aufgrund von Entbindung und Komplikation in der Gravidität.

Dagegen sind bei den Männern Arbeitsausfälle aufgrund von Herz- und Gefäßerkrankungen, Erkrankungen des Verdauungstraktes, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes und vor allem aufgrund von Unfällen häufiger.

Die längsten Krankenstände verursachen bei beiden Geschlechtern die psychischen und Verhaltensstörungen, gefolgt von den Neubildungen (wobei es sich hier überwiegend um bösartige handelt). An dritter Stelle stehen bei den Frauen Suizid, Suizidversuche, absichtliche Selbstbeschädigung oder Verletzungen durch andere, bei den Männern Herz- und Gefäßerkrankungen. Bei den Frauen ist jedoch die durchschnittliche Krankenstandsdauer aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen etwas geringer als bei den Männern.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Zu den Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten stehen für Wien ebenfalls Daten der Wiener Gebietskrankenkasse zur Verfügung (wobei jedoch nicht zwischen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten getrennt wird). Frauen sind wesentlich seltener von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten betroffen als Männer. Im Jahr 2004 wurden für Frauen 10.594 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, die zu insgesamt 182.998 Krankenstandstagen führten, für Männer 22.585 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten mit insgesamt 413.436 Krankenstandstagen verzeichnet. Bezogen auf den durchschnittlichen Versicherungsstand (Beschäftigte) des Jahres 2004 sind dies je 100 Versicherte des jeweiligen Geschlechts 3,4 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten und 58,4 Krankenstandstage bei den Frauen sowie 7,3 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten und 133,3 Krankenstandstage bei den Männern.

Tabelle 5.30: Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (Schadensfälle und Krankenstandstage) in Wien (WGKK) 2004 nach beruflicher Stellung und Geschlecht

berufliche Stellung	Schadensfälle			Krankenstandstage		
	Frauen	Männer	Frauenanteil %	Frauen	Männer	Frauenanteil %
ArbeiterInnen	4.216	16.558	*20,3*	82.809	313.690	*20,9*
Angestellte	6.333	6.027	*51,2*	100.189	99.746	*50,1*
gesamt	10.549	22.585	*31,8*	182.998	413.436	*30,7*

WGKK=Wiener Gebietskrankenkasse.

Quelle: WGKK (2005), S. XXIX.

Der Frauenanteil an den Schadensfällen und den dadurch verursachten Krankenstandstagen beträgt jeweils etwa ein knappes Drittel und ist bei den ArbeiterInnen deutlich niedriger als bei den Angestellten (Frauen sind häufiger Angestellte als Arbeiterinnen).

Tabelle 5.31: Anerkannte Berufskrankheiten in Wien und Österreich 1999–2003

Jahr	Wien		Österreich	
	gesamt	Frauenanteil %	gesamt	Frauenanteil %
1999	144	*34*	1.259	*27*
2000	160	*29*	1.268	*27*
2001	168	*30*	1.395	*28*
2002	151	*30*	1.402	*25*
2003	124	*27*	1.178	*20*

Quelle: AUVA (2004); zitiert nach BMGF (2006).

gen in Rechts-, Verwaltungs- und Büroberufen (inkl. Mandatare; darunter ca. 60 Prozent in Verwaltungshilfsberufen), ein knappes Viertel in Gesundheits-, Lehr- und Kulturberufen, etwas mehr als ein Fünftel in Dienstleistungsberufen. Ca. drei Viertel der Frauen sind in den genannten drei Bereichen tätig. Der Frauenanteil beträgt in diesen drei Bereichen zwischen 59,2 und 67,7 Prozent. Die Tätigkeitsbereiche der Männer streuen nicht nur stärker als jene der Frauen, Männer sind auch in anderen Tätigkeitsbereichen als Frauen beschäftigt. Am häufigsten arbeiten Männer in den Produktionsberufen in Industrie und Gewerbe (inkl. Bergbau). 28,0 Prozent der erwerbstätigen Männer in Wien sind hier beschäftigt. Ca. ein Fünftel der Männer (19,3 Prozent) arbeitet in Rechts-, Verwaltungs- und Büroberufen (inkl. Mandatare), der Anteil der in Verwaltungshilfsberufen tätigen Männer ist mit ca. 38 Prozent deutlich geringer als bei den Frauen. 16,6 Prozent der Männer arbeiten in Handels- und Verkehrsberufen. Ebenso wie die Produktionsberufe in Industrie und Gewerbe (inkl. Bergbau), sind auch die technischen Berufe deutlich männerdominiert. Der Frauenanteil liegt in diesen beiden Bereichen unter 20 Prozent. Allerdings ist der Frauenanteil in Wien bei den technischen Berufen um ca. ein Drittel höher als im gesamten Bundesgebiet.

Tabelle 5.28: Erwerbspersonen (Labour Force Konzept) in Wien und Österreich 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Berufsabteilung und Geschlecht

Berufsabteilung	Wien			Österreich		
	Frauen	Männer	Frauenanteil	Frauen	Männer	Frauenanteil
	Prozent					
Land- und forstwirtschaftliche Berufe	*0,6*	*1,5*	*25,6*	*5,8*	*5,2*	*47,3*
Produktionsberufe in Bergbau, Industrie und Gewerbe	*4,8*	*28,0*	*13,0*	*7,5*	*39,4*	*13,3*
Handels- und Verkehrsberufe	*12,6*	*16,6*	*39,8*	*15,9*	*14,8*	*46,2*
Dienstleistungsberufe	*22,3*	*12,2*	*61,4*	*20,5*	*6,6*	*71,4*
Technische Berufe	*3,1*	*11,0*	*19,5*	*1,7*	*9,0*	*13,2*
Mandatare, Rechts-, Verwaltungs- und Büroberufe	*32,3*	*19,3*	*59,2*	*27,2*	*15,9*	*57,8*
Gesundheits-, Lehr- und Kulturberufe	*23,9*	*9,9*	*67,7*	*21,1*	*7,2*	*70,3*
Militärpersonen	*–*	*1,4*	*–*	*–*	*1,6*	*0,3*
unbestimmter Beruf	*0,5*	*0,1*	*73,9*	*0,2*	*0,2*	*52,4*
gesamt (N in 1.000=100%)	372,7	428,6	*46,5*	1.779,7	2217,0	*44,5*

Zur Definition des Labour-Force-Konzepts siehe Tabelle 3.10.

Quelle: Mikrozensus 2003 (Jahresdurchschnitt); zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005b), S. 140 f.

5.7.2 Frauenspezifische Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Aus **rechtlicher Sicht** sind in Österreich die dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit unterstellten Arbeitsinspektorate für die Gesundheit am Arbeitsplatz zuständig. Der Arbeitsschutz umfasst die Bereiche *Arbeitssicherheit* und *Gesundheitsschutz* sowie den *Verwendungsschutz*. Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz betreffen alle technischen und arbeitshygienischen Schutzvorschriften laut ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (AschG) zur Vermeidung von Unfallgefahr, Berufskrankheiten, arbeitsbedingten Erkrankungen und Dauerschäden. Der Verwendungsschutz umfasst alle Schutzbestimmungen für besonders schutzwürdige ArbeitnehmerInnen, wie etwa Kinder und Jugendliche, Frauen, insbesondere Schwangere und stillende Mütter sowie Regelungen zur Arbeitszeit und Arbeitsruhe (einschließlich der Sonderbestimmungen für bestimmte Berufsgruppen, z. B. LenkerInnen).

Gender Mainstreaming im Zusammenhang mit Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist eines der zentralen Zielsetzungen des von der Europäischen Kommission initiierten Programms *Anpassung und Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft*. Die Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

Die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten war in den letzten Jahren in Wien rückläufig. Im Jahr 2003 gab es in Wien 124 Fälle, etwas mehr als ein Viertel davon betrafen Frauen. Die häufigsten Berufskrankheiten sind (bezogen auf Wien) Infektionskrankheiten, durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit und Hauterkrankungen.[448]

Geschlechtersensible(r) betriebliche(r) Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz

Aufgrund der zum Teil unterschiedlichen Risiken von Frauen und Männern erfordern betriebliche(r) Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz eine Gender-Perspektive: Zu den klassischen Aufgaben des Unfallschutzes und des Mutterschutzes kommt der Schutz der psychischen Gesundheit, die Prävention von Mobbing und sexueller Belästigung hinzu, ebenso wie die Ermöglichung einer frauengerechten flexiblen Arbeitszeitgestaltung, die eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie zulässt. Eine geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung hat vor allem folgende Punkte zu berücksichtigen:

- die Vereinbarkeit von Familie und Beruf;
- Prävention und Abbau psychosozialer Belastungen wie Mobbing, sexuelle Belästigung;
- Berücksichtigung der aus den Arbeitszeiten und -bedingungen (Nacht- und Schichtarbeit, Arbeitsplatz Krankenhaus, etc.) resultierenden gesundheitlichen Belastungen;
- Schaffung von Angeboten zur Gesundheitsförderung (Herz-Kreislauf-Training, Stressmanagement, etc.);
- Kampf gegen gesundheitsschädigende Lebensstilfaktoren (Vermeidung von Nikotin, Alkohol, Schutz vor Passivrauchen, gesunde Betriebsverpflegung, etc.);
- Erschließung und Förderung gesundheitsbezogener Potentiale (Reduzierung von Über- und Unterforderung, Erweiterung von Handlungsspielräumen, Verbesserung sozialer Beziehungen, Förderung der Qualifikation von Frauen, etc.);
- Führungskräftetrainings (Erkennen psychosozialer Belastungen, Kommunikation und Motivation, Konfliktlösung, Teamwork, Gesundheitsförderung am Arbeitplatz, etc.);
- Schaffung geschlechtersensibler Analyseinstrumente zur Ermittlung von Gefährdungen (MitarbeiterInnenbefragung, Gesundheitszirkel, etc.) und Etablierung betrieblicher Gender-Gesundheitsberichterstattung.[449]

Prävention sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Frauen sind wesentlich häufiger als Männer sexueller Belästigung am Arbeitsplatz ausgesetzt. Die Europäische Richtlinie 2002/73/EG zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen hinsichtlich des Zugangs zur Beschäftigung, zur Berufsbildung und zum beruflichen Aufstieg sowie in Bezug auf die Arbeitsbedingungen wurde in Österreich in den Novellen zum Gleichbehandlungsgesetz (BGBl. I Nr. 66/2004) und zum Bundes-Gleichbehandlungsgesetz BGBl I Nr. 65/2004) umgesetzt.

Dabei geht es vor allem darum, Maßnahmen zu ergreifen, um allen Formen der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und insbesondere Belästigung, einschließlich sexueller, am Arbeitsplatz vorzubeugen. Zusätzlich enthalten sind auch Bestimmungen über die Durchsetzung von Rechtsansprüchen auf dem Gerichts- und/oder Verwaltungsweg sowie eventueller Schlichtungsverfahren und die weitgehende Aufhebung von Schadensobergrenzen.[450]

5.7.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Entwicklung der Frauenarbeitslosigkeit

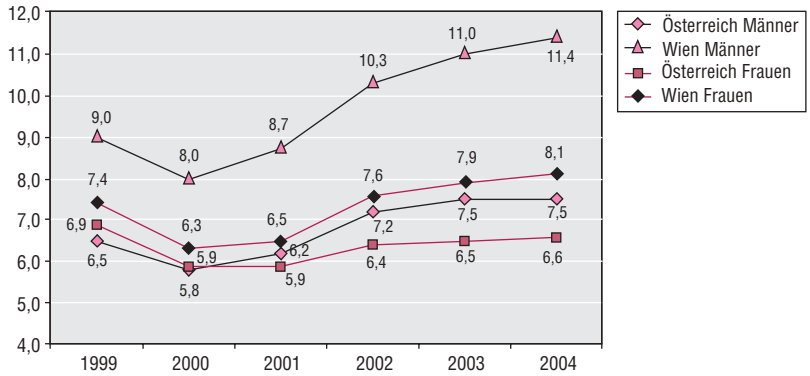
Nach Angaben des Arbeitsmarktservice (AMS) waren in Wien im Jahr 2004 insgesamt (d. h. über das Jahr hinweg gerechnet) 81.860 Frauen und 117.735 Männer als arbeitslos vorgemerkt. Im Jahresdurchschnitt waren 2004 32.742 Frauen und 49.283 Männer von Arbeitslosigkeit betroffen. Frauen waren im Durchschnitt 150 Tage, Männer 156 Tage arbeitslos. Im gesamten Bundesgebiet ist die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit etwas kürzer (Frauen 119 Tage, Männer 115 Tage).[451]

448 Stand 2004; zitiert nach AUVA (2005), S. 34.
449 Modifiziert nach BMGF (2006), S. 297.
450 LÖSCHER-WENINGER (2006), S. 295.

Die **Arbeitslosenquote**[452] der Frauen ist (ebenso wie jene der Männer) in Wien in den 1990er Jahren zunächst gestiegen, war aber Ende des Jahrtausends bei beiden Geschlechtern rückläufig. Allerdings hat sich in den letzten Jahren die Arbeitsmarktsituation in Wien zusehends verschärft. In Wien ist das Niveau der Arbeitslosigkeit (bei beiden Geschlechtern) merkbar höher als im gesamten Bundesgebiet. Wien hat nicht nur Industriearbeitsplätze verloren, sondern musste auch Einschnitte bei den Bundesbediensteten hinnehmen. Um dem entgegen zu wirken, wurde unter anderem vermehrt auf Bemühungen gesetzt, die Stadt als Technologiestandort zu positionieren. Ende Juni 2005 war die Arbeitslosigkeit in Wien zwar rückläufig (minus 2,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr), während sie in allen anderen Bundesländern gestiegen ist. Allerdings ist in Wien der Anteil der SchulungsteilnehmerInnen des Arbeitsmarktservice stärker gestiegen (plus 38,7 Prozent) als im gesamten Bundesgebiet (plus 18,4 Prozent).[453]

Die Frauenarbeitslosenquote nahm im Jahr 2004 (Jahresdurchschnitt; nationale Berechnung) in Wien mit 8,1 Prozent einen Wert ein, der unter der Arbeitslosenquote der Männer in Wien (11,4 Prozent), jedoch über jener der Frauen (6,6) und Männer (7,5) im gesamten Bundesgebiet lag. Während im gesamten Bundesgebiet die Arbeitslosenquote der Frauen bis zum Jahr 2000 noch über jener der Männer lag,[454] ist sie seither, ebenso wie in Wien im letzten Jahrzehnt, niedriger als bei den Männern.[455]

Grafik 5.26: Arbeitslosenquote (Jahresdurchschnitt) in Wien und Österreich 1999 bis 2004 nach Geschlecht



Nationale Berechnungsmethode: Anteil der Arbeitslosen am Arbeitskräftepotential. Die Berechnung erfolgt durch das Arbeitsmarktservice.

Quelle: AMS, Jahresprofile 2001–2004; zitiert nach http://www.ams.or.at/statistik/

Überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosigkeit betroffen sind niedrig qualifizierte Frauen (mit Pflichtschulbildung), (niedrig qualifizierte) Wiedereinsteigerinnen, Berufseinsteigerinnen und Migrantinnen. Von der Alterstruktur her sind 19- bis unter 25-jährige Frauen sowie Frauen im Alter von 50 und mehr Jahren am meisten betroffen. Zu beobachten ist auch eine steigende Akademikerinnenarbeitslosigkeit.[456]

451 AMS, Arbeitsmarktprofile 2004; http://www.ams.or.at/

452 Es gibt verschiedene Methoden zur Erfassung der Arbeitslosigkeit: Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die *Registerarbeitslosenquote* (nationale Berechnung), d. h. auf die beim Arbeitsmarktservice als arbeitslos vorgemerkten Personen. Die *internationale Berechnung* basiert auf Umfragedaten (Mikrozensus).

453 Die in Schulungen befindlichen Personen sind nicht in der Arbeitslosenstatistik enthalten. Z. B. waren in Wien im Juli 2005 6.171 Frauen und 8.580 Männer in Schulungen.

454 Seit 2000 wird bei der Planung und Durchführung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen der Ansatz des Gender Mainstreaming sukzessive umgesetzt und diese Strategie jeweils durch einen frauenspezifischen Schwerpunkt ergänzt. Laut den Zielvorgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft müssen außerdem mindestens 50 Prozent des Förderbudgets Frauen zugute kommen.

455 Die internationale Arbeitslosenquote weist für Österreich für Frauen nach wie vor höhere Werte als für Männer aus. Sie betrug 2004 (Jahresdurchschnitt) bei den Frauen 5,4 Prozent, bei den Männern 4,5 Prozent.

456 http://www.ams.or.at/statistik/

Die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten war in den letzten Jahren in Wien rückläufig. Im Jahr 2003 gab es in Wien 124 Fälle, etwas mehr als ein Viertel davon betrafen Frauen. Die häufigsten Berufskrankheiten sind (bezogen auf Wien) Infektionskrankheiten, durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit und Hauterkrankungen.[448]

Geschlechtersensible(r) betriebliche(r) Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz

Aufgrund der zum Teil unterschiedlichen Risiken von Frauen und Männern erfordern betriebliche(r) Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz eine Gender-Perspektive: Zu den klassischen Aufgaben des Unfallschutzes und des Mutterschutzes kommt der Schutz der psychischen Gesundheit, die Prävention von Mobbing und sexueller Belästigung hinzu, ebenso wie die Ermöglichung einer frauengerechten flexiblen Arbeitszeitgestaltung, die eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie zulässt. Eine geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung hat vor allem folgende Punkte zu berücksichtigen:

- die Vereinbarkeit von Familie und Beruf;
- Prävention und Abbau psychosozialer Belastungen wie Mobbing, sexuelle Belästigung;
- Berücksichtigung der aus den Arbeitszeiten und -bedingungen (Nacht- und Schichtarbeit, Arbeitsplatz Krankenhaus, etc.) resultierenden gesundheitlichen Belastungen;
- Schaffung von Angeboten zur Gesundheitsförderung (Herz-Kreislauf-Training, Stressmanagement, etc.);
- Kampf gegen gesundheitsschädigende Lebensstilfaktoren (Vermeidung von Nikotin, Alkohol, Schutz vor Passivrauchen, gesunde Betriebsverpflegung, etc.);
- Erschließung und Förderung gesundheitsbezogener Potentiale (Reduzierung von Über- und Unterforderung, Erweiterung von Handlungsspielräumen, Verbesserung sozialer Beziehungen, Förderung der Qualifikation von Frauen, etc.);
- Führungskräftetrainings (Erkennen psychosozialer Belastungen, Kommunikation und Motivation, Konfliktlösung, Teamwork, Gesundheitsförderung am Arbeitplatz, etc.);
- Schaffung geschlechtersensibler Analyseinstrumente zur Ermittlung von Gefährdungen (MitarbeiterInnenbefragung, Gesundheitszirkel, etc.) und Etablierung betrieblicher Gender-Gesundheitsberichterstattung.[449]

Prävention sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Frauen sind wesentlich häufiger als Männer sexueller Belästigung am Arbeitsplatz ausgesetzt. Die Europäische Richtlinie 2002/73/EG zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen hinsichtlich des Zugangs zur Beschäftigung, zur Berufsbildung und zum beruflichen Aufstieg sowie in Bezug auf die Arbeitsbedingungen wurde in Österreich in den Novellen zum Gleichbehandlungsgesetz (BGBl. I Nr. 66/2004) und zum Bundes-Gleichbehandlungsgesetz BGBl I Nr. 65/2004) umgesetzt.

Dabei geht es vor allem darum, Maßnahmen zu ergreifen, um allen Formen der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und insbesondere Belästigung, einschließlich sexueller, am Arbeitsplatz vorzubeugen. Zusätzlich enthalten sind auch Bestimmungen über die Durchsetzung von Rechtsansprüchen auf dem Gerichts- und/oder Verwaltungsweg sowie eventueller Schlichtungsverfahren und die weitgehende Aufhebung von Schadensobergrenzen.[450]

5.7.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Entwicklung der Frauenarbeitslosigkeit

Nach Angaben des Arbeitsmarktservice (AMS) waren in Wien im Jahr 2004 insgesamt (d. h. über das Jahr hinweg gerechnet) 81.860 Frauen und 117.735 Männer als arbeitslos vorgemerkt. Im Jahresdurchschnitt waren 2004 32.742 Frauen und 49.283 Männer von Arbeitslosigkeit betroffen. Frauen waren im Durchschnitt 150 Tage, Männer 156 Tage arbeitslos. Im gesamten Bundesgebiet ist die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit etwas kürzer (Frauen 119 Tage, Männer 115 Tage).[451]

448 Stand 2004; zitiert nach AUVA (2005), S. 34.
449 Modifiziert nach BMGF (2006), S. 297.
450 LÖSCHER-WENINGER (2006), S. 295.

Laut einer Studie des Instituts für Höhere Studien (IHS),[457] ist das Ausmaß der Frauenarbeitslosigkeit insgesamt dramatischer als die offiziellen Zahlen zeigen. Zum einen wird die Frauenarbeitslosenquote durch die Verlängerung der Karenzzeit auf drei Jahre und die Erhöhung der Zahl der Teilnehmerinnen an Schulungen reduziert. Bezieht man KarenzgeldbezieherInnen und SchulungsteilnehmerInnen in die Statistik mit ein (das IHS spricht in diesem Zusammenhang von „erweiterter Arbeitslosigkeit"), so ist die Arbeitslosenquote der Frauen ganz erheblich gestiegen und beinahe gleich hoch wie jene der Männer. Zum anderen ist die „versteckte Arbeitslosigkeit" (z. B. Rückzug aus dem Arbeitsmarkt aufgrund von nicht geglücktem Wiedereinstieg in den Beruf) bei den Frauen höher als bei den Männern. Laut dieser Studie haben nicht Qualifikation und Konjunktur den größten Einfluss auf die Frauenarbeitslosigkeit,[458] sondern die Konzentration von Frauen auf Branchen mit hoher Arbeitslosigkeit (Dienstleistungen, Gastgewerbe, etc.), ebenso wie die größere Instabilität weiblicher Berufskarrieren. Frauen haben nicht nur im Durchschnitt eine um rund drei Jahre geringere Berufserfahrung als Männer, sondern sind auch häufiger Teilzeit beschäftigt.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeitslosigkeit wirkt sich nicht nur in finanzieller Hinsicht aus, sondern hat für die Betroffenen vielfältige Konsequenzen (Verlust der gewohnten Tagesstruktur, von Sozialkontakten, der sozialen Anerkennung, Minderung des Selbstwertgefühls, etc.). Sie wird von den meisten Betroffenen als belastend erlebt und kann auch negative Folgen für ihre Gesundheit haben.[459] Zur Frage der Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die gesundheitliche Situation von Frauen liegen z. T. divergierende Ergebnisse vor. Da Frauen bei Arbeitslosigkeit weiterhin vielfältige Verpflichtungen (wie Haushalt, Kinder, pflegebedürftige Angehörige) haben, wurde argumentiert, dass für sie die negativen Folgen der Arbeitslosigkeit weniger gravierend als für Männer seien. Detaillierte Studien weisen jedoch darauf hin, dass sich die Reaktionsformen auf die Arbeitslosigkeit bei Frauen und Männern angleichen, je mehr die Erwerbstätigkeit zum Bestandteil der weiblichen Normalbiografie wird.[460]

Laut Mikrozensus 1999 zeigen sich für Wien merkbare **Unterschiede im Gesundheitsverhalten und -zustand arbeitsloser und erwerbstätiger Frauen.** Laut Eigenangaben unternehmen arbeitslose Frauen seltener als erwerbstätige gezielte Anstrengungen zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit: Sie legen weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung, auf körperliche Aktivitäten zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und betätigen sich seltener körperlich in der Freizeit. Bei den Männern sind die Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen geringer.

457 IHS (2005).
458 Die Konjunkturbelebung komme primär Männern zugute und reduziere nicht die Frauenarbeitslosigkeit.
459 BMFSFJ (2001), S. 447.
460 SCHULTZ-GAMBARD et al. (1987); BRINKMANN, WIEDEMANN (1994); MOHR (1997).

Tabelle 5.32: Indikatoren zum Gesundheitsverhalten und -zustand erwerbstätiger und arbeitsloser Frauen und Männer sowie ausschließlich haushaltsführender Frauen in Wien 1999

	Frauen			Männer	
	erwerbstätig (einschl. Karenz)	ausschließlich haushaltsführend	arbeitslos	erwerbstätig (einschl. Karenz)	arbeitslos
erfasste Personen in 1.000	332,4	21,7	82,4	407,0	*37,7*
Indikatoren zum Gesundheitsverhalten					
gezielte Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit* (%)	*68,3*	*68,6*	*60,2*	*66,6*	*65,3*
darunter (Mehrfachnennungen):					
gesundheitsbewusste Ernährung (%)	*48,6*	*50,0*	*42,5*	*42,7*	*40,0*
körperliche Aktivitäten (Sport, Bewegung) (%)	*42,7*	*42,5*	*29,4*	*48,6*	*41,2*
psychische Aktivitäten (z. B. autogenes Training) (%)	*6,8*	*2,0*	*9,3*	*4,9*	*3,1*
gesundheitsschädigendes Verhalten					
darunter:					
tägliches Rauchen (%)	*43,3*	*49,3*	*58,5*	*52,0*	*59,8*
starkes Rauchen (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) (%)	*6,4*	*4,6*	*10,3*	*11,2*	*15,2*
Indikatoren zum Gesundheitszustand					
Betroffensein von gesundheitlicher(n) Beschwerde(n) (%)	*56,9*	*60,4*	*66,9*	*50,9*	*57,2*
∅ Zahl der gesundheitlichen Beschwerden**	*1,61*	*1,88*	*1,92*	*1,22*	*1,94*
Beschwerden (Mehrfachnennungen möglich)					
darunter:					
Wetterempfindlichkeit (%)	*10,0*	*13,3*	*18,0*	*7,0*	*8,8*
Schlafstörungen (%)	*8,7*	*16,4*	*19,7*	*7,4*	*15,6*
Niedergedrücktheit (Depressionen) (%)	*4,2*	*3,6*	*5,4*	*2,2*	*7,7*
Nervosität (%)	*7,1*	*7,3*	*10,6*	*4,7*	*10,4*
Kreislaufstörungen (%)	*13,1*	*12,9*	*10,0*	*6,0*	*15,9*
Herzbeschwerden (%)	*1,8*	*2,7*	*5,2*	*2,5*	*4,1*

* Personen ab 15 Jahren.

** Bei insgesamt 25 vorgegebenen Beschwerden.

Quelle: Mikrozensus September 1999; zitiert nach STADT WIEN (2002), S. 73 ff.

Bei arbeitslosen Frauen und Männern ist gesundheitsschädigendes Verhalten, wie z. B. tägliches und starkes Rauchen, vermehrt zu beobachten. Arbeitslose (beiderlei Geschlechts) sind außerdem seltener Ex- und NichtraucherInnen als Erwerbstätige.[461] Studien in Deutschland zeigen, dass vor allem arbeitslose Jugendliche vermehrt gesundheitsschädigendes Verhalten (Rauchen, Alkoholkonsum, etc.) aufweisen.[462] Ein bereits bestehendes Suchtverhalten wird durch Arbeitslosigkeit meist verschärft.

Obwohl chronische Erkrankungen bei Arbeitslosen häufiger sind als bei Erwerbstätigen,[463] handelt es sich bei den gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit meist nicht um spezifische Krankheiten, sondern um allgemeine Befindlichkeitsstörungen und psychosomatische Symptome wie Depressivität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität und Konzentrationsstörungen, die vor allem bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit zu körperlichen Beeinträchtigungen führen bzw. sich negativ auf den Verlauf bestehender Krankheiten auswirken können.[464] Arbeitslose Frauen (und Männer) in Wien berichten häufiger über Wetterempfindlichkeit, Schlafstörungen, Niedergedrücktheit (Depressionen) und Herzbeschwerden als erwerbstätige. Arbeitslose

461 STADT WIEN (2002), S. 74.

462 MAGS (1998).

463 STADT WIEN (2004), S. 101 f.

464 KURELLA (1992); MAGS (1998).

Männer geben auch häufiger als erwerbstätige Kreislaufstörungen an.

Bei Arbeitslosen ist des Weiteren eine vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu beobachten. Sowohl Besuche bei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, bei InternistInnen, sonstigen FachärztInnen, aber auch Krankenhausaufenthalte sind bei arbeitslosen Frauen (und Männern) häufiger als bei erwerbstätigen.[465] Wie die Daten der Wiener Gebietskrankenkasse zeigen, haben arbeitslose Frauen (und Männer) deutlich mehr Krankenstände und Krankenstandstage je 100 Versicherte als beschäftigte. Die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandes ist bei arbeitslosen Frauen (und Männern) nahezu doppelt so hoch wie bei den beschäftigten. Die Zahl der Krankenstände und Krankenstandstage je 100 Versicherte ist ebenso wie die durchschnittliche Dauer der Krankenstände jedoch bei arbeitslosen Frauen geringer als bei arbeitslosen Männern.

Tabelle 5.33: Krankenstände Arbeitsloser und Beschäftigter in Wien (WGKK) 2004 nach Geschlecht

Kennziffern	Arbeitslose		Beschäftigte	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Durchschnittsdauer eines Krankenstandes in Tagen	21,6	22,1	11,0	11,9
auf 100 Versicherte entfallen:				
Krankenstände	135,9	137,8	118,6	102,4
Krankenstandstage	2.933	3.051	1.303	1.217

WGKK = Wiener Gebietskrankenkasse.

Quelle: WGKK (2005), S. XXIX.

Bei der Bewertung der referierten Ergebnisse ist Folgendes zu beachten:

- Bei den Unterschieden im Gesundheitsverhalten und im Gesundheitszustand zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen können auch Alters- und Bildungsunterschiede, Unterschiede in der beruflichen Qualifikation, etc., die sich ebenfalls auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit auswirken, eine Rolle spielen. Allerdings zeigen sich auch nach Altersstandardisierung, d. h. unter Zugrundelegung einer vergleichbaren Altersstruktur in beiden Gruppen, weiterhin deutliche Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen.[466]
- Ein im Vergleich zu den Erwerbstätigen schlechterer Gesundheitszustand von Arbeitslosen sagt noch nichts über Ursache und Wirkung aus. Einerseits kann Arbeitslosigkeit das Krankheitsrisiko erhöhen (*Kausalitätshypothese),* andererseits können aber auch vor der Arbeitslosigkeit bestehende Krankheiten das Risiko des Arbeitsplatzverlustes erhöhen (*Selektionshypothese).* Längsschnittuntersuchungen in Deutschland lassen vermuten, dass beide Hypothesen ihre Berechtigung haben: Es zeigte sich, dass das Risiko, arbeitslos zu werden, für gesundheitlich Beeinträchtigte deutlich höher als für Menschen ohne Gesundheitseinschränkungen ist. Außerdem ist es für erstere schwieriger, wieder einen Arbeitsplatz zu finden.[467] Gleichzeitig konnte nachgewiesen werden, dass sich das gesundheitliche Befinden bei Personen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben, verschlechtert, wohingegen es nach dem Wiedereintritt ins Berufsleben zu einer Verbesserung kommt.[468]

Die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse ist hinsichtlich der Frage der **geschlechtsspezifischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit** auf die Gesundheit ebenfalls begrenzt, da grundsätzliche Unterschiede im Gesundheitsverhalten, -zustand und in der Selbstdarstellung des Gesundheitszustandes zwischen den Ge-

465 STATISTIK AUSTRIA (2002), S. 120 ff.
466 GROBE, SCHWARTZ (2003), S. 11.
467 ELKELES, SEIFERT (1993).
468 STARRIN et al. (1989).

Tabelle 5.34: Pflegepersonal in den Wiener Krankenanstalten am 31. Dezember 2003 nach Fachrichtungen und Geschlecht

Pflegepersonal nach Fachrichtungen	Frauen	Männer	gesamt	Frauenanteil
	absolut			Prozent
gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege	12.136	1.770	13.906	*87,3*
davon:				
Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege	10.469	1.446	11.915	*87,9*
Kinder – und Jugendlichenpflege	1.120	6	1.126	*99,5*
Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege	547	318	865	*63,2*
Personal der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	2.318	655	2.973	*78,0*
davon:				
PflegehelferInnen mit Zeugnis	2.193	621	2.814	*77,9*
PflegehelferInnen ohne Zeugnis	125	34	159	*78,6*

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005), S. 381.

Ein weiterer zentraler Bereich der Pflegeberufe ist die **Altenpflege**. Im Jahr 2002 waren in Wien in *Alten- und Pflegeheimen* 6.300 Personen in der Pflege und Betreuung beschäftigt und zwar 2.624 Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, 2.749 Alten-, Pflegehelferinnen bzw. Altenfachbetreuerinnen und 712 Prozent HeimhelferInnen.[472] Die vom *Fonds Soziales Wien* finanziell unterstützten Organisationen der mobilen Pflege und Betreuung beschäftigten im Jahr 2004 202 diplomierte KrankenpflegerInnen, 2.984 HeimhelferInnen, 417 PflegehelferInnen und 520 im Besuchsdienst tätige Personen.[473] Auch wenn keine Angaben zum Geschlecht der in der Altenpflege Tätigen vorliegen, ist jedoch davon auszugehen, dass es sich auch hier überwiegend um Frauen handelt. SIMSA et al.[474] ermittelten in einer Erhebung im Raum Wien und Niederösterreich einen Frauenanteil von 80,8 Prozent in den Heimen und 95,3 Prozent bei den mobilen Diensten.

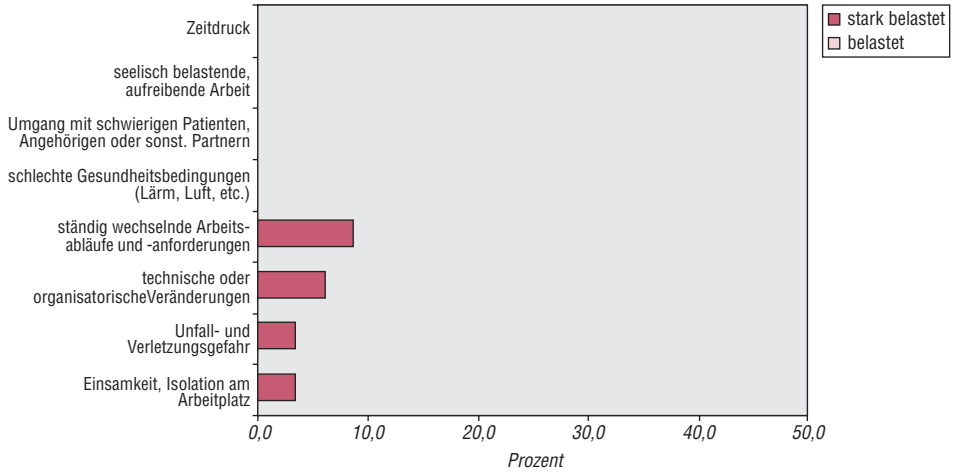
Arbeitszufriedenheit und Belastungen der Pflegeberufe

Verschiedene Untersuchungen belegen die besonderen physischen und psychischen Belastungen im Berufsalltag des Pflegepersonals, insbesondere im Bereich der Altenpflege.[475] Vor allem Zeitdruck, psychische Belastung und der Umgang mit schwierigen PatientInnen werden als zentrale Stressquellen genannt.

SIMSA et al.[476] stellten aufgrund ihrer Erhebung in Alten- und Pflegeheimen und bei den mobilen Diensten im Raum Wien und Niederösterreich fest, dass Beschäftigte in diesen Bereichen mit ihren Arbeitsbedingungen deutlich weniger zufrieden sind als die Beschäftigten insgesamt und die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialbereich. Der normierte Arbeitsklimaindex, dessen Hauptgewicht auf den Aspekten Arbeitszufriedenheit und -belastungen liegt, erreichte im Jahr 2002 bei den Beschäftigten in Österreich 107 Punkte (je höher die Indexzahl, desto besser sind Arbeitsklima und -zufriedenheit), bei Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen lag er sogar etwas darüber, nämlich bei 109 Punkten, dagegen war die Zufriedenheit bei den untersuchten Beschäftigten in der Altenpflege im Raum Wien und Niederösterreich mit 96 Punkten deutlich niedriger. Vor allem psychischer Stress, das niedrige Einkommen und die Dienstzeiten tragen dazu bei, dass die Berufe in der Altenpflege deutlich weniger attraktiv sind als andere Berufe. 43,2 Prozent der Befragten in den Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe fühlen sich durch Zeitdruck, 38,7 Prozent durch die seelisch belastende und aufreibende Arbeit und 34,9 Prozent durch den Umgang mit schwierigen PatientInnen, Angehörigen und sonstigen PartnerInnen stark belastet bzw. belastet. Belastungen aufgrund von Einsamkeit bzw. Isolation am Arbeitsplatz sind im Vergleich dazu eher selten.

472 ÖBIG (2004). Zusätzlich gab es 215 Beschäftigte im Medizinisch-technischen Dienst.
473 FONDS SOZIALES WIEN (2005), S. 38 ff.
474 SIMSA (2004), S. 63.
475 MAUNZ, STEYRER (2001); SIMSA et al. (2003); SIMSA (2004).
476 SIMSA et al. (2003).

Grafik 5.27: Berufliche Belastungen von MitarbeiterInnen in der Altenhilfe (Alten- und Pflegeheime, mobile Dienste) im Raum Wien und Niederösterreich 2003



Quelle: SIMSA et al. (2003), S. 69.

Am meisten belastet (in allen Dimensionen) fühlen sich die MitarbeiterInnen der mobilen Dienste. Dazu tragen auch die prekären Arbeitsbedingungen in den sozialen Diensten bei, wo sich hohe Anteile atypischer Beschäftigung, d. h. Beschäftigungsverhältnisse mit fehlender Zeitkontinuität des Arbeitseinsatzes, geringeren Arbeitsstunden, etc. finden.[477] Die Belastung durch Zeitdruck und den ständigen Wechsel der Arbeitsabläufe und -anforderungen ist für MitarbeiterInnen der mobilen Dienste besonders hoch, am wenigsten Belastung wird durch technische und organisatorische Veränderungen verspürt.[478]

Bund und Länder haben sich bereits 1994 im Artikel 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) auf die Sicherung eines flächendeckenden, qualitäts- und bedarfsgerechten Angebots für pflegebedürftige Personen festgelegt, dem Ausbau der ambulanten Dienste wurde dabei klare Priorität eingeräumt („ambulant vor stationär"). Angesichts dieser Tatsache und der hohen Belastung der MitarbeiterInnen der mobilen Dienste zeichnet sich hier besonderer Handlungsbedarf ab. Durch finanzielle Kürzungen, die einige Organisationen im Bereich der mobilen Dienste betreffen, werden die ohnehin bereits in hohem Maße vorhandenen Belastungen zusätzlich verschärft, was sowohl zur Überforderung der Organisation als auch der MitarbeiterInnen führen kann.[479]

Die Studie von SIMSA,[480] die neben der empirischen Erhebung auch eine Analyse von Sekundärquellen und -literatur sowie Leitfadeninterviews mit personalverantwortlichen Führungskräften beinhaltete, verdeutlicht das Fehlen von Personalmanagementstrategien in den untersuchten Organisationen der Altenhilfe. Implizit spielt Personalmanagement in den Leitbildern in erster Linie im Hinblick auf Aus- und Weiterbildung eine Rolle. Die Organisationen agieren „meist eher personalverwaltungsorientiert, d. h. das Personal wird verwaltet statt mittels gezielter Strategien gemanagt bzw. aktiv entwickelt. Insbesondere die Personalbindung wird stark vernachlässigt. In kleineren Organisationen bleibt aufgrund der akuten Personalknappheit im Bereich der Pflege und der Führung häufig keine Zeit zur Ausarbeitung von Strategien."[481] Eine Studie in einem österreichischen Landeskrankenhaus[482] verdeutlicht, dass Management- und Führungsqualitäten wesentlich

477 SIMSA (2004), S. 59.
478 SIMSA et al. (2003), S. 93.
479 SIMSA et al. (2003).
480 SIMSA et al. (2003).
481 SIMSA (2004), S. 71.
482 MAUNZ, STEYRER (2001).

dazu beitragen, die mit der Pflege verbundenen Belastungen zu reduzieren. Je positiver Führungskräfte wahrgenommen werden, desto geringer sind die emotionale Erschöpfung, die reduzierte Leistungsfähigkeit und die Dehumanisierung der MitarbeiterInnen. Tendenzen der emotionalen Erschöpfung sind umso stärker, je mehr Eigen- und Fremdbild der Führungskraft auseinanderklaffen. Solche Divergenzen führen anscheinend zu fehlender wechselseitiger Berechenbarkeit und damit zu vermehrten Kommunikationskonflikten.

Pflegepersonalmangel: Ursachen und Strategien zur Beseitigung

In den letzten Jahren wurde in Österreich, und besonders in Wien, das Phänomen des „Pflegenotstands" diskutiert.[483] Allerdings fehlen für Wien verlässliche Daten zum tatsächlichen Bedarf an Pflegepersonal. Im Jahr 2002 gab im Rahmen einer Erhebung mehr als die Hälfte aller Einrichtungen der institutionellen Pflege in Österreich an, Personal zu suchen.[484] Besonders ungünstig ist die Situation beim Fachpersonal: Mehr als vier Fünftel der in die Untersuchung einbezogenen Alten- und Pflegeheime sahen bei der Rekrutierung von diplomiertem Personal große Schwierigkeiten. Auch für Anbieter von ambulanten Diensten für ältere Menschen waren Personal- und vor allem Fachkräftemangel wesentliche Probleme.

Der Begriff „Pflegenotstand" umfasst mehrere Komponenten, welche in enger Beziehung zueinander stehen und die Situation von verschiedenen Blickwinkeln beleuchten: den Mangel an Pflegepersonal, die Qualitätsmängel in der pflegerischen Versorgung und die Berufswirklichkeit des Pflegepersonals.[485] Der relativen Abnahme an Pflegekräften steht in Spitälern, Alten- und Pflegeheimen sowie ambulanten Diensten ein steigender Versorgungsbedarf gegenüber, der vor allem auf die zunehmende Zahl älterer Menschen und die steigenden Erwartungen an die Pflege, bei gleichzeitiger Abnahme der Zahl pflegender Angehöriger, zurückzuführen ist.

Als **Ursachen des „Pflegenotstands"** werden die geringe Zahl an Ausbildungsplätzen, der geringe Berufszugang, die kurze Berufsverweildauer (viele in der Pflege Tätige kehren nach Berufspausen nicht mehr in den Beruf zurück) und die Beschränkungen der Rekrutierung von Pflegepersonal aus dem Ausland diskutiert. Die *Ursachen für den geringen Berufszugang* und *die kurze Berufsverweildauer* liegen vor allem in den mit dem Pflegeberuf verbundenen Belastungen (Zeitdruck, körperliche Belastung, ständiger Umgang mit Leiden, Tod, etc.), der Organisation der Pflege (Personalführung, Arbeitszeit, geringe Aufstiegsmöglichkeiten, etc.) sowie im schlechten Image der Pflegeberufe, insbesondere im Bereich der Altenpflege.

Um die Attraktivität des Pflegeberufs und die Qualität der Pflege zu erhöhen, ist eine Reihe von **Maßnahmen** erforderlich.[486]

- **Verbesserung des Umgangs mit Berufsrisiken:** Dazu zählen die Unterstützung durch organisatorische Maßnahmen und technische Hilfsmittel bei belastenden Tätigkeiten, präventive Maßnahmen zur Verringerung psychischer Belastungen sowie die Unterstützung und Krisenintervention bei emotionaler Überforderung.
- **Entwicklung einer „neuen" Organisationskultur:** Eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit ist vor allem durch eine Organisationskultur zu erreichen, welche den MitarbeiterInnen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung einräumt, sie unterstützt, ihnen Wertschätzung entgegenbringt, Risiken so weit wie möglich reduziert und Fehler in positivem Sinne nutzt („aus den Fehlern lernen").
- **Entwicklung einer „neuen" Führungskultur:** Die Auswahl der Führungskräfte sollte sich an den Aufgaben der Institutionen und der Qualifikation der BewerberInnen orientieren, eine angemessene Bezahlung und sonstige Anreize fördern die Qualität des Personals. Laufende Schulungen (Führungskräftetrainings zur Verbesserung der Kommunikationskultur und des Konfliktmanagements, zur Vermittlung von Wissen, das eine rasche Orientierung an wissenschaftlich abgesicherten Standards und Erfolg versprechenden Implementierungsmodellen bietet) können ebenso wie die Akademisierung zur Verbesserung der Führungsqualitäten beitragen. Bei der Bezahlung ist darauf Rücksicht zu

483 KRAJIC et al. (2003) und (2005).
484 SCHNEIDER, ÖSTERLE (2003).
485 KRAJIC et al. (2003), S. 5.
486 Nach KRAJIC et al. (2003).

nehmen, dass es durch das Mehr an Verantwortung als Führungskraft durch den Wegfall von Zulagen nicht zu Gehaltseinbußen kommt.

- **Verstärkte MitarbeiterInnenorientierung:** Es soll verstärkt auf die Fähigkeiten, Qualifikationen, Kompetenzen (z. B. ExpertInnenwissen) und Bedürfnisse der MitarbeiterInnen eingegangen, die Möglichkeiten zu Mitbestimmung und Übernahme von Verantwortung gestärkt werden. Unnötige Problemkonzentrationen, ungleiche Verteilung von Belastungen und Gratifikationen sind zu vermeiden, Mobilität, Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der MitarbeiterInnen zu fördern. Letzteres kann vor allem durch verstärkte Einbeziehung der MitarbeiterInnen in die Gestaltung der Rahmenbedingungen der Arbeit (Dienstplan, Maßnahmen zur Risikoverminderung, des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung) und bei der Verbesserung der Qualität der Pflege (z. B. durch Einführung von Gesundheits- und Qualitätszirkeln, durch Entwicklung von Pflegeorganisationsmodellen mit selbständigen Arbeitsbereichen für erfahrene MitarbeiterInnen) erreicht werden. Gratifikationen sowie die Unterstützung der MitarbeiterInnen bei besonderen Bedürfnissen (Wohnen, Arbeitsweg, Arbeitsutensilien, Familie, Beruf, Kinderbetreuung) fördern die Motivation. Arbeitszufriedenheit und -motivation sind am ehesten durch *integrierte Strategien* zu erreichen, welche viele Verbesserungsmaßnahmen zusammenfassen und erfolgreich umsetzen, wie z. B. die Modelle des „Primary Nursing“[487], des „Magnetspitals“[488]und die betriebliche Gesundheitsförderung zur Verbesserung der psychosozialen und körperlichen Gesundheit.[489]
- **Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Pflege:** Dringend erforderlich sind Maßnahmen zur Förderung der öffentlichen Anerkennung von Pflegeberufen (Imagekampagne), eine angemessene Entlohnung (unter Berücksichtigung von Leistung, Erfahrung, Qualifikationen und Belastungen), die Hebung der Ausbildungsqualität (z. B. durch Akademisierung der Ausbildung von Führungskräften und ExpertInnen) und die Förderung der Pflegeforschung.
- Für die **Erhöhung des Berufszugangs** sind zusätzliche Ausbildungsplätze, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die rechtliche Erleichterung der Arbeitsmigration, die Verbesserung des Ansehens durch Imagekampagnen und eine positivere Darstellung des Berufs durch die Öffentlichkeit und die Pflegekräfte vorrangig. Eine **Erhöhung des Wiedereinstiegs** lässt sich am ehesten durch familiengerechte Arbeitszeitregelungen, die Aufrecherhaltung des Kontakts während der Berufspause, durch Möglichkeiten zu geringfügiger Beschäftigung, eine der Erfahrung angemessene Gehaltseinstufung beim Wiedereinstieg, eine gezielte Anwerbung sowie durch Bereitstellung entlastender Kinderbetreuungsangebote erreichen.[490]

Gesundheitsförderndes Altern von MitarbeiterInnen in Spitälern und Pflegeeinrichtungen

Spitäler und Pflegeeinrichtungen zählen zu den am stärksten belastenden Arbeitsbereichen. Besonders hohe Anforderungen stellt der Pflegeberuf aufgrund der starken körperlichen und psychosozialen Belastungen an *ältere ArbeitnehmerInnen*. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die beruflichen Anforderungen nicht auf die Veränderungen des Alterns (in Bezug auf körperliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit) abgestimmt sind. In Anbetracht dessen hat das Wiener Informationsnetzwerk „Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen“ das gesundheitsfördernde Altern von MitarbeiterInnen 2005 zum Jahresthema gemacht.

Für die Pflege sind Zusammenhänge zwischen Belastungen (wie z. B. Belastungen des Bewegungs- und Stützapparats) und vorzeitigem Ausscheiden aus dem Berufsleben gut dokumentiert. Dagegen gibt es über alternsbedingte Probleme bei ÄrztInnen und anderen Berufsgruppen kaum Informationen. Fokus-Interviews des im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur geförderten Projekts „Gesundheit – MitarbeiterInnen – Krankenhaus“ zeigen, dass auch ÄrztInnen zu den besonders stark belasteten Berufsgruppen (insbesondere durch die langen

487 Es handelt sich dabei um eine Form der Pflegeorganisation, bei der jede/r PatientIn eine Pflegeperson zugeordnet bekommt, die von der Aufnahme bis zur Entlassung die Verantwortung trägt.

488 Es handelt sich hier um Einrichtungen, die aufgrund eines Bündels von Qualitätsmerkmalen verstärkt Personal anziehen.

489 KRAJIC et al. (2003).

490 KRAJIC et al. (2003).

Dienstzeiten) zählen. Es gibt jedoch kaum Möglichkeiten, auf „Schonarbeitsplätze“ auszuweichen.

Für die Organisationen ergeben sich in Bezug auf ältere MitarbeiterInnen folgende Herausforderungen:

- Ältere MitarbeiterInnen sind nicht mehr im selben Maße körperlich und psychisch belastbar wie jüngere, müssen aber großteils dieselben Tätigkeiten verrichten.
- Gehen hoch qualifizierte MitarbeiterInnen in den vorzeitigen Ruhestand gehen viel Wissen und Erfahrung verloren; neue MitarbeiterInnen müssen eingeschult werden.
- Nachbesetzungen sind oft nicht möglich, so dass sich der Druck auf die verbleibenden MitarbeiterInnen weiter erhöht.

Ausgehend von diesen Fakten wurde in Wien bereits im Jahr 1999 das Pilotprojekt „Meisterhafte Pflegekunst – Alter(n)sgerechte und gesundheitsgerechte Karrierewege im Pflegeberuf“[491] initiiert, das langfristig einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf entgegenwirken wollte. Das Modell wurde auf drei Stationen von Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) erprobt und evaluiert.

In einem weiteren, von 1996 bis 2001 im Rahmen des KAV laufenden Projekt konnten positive Erfahrungen mit der Reduktion der täglichen Arbeitszeit im Pflegebereich gesammelt werden. Im Kaiserin-Elisabeth-Spital wurde, um Überforderung und chronischem Stress entgegenzuwirken, die tägliche Arbeitszeit von 12,5 Stunden auf 8 bis 10 Stunden reduziert. Es zeigte sich, dass die Zustimmung zur Verkürzung der Dienste umso größer war, je mehr Erfahrung das Personal mit einem 8-Stunden-Dienst hatte. Besonders bei den älteren Pflegenden war die Zufriedenheit mit der Arbeitszeitverkürzung hoch. Weniger Krankenstände und Überstunden waren erforderlich.

Im Herbst 2005 hat das Wiener Informationsnetzwerk zur „Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen“[492] eine Kampagne zum Thema „Altern in Gesundheit“ für MitarbeiterInnen des Wiener KAV gestartet. Die erarbeiteten **Lösungsansätze** betreffen sowohl die *Organisationsentwicklung,* d. h. Arbeitsbedingungen, -anforderungen und -umfeld, die *Führungskräfte-Entwicklung* einschließlich der Arbeitskultur, die *Personalentwicklung*, d. h. die Entwicklung von Humanressourcen sowie *persönliche Beiträge* zur Gesunderhaltung und zum lebenslangen Lernen.[493] Diese Prozesse greifen ineinander und sollten möglichst kombiniert umgesetzt werden. Erforderlich ist die Unterstützung durch Träger-Organisationen, oberste Verwaltung und Politik, da manche Lösungen nur auf der Basis einer Flexibilisierung und Deregulierung rechtlicher Rahmenbedingungen möglich sind.

Organisationsentwicklung: Die alternsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen sollte MitarbeiterInnen einen ausgewogenen Mix aus psychischen und physischen Anforderungen bieten, die Entwicklung persönlicher Bewältigungsmöglichkeiten von Arbeitsbelastungen fördern und bei Bedarf nötige Unterstützung bereitstellen. Wichtig ist ein umfassender Gesamtansatz, der folgende Punkte beinhaltet:

- *Strategische Orientierung:* Verankerung des Bekenntnisses zu alternsgerechter Arbeitsorganisation im Leitbild des Betriebs und der Alterns-Orientierung als Aufgabe in relevanten Unternehmensbereichen (Qualitätsmanagement, Personalmanagement, Arbeitsmedizin).
- Entwicklung guter betrieblicher Praxis:
  a) *Altersgerechte Einstellung neuer MitarbeiterInnen* mit dem Ziel, eine Altersheterogenität der Belegschaft zu erreichen und so die Fähigkeiten älterer und jüngerer MitarbeiterInnen optimal zu kombinieren. Bei Kündigungen sollte nicht das Alter, sondern die tatsächliche Kompetenz bestimmend sein.
  b) *Flexible und moderne Arbeitsorganisation*, welche Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Arbeitszeit (Teilzeitstellen, stundenweises Arbeiten, Aufteilen eine Stelle auf mehrere Personen) und Arbeitsautonomie (Entscheidungskompetenz im eigenen Arbeitsbereich) ermöglicht. Innerbetriebliche Mobilität (Beförderung, Job Rotation, z. B. Stationswechsel, Wechsel vom Stationsdienst in den Funktionsdienst, von der Station in die Ambulanz und umgekehrt) sind ebenfalls Instrumente, welche die Motivation erhalten.

491 http://www.oegvp.at/2000e.pdf
492 http://www.gspwien-info.net/index.htm
493 http://www.gspwien-info.net/downloads/factsheet_aging.pdf

c) *Arbeitsplatzgestaltung und betriebliche Gesundheitsförderung* in Spitälern und Pflegeeinrichtungen zielt vor allem auf die Organisation der Dienste ab (z. B. die Möglichkeit der Reduktion von Nachtdiensten und möglichst schonender Schichtdienste für ältere MitarbeiterInnen). Für ältere MitarbeiterInnen im Pflegebereich eignen sich z. B. Stationsstrukturen mit kleinen Einheiten, Primary Nursing und Zimmerpflege. Hinsichtlich der Arbeitsplatzgestaltung spielen die Berücksichtigung von Ergonomie und die Kompensation der Abnahme von körperlichen Fähigkeiten und Sinnesfunktionen z. B. durch Beleuchtung und größere Schrift eine wichtige Rolle.

- *Förderung von Fort- und Weiterbildung* um berufliche Neuerungen kennen zu lernen, persönliche Kompetenzen (z. B. Stressbewältigung) und Lebensstile zu erweitern. Fort- und Weiterbildung bzw. lebenslanges Lernen können ebenso wie die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (Supervision, Coaching) helfen, veränderte berufliche Anforderungen besser zu bewältigen.
- *Einstellungswandel und Abbau von Vorurteilen* gegenüber älteren MitarbeiterInnen in den Betrieben. Voraussetzung für die Verbesserung der Arbeitssituation älterer MitarbeiterInnen ist ein Einstellungswandel und der Abbau intergenerationeller Vorurteile bei allen MitarbeiterInnen, aber auch auf der Führungs-Ebene.

Unterstützung der Alternsorientierung durch die Führungs-Ebene: Führungskräfte können viel zur Entwicklung einer „Alterskultur" beitragen und so dem Verlust hoch kompetenter MitarbeiterInnen vorbeugen. Ein positives, kooperatives und dialogorientiertes Betriebsklima hilft, Vorurteile abzubauen und so die intergenerationelle Zusammensetzung von Teams gezielt zu fördern, Ältere zur Fortbildung motivieren, in der Laufbahnplanung zu unterstützen und ihnen Feedback zu geben (Leistungen anerkennen und Defizite ansprechen und bearbeiten).

Berücksichtigung der Alternsorientierung in der Personalentwicklung: Die Personalentwicklung ist in hohem Maße für die Entwicklung alternsgerechter Unternehmen verantwortlich, auch sie muss im Hinblick darauf sensibilisiert werden. Eine alternsorientierte Personalentwicklung umfasst eine vorausschauende Rekrutierungspolitik (ausgewogener Altersmix), eine gezielte Förderung lebenslangen Lernens bei MitarbeiterInnen aller Altersgruppen (auch bei älteren), den Einsatz spezifischer personalentwicklerischer Instrumente (wie z. B. MitarbeiterInnen-Orientierungsgespräche, Potenzialanalysen, Zielvereinbarungen, Mentorensysteme, Coaching) sowie die gezielte Unterstützung beim Ausstieg aus dem Beruf bzw. beim Übergang in die Pension (Umschulung, gleitender Ausstieg, Coaching).

Persönliche Beiträge zu gesundem Altern: Wichtig für gesundes Altern ist ein gesunder aktiver Lebensstil während des gesamten Lebenslaufs (Sport/Bewegung, gesunde Ernährung, maßvoller bzw. abstinenter Umgang mit Alkohol und Nikotin, mentale Gesundheitsförderung), lebenslanges Lernen (Weiterbildung, Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung durch Coaching, Supervision), Gesundheitsvorsorge bzw. Früherkennung von Gesundheitsproblemen, eine sinnerfüllte Arbeit und bewusste Laufbahngestaltung, bei der altersgeeignete Tätigkeiten mit zunehmendem Alter ausgebaut und ungeeignete reduziert werden.

Altersgeeignete Tätigkeiten sind leitende, koordinierende Funktionen; lehrende, ausbildende, beratende Tätigkeiten; in Eigenverantwortung auszuführende Tätigkeiten; Aufgaben, die Erfahrung, Fachwissen, Routine erfordern; Aufgaben, die soziale Fähigkeiten voraussetzen.

Eher ungeeignet sind körperlich oder psychisch anstrengende Tätigkeiten; Zeit- und Leistungsdruck; Schicht- und Nachtarbeit; Daueraufmerksamkeit; soziale Isolation; hohe Umgebungsbelastung (Lärm, Hitze, Kälte); zu wenig Erholungsmöglichkeiten.

Politische Unterstützung: Auch Politik und Verwaltung können einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie unterstützende Rahmenbedingungen schaffen, wie z. B. stärkere Flexibilisierung und Deregulierung von Arbeitszeiten; spezifische Anreizsysteme für die Beschäftigung älterer MitarbeiterInnen; gesetzliche Ahndung von Altersdiskriminierung; Regelung zu Länge von Diensten in Abhängigkeit von Belastungen; spezifische Krankenstands- und Teilzeitarbeitsregelungen, tarifvertragliche und sozialversicherungsrechtliche Anpassungen für Ältere. Bei der Realisierung dieser politischen Forderungen kommt auch den Gewerkschaften eine wichtige Rolle zu.

schlechtern berücksichtigt werden müssten.[469] Laut den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 sind arbeitslose Frauen keineswegs gesünder als arbeitslose Männer. So finden sich von den angeführten Beschwerden lediglich Depressionen und Kreislaufstörungen bei arbeitslosen Frauen seltener als bei arbeitslosen Männern.

Fundierte Aussagen zu den Auswirkungen der Arbeitslosigkeit von Frauen auf deren Gesundheit sind nur aufgrund von Längsschnittstudien möglich, die den Gesundheitszustand vor und während der Arbeitslosigkeit erfassen und sich nicht nur auf Selbstangaben der Befragten stützen, sondern auch objektive Befunde mit einschließen sowie den Besonderheiten der weiblichen Lebenssituation Rechnung tragen. Ein weiteres methodisches Problem stellen die langen Zeiträume dar, die in der Regel bis zum Auftreten von Gesundheitsproblemen und Krankheit vergehen. Nicht nur Arbeitslosigkeit, sondern auch Erwerbstätigkeit, Haushalt und Familie können gesundheitsrelevante Belastungen (z. B. bei Konflikten, finanziellen Problemen, übermäßigem Stress) bereithalten. Die im Kontext von Haushalt und Familie auftretenden Belastungen wirken bei einem Verlust der Erwerbsarbeit meist weiter bzw. werden im Falle von Arbeitslosigkeit oft noch verstärkt.[470] Das Belastungs- und Bewältigungspotenzial ist außerdem je nach Art der Arbeitslosigkeit (Kurzzeit-, Übergangs-, Langzeitarbeitslosigkeit) verschieden und hängt von der Erwerbsorientierung, der sozialen Unterstützung durch die Familie und vom Kontext ab, in dem die Arbeitslosigkeit auftritt. Als besonders belastend erlebt werden stigmatisierende Bewertungen (wie z. B. Arbeitslosigkeit bzw. deren Andauern sei selbst verschuldet).

Zusammenfassend kann betont werden, dass in dem Maße, in dem die Erwerbstätigkeit fester Bestandteil der weiblichen Normalbiografie ist, bei den Frauen die wahrgenommenen Nachteile, die sich aus dem Verlust des Arbeitsplatzes ergeben, steigen. Frauen sind außerdem nicht nur durch eigene Arbeitslosigkeit betroffen, sondern tragen auch häufig zur Bewältigung der Probleme und Konflikte bei, die sich aufgrund der Arbeitslosigkeit naher Angehöriger (wie z. B. des Partners, der Kinder) ergeben.[471] Die aufgrund von Arbeitslosigkeit bzw. im Vorfeld von Arbeitslosigkeit auftretenden gesundheitlichen Probleme und deren individuelle und gesamtgesellschaftliche Auswirkungen werden zur Zeit zu wenig bedacht und sind bislang kaum ins Blickfeld arbeitsmarkt-, sozial- und gesundheitspolitischer Überlegungen gerückt. Die Häufung von gesundheitlichen Problemen bei Arbeitslosen sollte (unabhängig von jedweder Kausalität und vom Geschlecht) dazu veranlassen, gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Arbeitslosen zu setzen. Bisher sind auch die im Gesundheitsbereich Tätigen kaum auf die Wahrnehmung gesundheitlicher Probleme Arbeitsloser, insbesondere arbeitsloser Frauen, sensibilisiert, ein Defizit, dem vor allem durch Informationsvermittlung zu begegnen ist. Besondere Beachtung sollte dabei Gruppen, wie z. B. Langzeitarbeitslosen, Wiedereinsteigerinnen, SozialhilfebezieherInnen, die überdurchschnittlich häufig gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, zuteil werden.

5.7.4 Frauen in Pflegeberufen

Ende des Jahrs 2003 waren in den Wiener **Krankenanstalten** 13.906 Personen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und 2.973 PflegehelferInnen tätig. Es handelte sich dabei vorwiegend um Frauen (87,3 bzw. 78,0 Prozent). Während innerhalb des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Kinder- und Jugendpflege fast ausschließlich in Händen der Frauen (99,5 Prozent) liegt, ist der Frauenanteil in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege etwas geringer (87,9 Prozent). In der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege sind knapp zwei Drittel Frauen (63,2 Prozent) tätig.

[469] Frauen beurteilen im Vergleich zu Männern ihren Gesundheitszustand negativer und sind auch eher bereit, über Beschwerden und Krankheit zu berichten.

[470] MOHR (1997).

[471] GROBE, SCHWARTZ (2003), S. 19; BMFSFJ (2001), S. 453 f.

Eine Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG)[496] über pflegende Angehörige von PflegegeldbezieherInnen kommt für Österreich unter anderem zu folgenden Ergebnissen:

- Der überwiegende Teil der privaten Betreuungsleistungen zu Hause wird von Frauen erbracht. 79 Prozent der erfassten pflegenden Angehörigen sind weiblich. Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen liegt bei 58 Jahren und streut von 20 bis 96 Jahren.
- Der überwiegende Teil der privaten Pflegepersonen (40 Prozent) sind Ehe- bzw. Lebenspartner, mehr als ein Viertel Kinder (vor allem Töchter), die ihre Eltern pflegen.
- 30 Prozent aller Hauptpflegepersonen sind erwerbstätig. 56 Prozent waren vor der Übernahme der Pflege erwerbstätig.
- 47 Prozent der Betreuungspersonen verfügen entweder über kein Einkommen oder nur ein Einkommen bis 700 Euro (durchschnittliches Monatsnettoeinkommen ohne 13. und 14. Monatsgehalt und exklusive einer eventuellen Abgeltung für Betreuungsleistungen). Ca. ein Fünftel aller Betreuungspersonen verfügt über kein eigenes Einkommen. Der Großteil (91 Prozent) derer, die kein eigenes Einkommen haben, sind Frauen.
- Nahezu ein Fünftel der Betreuungspersonen verfügt über keine Pensionsversicherung, d. h. ihre Versorgung im Alter ist nicht geklärt. 82 Prozent der Betreuungspersonen sind pensionsversichert, 43 Prozent aufgrund eigener Berufstätigkeit. Die Ursachen für die mangelhafte Absicherung pflegender Angehöriger liegen zum Teil in den hohen Kosten einer freiwilligen Selbst- bzw. Weiterversicherung, aber auch Informationsmangel und mangelhaftes Problembewusstsein spielen eine Rolle.[497] Dieser Befund verweist auf die Notwendigkeit der Verbesserung pensionsversicherungsrechtlicher Maßnahmen für pflegende Angehörige.
- Drei Viertel aller Betreuungspersonen versorgen PflegegeldbezieherInnen der Pflegegeldstufen eins bis drei, ein Fünftel betreut PflegegeldbezieherInnen der Stufen vier und fünf und sieben Prozent PflegegeldbezieherInnen der beiden höchsten Pflegestufen.
- Weit über die Hälfte (58 Prozent) der Betreuungspersonen gaben an, dass durch das Pflegegeld die Betreuung und Pflege zu Hause erst möglich wurde. Allerdings bringt das Pflegegeld keine ausreichende wirtschaftliche Entlastung, um die Erwerbstätigkeit aufzugeben.
- Ein Drittel der pflegenden Angehörigen halten behinderungsbedingte Wohnungsadaptierungen für erforderlich.
- Beinahe drei Viertel der betreuten PflegegeldbezieherInnen sind weitgehend mobil. Fast die Hälfte der Betreuten ist mehrmals pro Woche verwirrt, 17 Prozent sind völlig verwirrt.
- In einem Viertel der Fälle werden mobile Dienste in Anspruch genommen, am häufigsten Hauskrankenpflege (mit fast 47 Prozent), Heimhilfe (39 Prozent) und Essen auf Rädern (30 Prozent). Die Gründe, warum mobile Dienste nicht bzw. in nur unzureichendem Maße in Anspruch genommen werden, liegen nicht in einer grundsätzlich ablehnenden Haltung (48 Prozent) bzw. im Scheitern der Finanzierbarkeit (42 Prozent). Zwölf Prozent der befragten Personen gaben an, dass in ihrer Umgebung keine Dienste angeboten werden. Dies trifft vor allem auf ländliche Gebiete zu.
- Es bestehen signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Nutzung von mobilen Diensten und der Verfügbarkeit von Einkommen, der Erwerbstätigkeit und der Schulbildung: Personen mit eigenem Einkommen nehmen eher mobile Dienste in Anspruch als Personen ohne eigenes Einkommen; vollzeitbeschäftigte Betreuungspersonen nehmen signifikant häufiger mobile Dienste in Anspruch als Betreuungspersonen ohne Beschäftigung; Betreuungspersonen mit höheren Schulabschlüssen nutzen signifikant häufiger mobile Dienste als Personen mit niedrigerem Bildungsniveau.
- Im Falle der Abwesenheit der privaten Hauptpflegeperson ist im Akutfall in rund 83 Prozent der Fälle für eine Ersatzpflege vorgesorgt, während Ersatzpflege im geplanten Fall in rund 71 Prozent der Fälle gesichert ist.

Motive für die Übernahme einer Pflege

Es gibt unterschiedliche Beweggründe für die Übernahme der Pflege naher Angehöriger.[498] Neben *altruistischen und dem Selbstwert dienlichen Motiven*, haben *normative Vorstellungen* großen Einfluss.[499] BUIJSSEN unterscheidet zwischen *positiven* (Liebe oder Zuneigung, Wieder-

496 ÖBIG (2005). Angeschrieben wurden 3.417 PflegegeldbezieherInnen. Der Rücklauf betrug 34 Prozent.

497 BADELT et al. (1997).

gutmachungs- und Dankbarkeitsimpulse, religiöse oder karitative Motive, etc.) und *negativen* Beweggründen (z. B. Angst vor Stigmatisierung durch die soziale Umwelt, familiärer Druck).[500] Meist sind mehrere (positive und/oder negative) Motive zutreffend. Beweggründe und deren Intensität können sich im Verlauf der Pflege ändern.[501] Damit Pflege und deren Aufrechterhaltung gelingt, sollte zumindest ein positives Motiv vorhanden sein.[502] Überwiegend positive Motive führen aber nicht zwangsläufig zu geringeren Belastungen. Der unbedingte Wunsch, die Angehörigen zu betreuen, kann leicht zur Überforderung führen. Das Vorhandensein ausschließlich negativer Motive, erhöht die Gefahr „liebloser" Pflege (mit Verwahrlosung, Aggression, körperlicher Gewaltanwendung, etc).[503]

Obwohl in der Regel positive Beweggründe vorherrschen, spielt insbesondere bei pflegenden Ehefrauen der familiäre Druck eine nicht unerhebliche Rolle.[504] Es gilt für sie (und ihre Umwelt) als selbstverständlich, die Pflege des Ehemannes zu übernehmen. Mögliche Alternativen werden daher meist gar nicht wahrgenommen. Insgesamt spielen Motive wie Pflichtgefühl, Treue, Verzicht, Nächstenliebe, etc. bei den älteren Frauen eine wichtigere Rolle als bei den jüngeren.[505] Auch die Pflege eines behinderten Kindes durch die Mütter gilt meist als selbstverständlich.

Oft handelt es sich bei der Übernahme der Pflege eines/r Angehörigen um *keine bewusste* Entscheidung.[506] Vor allem bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit bleibt oft kaum Zeit, sich auf die Situation vorzubereiten, Informationen einzuholen und notwendige Vorkehrungen zu treffen.

Die *Bereitschaft zur Pflege,* insbesondere jene *älterer Angehöriger*, wird vor allem durch folgende Faktoren beeinflusst: (frühere) gegenseitige Hilfeleistungen, die (frühere) emotionale Beziehung, internalisierte Normen, Familienstand, Familienorientierung, Alter, Wohnsituation, Bildung, Berufstätigkeit und nicht zuletzt die finanzielle Situation.

Wichtige Voraussetzungen für die häusliche Pflege sind nach Meinung der Pflegenden ausreichend Zeit (98 Prozent), Sympathie und Zuneigung für die pflegebedürftige Person (96 Prozent), die eigene Gesundheit (92 Prozent), die räumlichen Gegebenheiten (82 Prozent) und die familiäre Unterstützung (80 Prozent). Dagegen sind fachliche Unterstützung (54 Prozent), Beratung durch professionelle Pflegekräfte (44 Prozent), regelmäßige Bezahlung (43 Prozent) und sonstige finanzielle Anreize (22 Prozent) nach Meinung der Pflegenden zwar nicht unbedeutend, aber insgesamt weniger wichtig.[507] *Entscheidend für die* tatsächliche *Aufnahme der Pflege* waren unter 19 vorgegebenen Motiven sechs Faktoren, nämlich Pflicht, Selbstwert, soziale Motive, mangelndes Vertrauen in andere, finanzielle Motive und pragmatische Überlegungen. Allerdings gibt es *geschlechts- und altersspezifische* Unterschiede: Während jüngere Frauen vorwiegend die Verpflichtung sehen, sind bei 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 mittleren Alters soziale und/oder pragmatische Motive im Vordergrund. Finanzielle Aspekte sind insbesondere bei älteren Pflegenden von großer Bedeutung.[508] Ehepaare übernehmen die Pflege des anderen aufgrund der Zuneigung und lebenslangen Gemeinsamkeiten selbstverständlicher als Kinder dies bei ihren Eltern tun.[509]

498 Mangels einschlägiger aktueller Untersuchungen in Österreich stützen wir uns hier vorwiegend auf Ergebnisse aus dem benachbarten Ausland.
499 HALSIG (1998).
500 BUIJSSEN (1996).
501 REICHERT et. al. (2002), S. 16 ff.
502 BUIJSSEN (1996).
503 SCHULZ-NIESWANDT (1998).
504 GÖRRES (1998); HEJDA (2000).
505 FISCHER et al. (1995).
506 HALSIG (1998); KÄSLER-HEIDE (1998).
507 FUCHS (1999).
508 FUCHS (1999).
509 ADLER et al. (1996); BRUDER (1998).

Belastungen und Ressourcen pflegender Angehöriger

Die vorliegenden Untersuchungen verweisen durchgängig auf ein hohes Maß an Belastungen bei pflegenden Angehörigen. Laut der oben zitierten Studie des ÖBIG[510] fühlen sich mehr als zwei Drittel (70 Prozent) der privaten Hauptpflegepersonen von PflegegeldbezieherInnen bei ihrer Betreuungs- und Pflegearbeit „ab und zu" bzw. „fast immer" überlastet. Als psychisch belastend werden insbesondere die Verantwortung, die Überforderung und die Aussichtslosigkeit erlebt.

Die ständige Überlastung kann zu körperlichen und psychischen Erkrankungen, wie Burnout, führen. Eine Studie in den USA stellte fest, dass sich die Pflege auf die Lebenserwartung auswirkt: Das Sterblichkeitsrisiko ist bei pflegenden EhegattInnen (im Alter von 66 und 93 Jahren) um 63 Prozent höher als im Normalfall, wenn die Pflege als stressreich und belastend erlebt wird. Bei Entlastung durch Beratung und ambulante Dienste sinkt die Sterblichkeitsrate auf 8 Prozent.

Zu den *Belastungen pflegender Angehöriger* zählen vor allem:

- die Notwendigkeit ständiger Anwesenheit und der Anpassung des Tagesablaufs an die Pflegetätigkeit;
- die hohe körperliche und psychische Beanspruchung, die sich auf den Gesundheitszustand auswirkt;
- die ständige Konfrontation mit physischem und psychischem Abbau des/der Pflegebedürftigen sowie die Angst vor einer weiteren Verschlechterung;
- Verhaltensweisen des/der Pflegebedürftigen wie Klagen, Unzufriedenheit, Aggressivität, Passivität oder Niedergeschlagenheit;
- mangelnde Kommunikationsfähigkeit insbesondere bei geistig behinderten, psychisch veränderten und verwirrten Pflegebedürftigen;
- Harn- und/oder Stuhlinkontinenz;
- eine konflikthaft erlebte Beziehung 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.[511]

Besonders belastend ist die Pflege von *Demenzkranken*: Über 84 Prozent der Personen, die Demenzkranke pflegen, geben an, zu wenig Zeit für die eigenen Interessen zu haben, ebenso viele sind der Ansicht, die Pflege koste sie sehr viel Kraft. Nahezu zwei Drittel (65 Prozent) fühlen sich körperlich erschöpft, 63 Prozent fühlen sich am Morgen unausgeschlafen. Über die Hälfte (57 Prozent) äußern den Wunsch, aus der Pflegesituation auszubrechen, ebenso viele (54 Prozent) berichten von Einbußen an Lebenszufriedenheit aufgrund der Pflege. Vor allem die Persönlichkeitsveränderungen der betreuten Person, das Nicht-Wiedererkennen der Pflegeperson führen meist zu großen seelischen Belastungen bei den betreuenden Angehörigen. Die Weglauftendenzen des/der Kranken erfordern eine ständige Anwesenheit. Der überwiegende Teil der Befragten (79 Prozent) verspürt große Traurigkeit über das Schicksal der/s Demenzkranken.[512]

Das Ausmaß der Belastungen hängt auch vom *Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. Behinderung* ab. So fühlen sich Personen, die Pflegebedürftige mit hoher Pflegestufe, mit hohem wöchentlichen Betreuungsaufwand oder psychisch veränderte Pflegebedürftige betreuen und ihre Erwerbstätigkeit wegen der Übernahme der Pflege aufgegeben haben, besonders belastet. [513]

Eine Rolle für das Ausmaß der Belastung spielt auch das *Alter der Pflegeperson und das verwandtschaftliche Verhältnis* zum/r Pflegebedürftigen.[514] So fällt es pflegenden Ehefrauen (vor allem wenn sie selbst bereits in einem fortgeschrittenen Alter sind und gesundheitliche Probleme haben) schwerer, die Pflegetätigkeiten aus-

510 ÖBIG (2005).
511 REICHERT et al. (2002), S. 21 ff.
512 GRÄSSEL (1996).
513 SCHNEEKLOTH, MÜLLER (2000).
514 BRUDER (1998).

zuführen als pflegenden Töchtern oder Schwiegertöchtern.[515] Pflegende Ehefrauen sind außerdem (selbst bei hohem Ausmaß an Pflegebedürftigkeit) nur selten bereit, Hilfe durch andere Familienmitglieder oder soziale Dienste in Anspruch zu nehmen. Das Risiko, die Belastungsgrenzen zu überschreiten und selbst pflegebedürftig zu werden, ist daher bei ihnen besonders hoch.

Aber auch *jüngere Frauen*, die neben der Pflege der Eltern oder Schwiegereltern, eine eigene Familie und Kinder haben und darüber hinaus oft *erwerbstätig* sind, fühlen sich oft an der Grenze ihrer Belastbarkeit.[516] Abgesehen von den aufgrund der Pflege auftretenden persönlichen und familiären Problemen (soziale Isolation, gesundheitliche Einschränkungen, Konflikte innerhalb der Familie) leidet häufig auch die berufliche Tätigkeit (z. B. aufgrund nachlassender Leistungsfähigkeit) unter der Pflege.

Das Ausmaß der Belastung hängt unter anderem von der *Inanspruchnahme zusätzlicher Hilfe(n)* ab, wobei allerdings Angehörige der mittleren und oberen sozialen Schichten bzw. Einkommensklassen häufiger auf ergänzende oder unterstützende professionelle Dienste zurückgreifen (können) als Angehörige der unteren Sozial- und Einkommensschichten.[517] Männer sind aufgrund ihres Pflegeverständnisses eher bereit als Frauen, Aufgaben zu delegieren und private sowie professionelle Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.[518]

Zu erwartende zukünftige Trends

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der zunehmenden Zahl älterer Menschen wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft weiter steigen, die Zahl der pflegenden Angehörigen eher sinken. Allein zwischen 2000 und 2002 ist österreichweit die Zahl der PflegegeldbezieherInnen bei den Frauen um rund 12.000 und bei den Männern um rund 8.000 gestiegen. Die höchsten Zuwächse waren in absoluten Zahlen in den unteren Pflegegeldstufen zu verzeichnen, der prozentuelle Anstieg war allerdings (mit ca. 14 Prozent) bei den PflegegeldbezieherInnen der beiden höchsten Stufen am stärksten.[519] Allein aus demografischen Gründen (d. h. unter gleich bleibenden sonstigen Bedingungen) wird bis 2011 ein Ansteigen der PflegegeldbezieherInnen auf rund 400.000 erwartet.[520]

Demografische und soziale Entwicklungen (Abnahme der Zahl jüngerer Menschen, zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen, Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen, v. a. der verstärkte Trend zu Singlehaushalten und die geringere Heiratsneigung, etc.) lassen für die Zukunft einen drastischen Rückgang der informellen, unbezahlten Pflegeleistungen erwarten. Diese Vermutung wird auch durch Untersuchungen über die zukünftige Entwicklung der Bereitschaft zur informellen Pflege bestärkt,[521] wobei in städtischen Milieus generell von geringerer Bereitschaft zur informellen Pflege auszugehen ist.

In Zukunft vor allem in Wien vermehrt zum Tragen kommt die Pflege älterer MigrantInnen. Untersuchungen in Deutschland[522] verweisen auf eine überaus hohe Bereitschaft von Kindern älterer MigrantInnen, ihre Eltern zu pflegen (81 Prozent). Ähnliches gilt auch für die Übernahme der Pflege eines behinderten Kindes. Wie REINPRECHT[523] aufgrund seiner Untersuchung von MigrantInnen in Wien feststellt, verfügen ältere MigrantInnen (insbesondere TürkInnen) im Vergleich zu österreichischen SeniorInnen über ein weitaus engmaschigeres und emotional belastbareres Netz an sozialen Beziehungen. Nur 6 Prozent der MigrantInnen (im Vergleich zu 12 Prozent der österreichischen SeniorInnen) sind isoliert und haben keine Kontakte (hauptsächlich allein lebende Frauen). Allerdings verliert auch bei MigrantInnen mit zunehmendem Alter das soziale Netzwerk an Größe, Festigkeit und emotionaler Dichte und beschränkt sich auf die engsten Familienmitglieder, was zur Verstärkung innerfamiliärer Ab-

515 FISCHER et al. (1995).
516 BRINK (2002); BOEGER, PICKARTZ (1998).
517 MAYER, WAGNER (1996).
518 REICHERT et al. (2002), S. 30.
519 ÖBIG (2004), S. 17.
520 STADT WIEN (2003), S. 244.
521 BLINKERT UND KLIE (2000).
522 TÜSÜN (2002).
523 REINPRECHT (2000).

hängigkeiten und erhöhtem Konformitätsdruck führt. Dies birgt nicht nur die Gefahr, dass Integrationsbarrieren auf die nächste Generation übertragen werden und spezifische Lebensformen (wie etwa Doppelleben, Leben in zwei Kulturen) entstehen. Es ist daher auch bei MigrantInnen nicht als selbstverständlich anzusehen, „dass die Kinder (oder auch Enkelkinder) dieser ersten Generation die Eltern (oder Großeltern) im Alter versorgen oder pflegen".[524]

Maßnahmen zur Erleichterung der Situation pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige stehen unter massivem Stress, eine Entlastung kann primär durch flexible mobile Dienste und finanzielle Unterstützung erreicht werden. Laut einer neuen Studie[525] über pflegende Angehörige von PflegegeldbezieherInnen sind aus der Sicht der pflegenden Angehörigen folgende Verbesserungen im Pflegesystem notwendig: mehr Informationen über rechtliche, pflegerische und medizinische Angelegenheiten sowie eine zentrale Anlaufstelle und telefonische Hotline, eine Erhöhung des Pflegegeldes, größeres Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen, mobilen Diensten, Tagesbetreuungsstätten sowie die Schaffung von Nachtbetreuungsangeboten.

Beratung vor Übernahme der Pflege im Sinne einer Qualitätssicherung: Pflegende Angehörige übernehmen die Pflege häufig völlig unvorbereitet und haben oft wenig Ahnung, wie stark diese auf ihr tägliches Leben einwirkt.[526] Der Mangel an Erfahrung und Wissen bezieht sich nicht nur auf die rechtlichen Rahmenbedingungen, Ansprüche, Antragsprozeduren, sondern auch auf Wohnraumadaptierungen, geeignete Pflegehilfsmittel und -materialen, Pflegetechniken, den Umgang mit persönlicher Überforderung, die Ansprechpartner für Belastungs- und Beziehungsfragen.

Eine ausführliche Beratung ist Voraussetzung für eine Erhöhung der Qualität der häuslichen Pflege. In diesem Zusammenhang ist auch der aufgrund der Studie „Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung"[527] eingebrachte Vorschlag, die Auszahlung des 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.

Schnittstellenmanagement: Häufig tritt (vermehrte) Pflegebedürftigkeit nach Krankenhausaufenthalten auf. Ein wichtiges Moment ist in solchen Fällen die Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus. Die Zusammenarbeit des Krankenhauses mit allen Beteiligten (PatientInnen bzw. deren Angehörige, HausärtzInnen, soziale Dienste, Selbsthilfegruppen, etc.) kann wesentlich dazu beitragen, den Einstieg in die Pflege zu erleichtern. Aus diesem Grunde wurde im Jahr 2002 das Modellprojekt „PatientInnenorientierte Krankenbetreuung – PIK" initiiert, im Zuge dessen Maßnahmen zur Optimierung des Schnittstellenmanagements entwickelt wurden. Im Rahmen des seit dem Jahr 2005 laufenden Projekts „PIK-Transfer", an dem während aller Projektphasen PatientInnen und Angehörige aktiv beteiligt waren, wird derzeit an der Umsetzung weiterer Initiativen zur strukturellen Weiterentwicklung des Wiener Gesundheits- und Sozialwesens gearbeitet. *(Eine detaillierte Darstellung der Modellprojekte findet sich in Kapitel 8.5.4.)*

Bereitstellung von Angeboten zur Entlastung: Dazu zählen u. a. breitenwirksame Angebote an Pflegehilfskursen, Pflegeberatung, Gesprächskreise pflegender Angehöriger, Bildung eines familiären „Pflegeteams" und Aussprache zwischen den Beteiligten (Mediation), Begleitung in Krisensituationen, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtbetreuung. Um die noch immer bestehende Hemmschwelle, professionelle Hilfe anzunehmen, zu überwinden, müssen Pflegende informiert werden, dass sie sich Hilfe holen können und wo sie diese Beratungangebote erhalten. Die Angebote sollen nicht nur zur Entlastung in körperlicher sondern auch in psychischer Hinsicht beitragen. Wichtig ist, dass die sozialen Dienste und Heime (etwa in den Bereichen Kurzzeitpflege, Betreuung am Wochenende, Betreuung am Abend) zu mehr Flexibilität befähigt werden. So sollte z. B. sicher gestellt sein, dass in den Sommermonaten Kurzzeitpflegeplätze, die es zwar in den Pflegeeinrichtungen gibt, auch ohne langfristige Anmeldung zur Verfügung stehen und auch bei kleinem Budget leistbar sind.

524 REINPRECHT (2000), S. 76.
525 ÖBIG (2005).
526 Zitiert nach ZENTAS (2000), S. 223.
527 ÖBIG (2004b).

Finanzielle Absicherung: Die Abgeltung der Leistungen der pflegenden Angehörigen bzw. deren ökonomische Absicherung durch sozialversicherungsrechtliche Maßnahmen ist ein weiterer wesentlicher Faktor für die Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft.[528] Es gibt zwar die Möglichkeit einer begünstigten Weiterversicherung für bestimmte Anspruchsberechtigte in der Pensionsversicherung, allerdings sollte die sozialversicherungsrechtliche Absicherung für alle pflegenden Angehörigen gelten. Wichtig sind auch vermehrte Möglichkeiten zu flexibler Arbeitszeitgestaltung für pflegende Angehörige. Hingewiesen sei auch auf die regelmäßige Anpassung des Pflegegeldes an die Preissteigerungsraten sowie die stärkere Berücksichtigung von Menschen mit besonderem Pflegebedarf beim Pflegegeld (Demenz, behinderte Kinder).

Bereitstellung spezieller gesundheitsfördernder Maßnahmen: Dazu zählen Urlaubsangebote mit oder ohne pflegebedürftige Angehörige, Kuren, spezielle Maßnahmen vor Ort (z. B. Rückenschul- und Entspannungskurse, Erlernen von Bewältigungsstrategien [z. B. Yoga, autogenes Training]), die präventiv schützen und stabilisieren. Gerade hier ist auf Seiten der Gesundheitspolitik Nachholbedarf festzustellen.

Stärkere gesellschaftliche Anerkennung der familialen Pflegetätigkeit: Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit kann auf die Belastungen pflegender Angehöriger aufmerksam gemacht werden, aber auch auf die positiven Seiten einer Pflege. Dies könnte die Inanspruchnahme entlastender Angebote seitens der Pflegenden fördern. Das Gefühl, Anerkennung zu bekommen, wirkt sich positiv auf das Belastungsempfinden und die Lebenszufriedenheit aus.

Förderung der innerfamilialen Unterstützung und der Pflegebereitschaft von Männern: Die Verantwortung für die Pflege und deren Durchführung darf nicht länger als „reine Frauensache" angesehen werden. Die Männer sind aufgefordert einen gleichberechtigten Beitrag zu leisten. Das bedeutet aber auch, dass Frauen sich ihre Grenzen eingestehen und bereit sein müssen, Aufgaben abzugeben. Wichtig ist, dass sie lernen, die Unterstützung aktiv einzufordern. Elterliche und schulische Erziehung können einen wichtigen Beitrag zu vermehrter Beteiligung der Männer und so zu wirklicher Gleichberechtigung (wie in skandinavischen Ländern) leisten.

Verbesserungen im Bereich der Familienhospizkarenz: Ab 1. Juli 2002 besteht für ArbeitnehmerInnen die Möglichkeit, ihre sterbenden Angehörigen oder ihre schwerst erkrankten Kinder im Rahmen der Familienhospizkarenz für eine gewisse Dauer (bis maximal sechs Monate) zu begleiten. Sie können dazu ihre Arbeitszeit reduzieren oder sich karenzieren lassen. Während dieser Zeit sind die ArbeitnehmerInnen in der Kranken- und Pensionsversicherung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung abgesichert. In besonderen Härtefällen können diese Personen eine Zuwendung aus dem Familienhospizkarenz-Härteausgleich[529] erhalten. Bisher nehmen allerdings nur wenige dieses Angebot in Anspruch. So waren es im Jahr 2003 österreichweit nur ca. 500 Personen, der Großteil davon Frauen. Der Grund für den geringen Zulauf dürfte zum einem an der fehlenden finanziellen Absicherung des Lebensunterhaltes der Pflegeperson während der Karenz, zum anderen an der Angst, den Job zu verlieren, liegen, auch wenn es einen Kündigungsschutz gibt. Abhilfe könnte hier eine Art Karenzgeld bzw. eine Abgeltung für die Einschränkung der beruflichen Tätigkeit bieten. Auch die fehlende Anrechnung längerer Karenzzeiten auf die Pensionsansprüche sowie die fehlende flächendeckende Versorgung mit mobilen palliativen Supportteams werden als Hindernisse für eine breite Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz genannt.[530]

528 ZENTAS (2000), S. 226.
529 http://www.bmsg.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0142
530 LANDAU (2004).

5.7.5 Frauen als pflegende Angehörige

Siehe auch: Bedarf an Hilfe und Pflege (Kapitel 5.8.6).

Der überwiegende Teil der Pflege findet im familiären Umfeld statt. Österreichweit wird etwa 80 Prozent des Pflegebedarfes in der Familie durch Angehörige oder private Helfer (insbesondere Frauen) abgedeckt, etwa 10 Prozent durch soziale Dienste.[494] Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit von Frauen wird die Pflege von Angehörigen nach wie vor vornehmlich von Frauen (Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter) erbracht. Es handelt sich dabei um einen weiteren Bereich, der meist mit bereits bestehenden Arbeitsfeldern (Erwerbs-, Haus-, Familienarbeit) in Einklang zu bringen ist.

Laut Mikrozensus 2002[495] gibt es in Wien (in der Bevölkerung ab 18 Jahren) rund 78.600 Personen, die (überwiegend unbezahlt) Hilfs- und Pflegeleistungen verrichten, das sind 6,0 Prozent der Wohnbevölkerung. In ganz Österreich sind es etwas mehr, nämlich 6,7 Prozent (8,5 Prozent der Frauen, 4,7 Prozent der Männer).

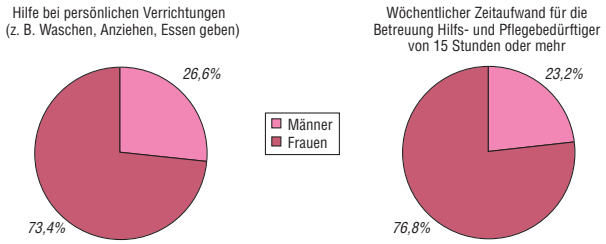
43,6 Prozent jener, die in Wien private Hilfs- und Pflegeleistungen verrichten, leisten Hilfe bei persönlichen Verrichtungen (z. B. Waschen, Anziehen, Essen geben), 76,7 Prozent übernehmen Bring- und Holdienste (z. B. Arzt-, Behördenwege), 79,2 Prozent leisten sonstige Hilfe (z. B. Einkaufen, Kochen, Aufräumen). Der überwiegende Teil der BetreuerInnen (48,9 Prozent) wendet für Hilfs- und Pflegeleistungen pro Woche 5 bis unter 15 Stunden auf, 21,4 Prozent 15 oder mehr Stunden.

Insgesamt werden in Wien 84.700 Personen betreut. 27,3 Prozent der betreuten Personen sind mit der betreuenden Person in einer Wohnung, weitere 10,2 Prozent leben zwar in einer anderen Wohnung, aber im selben Haus. Die übrigen 62,3 Prozent der Betreuten leben an einem anderen Ort. Österreichweit lebt ein höherer Anteil der betreuten Personen (40,1 Prozent) mit der betreuenden Person in einer Wohnung.

In 30,9 Prozent der Fälle wird die eigene Mutter betreut, in 23,4 Prozent der Fälle andere Verwandte, in 15,2 Prozent der Fälle EhegattInnen (LebensgefährtInnen) und in 10,4 Prozent der Fälle Bekannte. Dagegen wird der eigene Vater nur in 5,9 Prozent der Fälle, die Schwiegermutter bzw. der Schwiegervater nur in 5,5 Prozent bzw. 0,5 Prozent der Fälle betreut. Allerdings ist, wie die Auswertungen für das gesamte Bundesgebiet zeigen, wer wen betreut, ebenso wie der Zeitaufwand für die Betreuung und die Art der Hilfeleistung, je nach Geschlecht verschieden. Knapp zwei Drittel der Mütter werden von ihren Töchtern betreut, Väter im Vergleich dazu häufiger von ihren Söhnen. Für Nicht-Verwandte werden unentgeltliche Hilfs- und Pflegeleistungen nahezu ausschließlich (nämlich zu 83 Prozent) von Frauen erbracht. Frauen wenden pro Woche im Durchschnitt für die Betreuung 11,4 Stunden, Männer 9,0 Stunden auf. Während Männer häufiger als Frauen Bring-, Hol- und Begleitdienste (z. B. Arzt-, Behördenwege) verrichten, überwiegen bei den Frauen Hilfeleistungen bei persönlichen Verrichtungen (also im Wesentlichen die Pflege).

Österreichweit wird Hilfe bei persönlichen Verrichtungen (z. B. Waschen, Anziehen, Essen geben) zu 73,4 Prozent von Frauen erbracht. Auch bei höherem Betreuungsaufwand (15 und mehr Stunden) sind es vorwiegend die Frauen (76,8 Prozent), die die Betreuung übernehmen.

Grafik 5.28: Personen, die Hilfe bei persönlichen Verrichtungen leisten bzw. mehr als 15 Stunden wöchentlich für die Betreuung Hilfs- und Pflegebedürftiger aufwenden in Österreich 2002 nach Geschlecht (Prozent)



Quelle: Mikrozensus September 2002; STATISTIK AUSTRIA (2003); eigene Berechnungen.

494 RUBISCH, PHILIPP et al. (2001).
495 STATISTIK AUSTRIA (2003b).

5.7 Frauen in der Erwerbsphase: Arbeit und Gesundheit

Zusammenfassung

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

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

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

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

Summary: Economically active women: Work and health

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

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

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

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

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

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

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

Frauen in Pflegeberufen
Gesundheit und Krankheit von Frauen bedarf nicht nur aus der Perspektive von Patientinnen, sondern auch aus jener von im Gesundheitswesen arbeitenden Frauen einer genaueren Analyse. Besondere Belastungen ergeben sich für die Pflegeberufe, in denen vorwiegend Frauen arbeiten.

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

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

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

Women in nursing occupations
Women's health should not only be seen from the patients' perspective, but also analysed from the point of view of women working in health care. Predominantly female health care jobs place a particular strain on health.

Verschiedene Untersuchungen belegen die physischen und psychischen Belastungen im Berufsalltag des Pflegepersonals, insbesondere im Bereich der Altenpflege. Zeitdruck, psychische Belastung und der Umgang mit schwierigen PatientInnen gelten als zentrale Stressquellen. Besonderen Belastungen unterliegen die mobilen Dienste, mitunter bedingt durch die prekären Arbeitsbedingungen (hohe Anteile atypischer Beschäftigung, fehlende Zeitkontinuität des Arbeitseinsatzes, Zeitdruck, ständiger Wechsel der Arbeitsabläufe und -anforderungen, etc.). Die ohnehin bereits in hohem Maße vorhandenen Belastungen werden durch finanzielle Kürzungen zusätzlich verschärft.

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

Pflege im familiären Umfeld

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

Various studies have shown that nurses, in particular in elderly care, are subject to physical and psychological stress. Time pressure, the psychological impact and having to deal with difficult patients are the main sources of stress. Home nursing is particularly stressful, which is in part due to the precariousness of the working conditions (a high share of atypical employment, lack of continuity, time pressure, a constant change of tasks and requirements). These already very common problems are aggravated through budgetary cuts.

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

Nursing and care in the family

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

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

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

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

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

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

Elderly women more frequently need the assistance of ***geriatric care institutions****. A gender sensitive quality assurance in nursing care for the elderly is therefore particularly necessary. Issues that need to be addressed are among others medication in old age, violence against elderly people and the treatment of mental health problems (e.g. depression, alcoholism) in elderly people.*

5.8.1 Demografische Gegebenheiten

Im Jahr 2004 (Jahresdurchschnitt) waren in Wien 215.829 Frauen und 142.016 Männer 60 Jahre oder älter. 90.633 Frauen und 39.344 Männer hatten ein Alter von 75 oder mehr Jahren. Ein Viertel der Frauen (25,5 Prozent) und knapp ein Fünftel der Männer (18,5 Prozent) in Wien ist 60 Jahre oder älter, jede zehnte Frau (10,7 Prozent) und jeder zwanzigste Mann (5,1 Prozent) ist 75 Jahre oder älter.

Charakteristisch für das höhere Alter ist die **Feminisierung,** wobei der Frauenanteil mit zunehmendem Alter deutlich steigt: Während unter den 60- bis 69-Jährigen 53,8 Prozent Frauen sind, beträgt der Frauenanteil unter den 70- bis 78-Jährigen 62,4 Prozent und steigt bei den 80-Jährigen und Älteren auf nahezu drei Viertel (73,7 Prozent). Ausschlaggebend dafür ist die **höhere Lebenserwartung** der Frauen.[531] In Wien hatten im Jahr 2004 im Alter von 60 Jahren Frauen mit 24,2 Jahren, Männer jedoch nur mehr mit 20,3 Jahren zu rechnen. Mit 70 Jahren hatten Frauen im Durchschnitt noch 16,2 Jahre, Männer jedoch lediglich 13,2 Jahre vor sich.

[531] Vgl. dazu die Ausführungen im Abschnitt 4.1.

körperliche und geistige Aktivität, Einstellungen, Erkrankungen in früheren Lebensjahren, etc.) spielen auch *gesellschaftliche, ökologische und infrastrukturelle Bedingungen* für die Gesundheit im Alter eine Rolle. Besondere Bedeutung kommt der medizinischen und rehabilitativen Versorgung zu.

Geschlechtsspezifische Ausprägungen der Lebensqualität im Alter

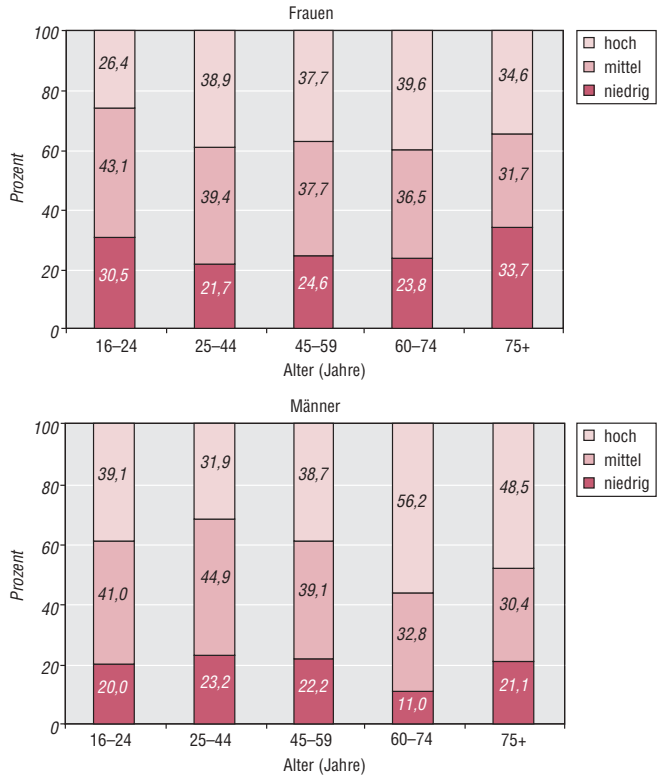
Mit steigender Lebenserwartung gewinnen Fragen der Lebensqualität im Alter an Bedeutung. Die Weltgesundheitsorganisation versteht unter Lebensqualität „die Wahrnehmung der eigenen Rolle im Kontext des die alternde Person umgebenden Kultur- und Wertsystems unter Berücksichtigung ihrer Ziele, Erwartungen, Werte und Sorgen. Dieses Konzept ist weit gespannt und umfasst in komplexer Weise die körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, das Maß an Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen, das persönliche Wertsystem und die Beziehung zu wichtigen Aspekten des Umfelds.“[538]

Es zeigt sich, dass Lebensbereiche wie Arbeit, beruflicher Erfolg, politischer Einfluss, etc. älteren Menschen in der Regel weniger wichtig sind als jüngeren, dagegen nehmen die körperliche und seelische Gesundheit, die geistige Leistungsfähigkeit, die Fähigkeit, die eigene Autonomie und Unabhängigkeit zu wahren, die Kontrolle über die eigene Lebenssituation, die sozialen Kontakte zu Familie und Freunden, die materielle Lage, die Ausstattung der Wohnung, der Schutz vor Kriminalität, die Möglichkeiten zur Mobilität sowie die medizinische und soziale Betreuung bei älteren Menschen besonderen Stellenwert ein und erfordern entsprechende Aufmerksamkeit.[539]

Ein Ausdruck der Lebensqualität im Alter ist die Lebenszufriedenheit. Generell sind ältere Frauen mit ihrem Leben weniger zufrieden als ältere Männer. Während nach der Pensionierung (etwa im Alter von 60 bis 74 Jahren) die Lebenszufriedenheit bei Frauen und (Männern) sogar etwas steigt, sind im höheren Alter (etwa ab 75 Jahren) bei beiden Geschlechtern merkbare Einbußen an Lebenszufriedenheit zu verzeichnen. Im höheren Alter sind etwas mehr als ein Drittel der Frauen, aber nahezu die Hälfte der Männer in Wien mit ihrem Leben hoch zufrieden.

538 WHO (1994); zitiert nach WHO (2002), S. 13.
539 HECKHAUSEN, SCHULZ (1995).

Grafik 5.30: Lebenszufriedenheit (Index)* in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Personen in Privathaushalten ab 16 Jahren.

* Der Index der generellen Lebenszufriedenheit umfasst die Zufriedenheit mit folgenden Bereichen: Gesundheit, familiäre Situation, Beziehungen zu Nachbarn, Freunden und Bekannten, finanzielle Situation, Leben allgemein.

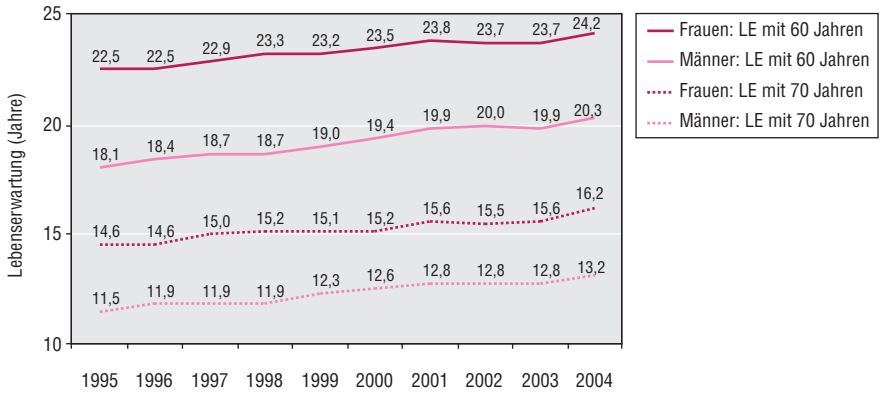
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Die gerontologische Forschung spricht in diesem Zusammenhang vom „Paradox der Lebenszufriedenheit im hohen Alter".[540] Damit ist gemeint, dass die Lebenszufriedenheit im Alter trotz zunehmender Verlusterfahrungen relativ stabil bleibt. Und zwar wird vermutet, dass innerpsychische Mechanismen dazu beitragen, die Integrität des subjektiven Wohlbefindens alternder Menschen zu schützen. Die hohe „Resilienz" (Widerstandsfähigkeit) alter und selbst hochaltriger Menschen, d. h. die Fähigkeit, sich trotz widriger Lebensumstände Zufriedenheit und eine positive Lebenseinstellung zu bewahren, gilt als bedeutsames Potenzial des Alters.

Frauen sind sowohl aufgrund ihrer schlechteren Ausgangssituation als auch aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung stärker mit Problemen und Herausforderungen des Alterns konfrontiert als Männer. Dies erklärt auch ihre geringere Lebenszufriedenheit. Die gerontologische Forschung verweist in diesem Zusammenhang auf die **soziale Ungleichheit im Lebenslauf und seine geschlechtsspezifische Dimension**: Die durch gesellschaftliche Rollenzuschreibungen und die Sozialisation bedingten Ungleichheiten durchdringen alle Lebensphasen und werden im Alter verstärkt. Sie führen bei den Frauen zu einer Kumulation (d. h. einem Zusammentreffen) von Benachteiligungen und Problemen sowohl in gesundheitlicher, sozialer als auch finanzieller Hinsicht.[541] Auch die gesellschaftlichen Veränderungen und der Strukturwandel des Alters zeigen ihre negativen Begleiterscheinungen und Konsequenzen vermehrt bei Frauen.[542] Frauen sind im Alter mit mehr grundlegenden Veränderungen bzw. Verlusten lebensbestimmen-

540 STAUDINGER (2000).
541 HÖPFLINGER et al. (1994).
542 BACKES (1994).

Grafik 5.29: Lebenserwartung mit 60 und 70 Jahren in Wien 1995 bis 2004 nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.

Ein weiterer Aspekt des höheren Alters, der insbesondere Frauen trifft, ist die zunehmende **Singularisierung**: Der Anteil der Verwitweten und allein Lebenden ist bei den älteren Frauen deutlich höher als bei den älteren Männern und nimmt bei den Frauen im höheren Alter stärker als bei den Männern zu. Während nach den Ergebnissen der Volkszählung 2001 in Wien im Alter von 65 bis 74 Jahren noch 45,5 Prozent der Frauen und 77,0 Prozent der Männer verheiratet sind, sind es im Alter von 75 bis 84 Jahren nur mehr etwa ein Viertel der Frauen (24,3 Prozent), jedoch 72,2 Prozent der Männer. Im Alter von 85 und mehr Jahren sind nur mehr 7,1 Prozent der Frauen, aber mehr als die Hälfte der Männer (50,9 Prozent) verheiratet. Parallel dazu steigt der Anteil der Verwitweten bei den Frauen erheblich stärker. So sind z. B. im Alter von 85 und mehr Jahren mehr als drei Viertel der Frauen (78,0 Prozent) verwitwet, aber lediglich 41,5 Prozent der Männer.[532] Entsprechend hoch ist auch die Zahl der Ein-Personenhaushalte bei den älteren Frauen in Wien. Im Jahr 2003 entfielen in Wien 28,4 Prozent der Ein-Personenhaushalte von Frauen auf 75-Jährige und Ältere, dagegen entfielen von den Ein-Personenhaushalten der Männer nur 6,5 Prozent auf Männer ab 75 Jahren.[533]

Ältere Frauen leben nicht nur häufiger allein, sie sind auch öfter von Altersarmut betroffen als Männer. In Wien war im Jahr 2001 das durchschnittliche Jahresnettoeinkommen der Pensionistinnen um 28,4 Prozent niedriger als jenes der Pensionisten. 10 Prozent der Pensionistinnen hatten lediglich 5.156 Euro Jahresnettoeinkommen. Bei den Männern belief sich das niedrigste Einkommensdezil auf 8.287 Euro.[534] Eine ungünstige Einkommenssituation wirkt sich negativ auf die gesamte Lebenssituation aus, sowohl was die Wohnsituation, die Ernährung, den Gesundheitszustand als auch die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und vieles andere mehr betrifft.

5.8.2 Gesundes Älterwerden

Gesundes Älterwerden ist für Frauen und Männer nicht nur eine Frage der körperlichen und seelischen Gesundheit, sondern es handelt sich dabei um einen komplexen, mehrdimensionalen Prozess, der neben gesundheitlichem Wohlbefinden und gesundheitsbewusstem Verhalten vor allem die selbständige, selbstverantwortliche und sinnerfüllte Lebensgestaltung[535] mit einschließt. Die Weltgesundheitsorganisation hat sich daher mit ihrem Programm **„Aktiv Altern“** zum Ziel gesetzt, durch Förderung der aktiven und selbständigen Lebensführung älterer Menschen zur Verbesserung ihrer Lebensqualität beizutragen. Die/der Einzelne kann, ebenso wie die Gesellschaft, viel dazu beitragen, dass Menschen im Alter möglichst lange fit und gesund bleiben. Eine gesunde Lebensweise, das Sich-

532 STATISTIK AUSTRIA, Volkszählung 2001; eigene Berechnungen.
533 STATISTIK AUSTRIA (2005b), S. 259; eigene Berechnungen.
534 STATISTIK AUSTRIA; zitiert nach STADT WIEN (2003a), S. 222.
535 Vgl. dazu die Ottawa-Erklärung der WHO (1986).

Einbringen in Familie und Gesellschaft und ein den älteren Menschen unterstützendes Umfeld tragen wesentlich zum Wohlbefinden im Alter bei. Einerseits sind dies gute Voraussetzungen für ein aktives Altern, andererseits bietet aktive Lebensführung die besten Chancen für ein Leben in Gesundheit. Es ist daher wichtig, dass ältere Menschen auch Gelegenheit bekommen, aktiv zu bleiben.

Die aktive Teilnahme älterer Menschen am Leben der Gemeinschaft ist nicht nur Selbstzweck, sondern auch von gesamtgesellschaftlichem Nutzen. Ältere Menschen, insbesondere Frauen, leisten seit jeher in hohem Maße einen wichtigen Beitrag (Hilfe für Kinder, Enkelkinder, Pflege von nahen Angehörigen oder Freunden, freiwillige Tätigkeiten in Vereinen, Organisationen, etc.). Obwohl die Volkswirtschaften auf die Leistungen älterer Menschen angewiesen sind, werden sie bisher jedoch kaum in der Aufschlüsselung des Bruttosozialprodukts berücksichtigt. Dies führt dazu, dass der Beitrag der älteren Menschen für die Gemeinschaft häufig unterschätzt und übersehen wird.

Das WHO-Programm „Aktiv Altern" unterstützt eine Politikentwicklung, welche die Bemühungen zu aktivem Leben im Alter fördert und so versucht, die altersbedingte Krankheitslast, einschließlich der damit verbundenen Kosten, zu verringern. Im Rahmen des WHO-Programms „Aktiv Altern" werden Beispiele für den Erfolg und das Scheitern politischer Initiativen zur Unterstützung aktiven und gesunden Alterns gesammelt und die Länder bei der Entwicklung von Maßnahmen unterstützt, wobei vor allem auch die Beseitigung der Altersarmut, die insbesondere Frauen trifft, ein wichtiges Anliegen ist.

Das Programm **„Gesunde Städte und städtische Gesundheitspolitik"** des WHO Centre for Urban Health, setzt sich für gesundes Älterwerden in den Städten ein. Im Rahmen dieses Programms wurde ein Profil der Gesundheit und der Lebensbedingungen älterer Menschen in Wien (Wiener Healthy Ageing Profile) erstellt, das ein Instrument der Gesundheitsplanung, des Monitorings von Veränderungen und der Verantwortlichkeit für die Gesundheit der älteren Bevölkerung darstellt.[536] Besonderes Augenmerk gilt hier auch geschlechtsspezifischen Aspekten des Alterns und der Gesundheit.

Eine Betrachtung der Gesundheit im Alter hat von einem erweiterten Gesundheitsverständnis auszugehen, das folgende Aspekte umfasst:

Tabelle 5.35: Aspekte eines erweiterten Gesundheitsverständnisses

Körperliche und seelische Erkrankungen
Körperliches und seelisches Wohlbefinden
Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit
Erhaltene Aktivität im Sinne der Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben
Selbständigkeit im Alter
Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung
Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen
Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger sozialer Beziehungen
Fähigkeit zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten
Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibender Einschränkungen und Verluste
Fähigkeit zur Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste

Quelle: KRUSE (1999).

Gesundes Altern beinhaltet unter anderem auch die Fähigkeit, mit neuen Anforderungen (Belastungen, Konflikten, vermehrt auftretenden chronischen Erkrankungen, etc.) umzugehen und zu leben und trotz vorhandener gesundheitlicher Belastungen ein zufriedenes und sinnerfülltes Leben führen zu können.[537] Neben *personalen Faktoren* (Bildung, Einkommen, Wohnsituation, Ressourcen und Belastungen, Gesundheitsverhalten,

536 STADT WIEN (2005).
537 KRUSE et al. (2002), S. 11.

der Aufgaben und Beziehungen konfrontiert, altersrelevante Einschnitte konzentrieren sich bei ihnen auf einen längeren Zeitraum als bei den Männern. Während bei den Männern die Beendigung der Erwerbsarbeit und die damit verbundene Neubestimmung von Inhalten und Zielen sowie die Bewältigung des Angewiesenseins auf Unterstützung durch andere, in der Regel durch die Partnerin, die zentralen Themen sind, sind für Frauen zusätzliche Veränderungen und Verluste charakteristisch. Neben dem Auszug der Kinder, dem Ende der eigenen Berufstätigkeit bzw. jener des Partners sind ältere Frauen auch häufig mit der Übernahme neuer familiärer Aufgaben (Betreuung der Enkelkinder, Pflege kranker und/oder alter Familienmitglieder, meist hochbetagter Eltern, Schwiegereltern und später des Partners, etc.) konfrontiert. Im höheren Alter stehen bei den Frauen die Bewältigung des Partnerverlustes und des Allein-Weiterlebens, Fragen der Hilfe durch die eigenen Kinder und/oder professionelle Kräfte bzw. des Umzugs in ein Alten- und Pflegeheim im Vordergrund.[543] Insgesamt ist die Lebenslage älterer Frauen von stärkeren Einschränkungen als jene der Männer bestimmt. Die in früheren Lebensphasen angelegten geschlechtsspezifischen Disparitäten setzen sich im Alter fort und spitzen sich meist im hohen Alter zu. Die Befunde zu Familienstand, Haushaltstyp, Wohnbedingungen, Bildungsstand, Einkommen und Vermögen, Gesundheit und Pflegebedarf zeigen, dass das Altern bei Frauen mit größeren materiellen, sozialen und gesundheitlichen Risiken verbunden ist als bei Männern.[544] Laut Berliner Altersstudie wirken sich die subjektiven Bewertungen von Einkommen und Vermögen, der Gesundheit, des sozialen Netzwerks sowie der Freizeitaktivitäten am stärksten auf die Lebenszufriedenheit bzw. die Lebensqualität älterer Menschen aus.[545]

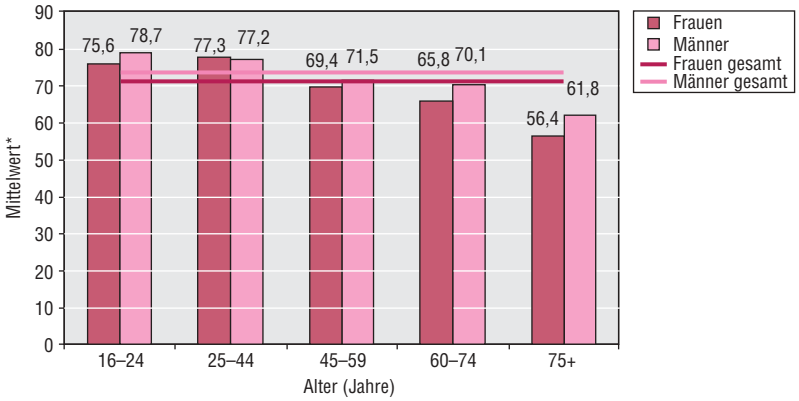
5.8.3 Körperliche Gesundheitsrisiken

Auch bei einem erweiterten Gesundheitsverständnis gilt das Vorhandensein körperlicher Erkrankungen als wichtige Determinante für den Gesundheitszustand.

Selbst berichtete Morbidität

Ein wichtiger Maßstab zur Beurteilung der Gesundheit älterer Menschen ist die **Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes**. Insgesamt beurteilen Frauen ihren Gesundheitszustand etwas negativer als Männer. Sowohl bei den Frauen als auch den Männern verschlechtert sich die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes mit zunehmendem Alter. Bei den Frauen ist die Abnahme ausgeprägter als bei den Männern, während sich im jüngeren Alter keine ausgeprägte Geschlechterdifferenz zeigt.

Grafik 5.31: Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Eigenangaben; Personen in Privathaushalten ab 16 Jahren.

* Skala von 0 bis 100: 0 bezeichnet den „denkbar schlechtesten Zustand", 100 den „denkbar besten Zustand".

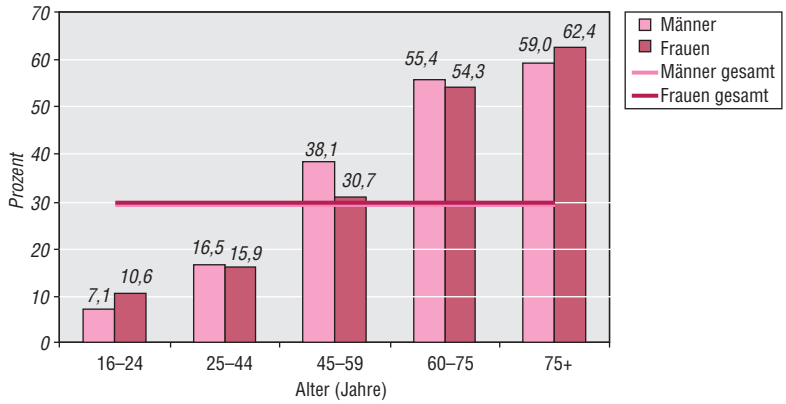
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 178.

543 BACKES (1994).
544 KRUSE (2002).
545 MAYER, BALTES (1996).

Trotz der im Alter vermehrt vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen, sollte nicht übersehen werden, dass es unter den älteren Menschen, selbst unter Hochaltrigen, große Unterschiede im gesundheitlichen Befinden gibt. Festzustellen sind außerdem, wie der Vergleich der Ergebnisse des Mikrozensus 1991 mit jenen des Jahres 1999 zeigt, deutliche Verbesserungen im gesundheitlichen Befinden älterer Menschen, insbesondere den Frauen. So ist etwa seit 1991 bei den Frauen im Alter von 75 und mehr Jahren der Anteil jener mit „sehr guter" oder „guter" Gesundheit von 28,6 Prozent auf 50,5 Prozent gestiegen. Bei den Männern fiel der Anstieg etwas geringer aus, bei ihnen war in dieser Altersgruppe ein Anstieg von 35,0 Prozent auf 50,3 Prozent zu beobachten.[546]

Charakteristisch für den Gesundheitszustand älterer Menschen ist das Vorhandensein **chronischer Erkrankungen**, wobei die Betroffenheit mit zunehmendem Alter steigt. Ältere Frauen leiden häufiger unter chronischen Krankheiten als ältere Männer. Nach Eigenangaben sind in Wien von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung ab 16 Jahren 29,3 Prozent der Männer und 29,7 Prozent der Frauen chronisch krank. Von den 60- bis 75-Jährigen haben 55,4 Prozent der Männer und 54,3 Prozent der Frauen eine (oder auch mehrere) chronische Krankheit(ein), von den 75-Jährigen und Älteren bereits 59,0 Prozent der Männer und 62,4 Prozent der Frauen.

Grafik 5.32: Chronische Erkrankungen in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Personen ab 16 Jahren in Privathaushalten, Eigenangaben.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2004), S. 89.

Bei älteren Menschen ist die Prävalenz bei den meisten Krankheitsgruppen höher als bei jüngeren Erwachsenen. Die häufigsten körperlichen Erkrankungen sind (wie die Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 zeigen) bei den Frauen ab 60 Jahren die Erkrankungen des Bewegungsapparats, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems, des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Bei den 60-jährigen und älteren Männern dagegen sind Krankheiten des Kreislaufsystems am häufigsten, gefolgt von Krankheiten des Bewegungsapparats.

546 STADT WIEN (2002), S. 87 f.

Tabelle 5.36: Häufigste Krankheitsgruppen bei 60-Jährigen und Älteren in Wien 2001 nach Geschlecht

Personen im Alter von 60 und mehr Jahren			
Frauen		**Männer**	
Krankheitsgruppe	**Prozent***	**Krankheitsgruppe**	**Prozent***
Bewegungsapparat	*27,8*	Kreislaufsystem	*20,8*
Kreislaufsystem	*15,2*	Bewegungsapparat	*17,4*
Nervensystem/Sinnesorgane	*9,6*	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	*9,2*
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	*8,8*	Nervensystem/Sinnesorgane	*7,5*
Atmungsorgane	*6,5*	Atmungsorgane	*6,4*
Verdauungsorgane	*6,2*	Verdauungsorgane	*6,3*
Verletzungen/Vergiftungen	*4,9*	Verletzungen/Vergiftungen	*4,9*
Neoplasien	*2,0*	Neoplasien	*3,7*
Urogenitalorgane	*1,5*	sonstige	*2,9*

Personen in Privathaushalten.

* Betroffene in Prozent, Eigenangaben.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S. 197 ff.

Die häufigste chronische Erkrankung bei älteren Frauen und Männern ist (laut Mikrozensus 1999) der erhöhte Blutdruck. Während bei den Männern die Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen am häufigsten betroffen ist, steigt bei den Frauen der Anteil der Betroffenen mit zunehmendem Alter. Am zweithäufigsten sind (bei beiden Geschlechtern) im Alter von 45 bis 74 Jahren Schäden an der Wirbelsäule, im Alter von 75 und mehr Jahren Herzerkrankungen. Eine wichtige Rolle im Krankheitsspektrum älterer Menschen spielen des Weiteren Gelenkserkrankungen an Hüfte und Bein sowie die Zuckerkrankheit. Auch Augenkrankheiten werden mit zunehmendem Alter häufiger. Bei den Männern finden sich im höheren Alter (zurückzuführen auf das häufigere Rauchen) vermehrt auch Lungenerkrankungen.

Tabelle 5.37: Häufigste chronische Erkrankungen in Wien 1999 ausgewählter Altersgruppen nach Geschlecht

45 bis 59 Jahre		60 bis 74 Jahre		75 und mehr Jahre	
Art der Erkrankung*	**%**	**Art der Erkrankung***	**%**	**Art der Erkrankung***	**%**
Frauen					
erhöhter Blutdruck	*9,6*	erhöhter Blutdruck	*14,4*	erhöhter Blutdruck	*16,3*
Schäden an der Wirbelsäule	*9,1*	Schäden an der Wirbelsäule	*12,8*	andere Herzerkrankungen	*9,9*
Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	*5,1*	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	*8,5*	Schäden an der Wirbelsäule	*9,7*
niedriger Blutdruck	*4,9*	Zuckerkrankheit	*6,4*	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	*9,5*
Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	*4,3*	andere Herzerkrankungen	*6,1*	Zuckerkrankheit	*6,5*
sonstige chronische Krankheiten	*3,3*	Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	*4,9*	Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	*5,2*
Venenentz.,-thrombose, Krampfadern	*2,9*	Gelenksrheumatismus	*4,8*	Gelenksrheumatismus	*5,1*
Hautallergien	*2,8*	Gefäßstörungen an den Beinen	*4,7*	Augenkrankheiten	*4,6*
Männer					
erhöhter Blutdruck	*8,9*	erhöhter Blutdruck	*20,6*	erhöhter Blutdruck	*15,1*
Schäden an der Wirbelsäule	*8,5*	Schäden an der Wirbelsäule	*9,7*	andere Herzerkrankungen	*11,7*
Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	*3,9*	Zuckerkrankheit	*7,4*	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	*7,9*
Zuckerkrankheit	*3,1*	Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein)	*6,2*	Zuckerkrankheit	*6,9*
Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	*2,9*	andere Herzerkrankungen	*6,1*	Schäden an der Wirbelsäule	*6,2*
sonstige chronische Krankheiten	*2,5*	Augenkrankheiten	*3,3*	Augenkrankheiten	*4,8*
andere Herzerkrankungen	*2,2*	Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm)	*3,0*	Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	*4,4*
andere Magenkrankheiten (Gastritis)	*2,1*	Lungenasthma	*2,9*	Lungenasthma	*4,0*

Personen in Privathaushalten, Eigenangaben.

* Sortiert nach den häufigsten im Mikrozensus erfassten chronischen Erkrankungen. Krebserkrankungen finden sich unter den sonstigen Erkrankungen.

Quelle: Mikrozensus 1999; zitiert nach STADT WIEN (2004), S. 93 f.; eigene Berechnungen.

Unfälle und Stürze im Alter

Siehe auch: Abschnitt „Osteoporose" (Kapitel 5.8.8).

Unfälle im Alter haben erhebliche individuelle und volksgesundheitliche Folgen, wobei doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen sind. Im Jahr 2004 wurden in Wien insgesamt 112.300 Unfälle registriert, wobei das altersspezifische Unfallrisiko (Unfälle je 1.000 Personen bestimmten Alters) im Alter stark steigt. Mehr als die Hälfte der in Wien registrierten Unfälle (65.400 bzw. 58,2 Prozent) waren Heim- und Freizeitunfälle. Besonders hoch ist der Anteil der Heim- und Freizeitunfälle unter der älteren Bevölkerung. Der überwiegende Teil der Heim- und Freizeitunfälle älterer Menschen ereignet sich in der Wohnung (beim Gehen bzw. Laufen).[547]

Hauptgefahr für SeniorInnen sind Stürze, d. h. ungewolltes zu Boden gehen ohne äußere Ursache. Im Vordergrund steht dabei der Sturz auf gleicher Ebene (also Stolpern, Ausrutschen, etc.). Nach vorliegenden Studien stürzen fast ein Drittel der 65-Jährigen und Älteren sowie die Hälfte der 80-Jährigen und Älteren mindestens einmal pro Jahr, und zwar Frauen häufiger als Männer. Insbesondere bei allein stehenden Frauen ist das Sturzrisiko deutlich erhöht.[548]

547 INSTITUT SICHER LEBEN (2005).

548 TROMP et al. (1998); LORD et al. (2001); BMFSFJ (2002), S. 159.

Sturzursachen und Risikofaktoren

Über 90 Prozent der Stürze älterer Menschen sind multifaktoriell bedingt, d. h. nicht auf eine einzelne Ursache bzw. einen einzelnen Risikofaktor zurückzuführen, sondern eine Folge von komplexen Interaktionen zwischen einem nicht mehr zu optimalen Reaktionen fähigen Organismus und der Umgebung.[549] Stolpert ein junger Mensch z. B. über eine Stufe, führt dies meist nicht zu einem Sturz. Bei älteren Menschen, insbesondere Hochbetagten, deren Reaktionsvermögen sowie deren Abstütz- und Abwehrreflexe nicht nur durch die Folgen des Alterungsprozesses, sondern häufig auch durch Krankheiten eingeschränkt sind, ist in solchen Situationen die Wahrscheinlichkeit von Stürzen und damit verbundenen Verletzungen sehr hoch.

Das Sturzrisiko steigt mit der *Zahl der Risikofaktoren*.[550] Während bei zu Hause lebenden Betagten, für die kein Risikofaktor vorlag, eine jährliche Sturzinzidenz von 27 Prozent ermittelt wurde, betrug sie z. B. bei jenen, für die vier oder mehr Risikofaktoren gefunden wurden, 78 Prozent.[551]

Unterschieden werden **drei Gruppen von Risikofaktoren**, deren Zusammenwirken das Sturzrisiko erhöht, nämlich intrinsische, extrinsische und Verhaltensfaktoren.

- Unter *intrinsischen Faktoren* werden physiologische und krankheitsbedingte Veränderungen wie z. B. Balance-Defizite, kognitive und sensorische Defizite, etc. verstanden. Auf der Basis vorliegender Studien lassen sich die **intrinsischen Sturzrisiken** für ältere Menschen folgendermaßen zusammenfassen und bewerten:

Tabelle 5.38: Intrinsische Sturzrisikofaktoren

Risikofaktor	Sign./Total*	Mittl. RR/OR**	Konfidenzintervall
muskuläre Schwäche	10/11	4.4	1.5–10.3
Stürze in Anamnese	12/13	3.0	1.7–7.0
Gangstörung	10/12	2.9	1.3–5.6
Gleichgewichtsstörung	8/11	2.9	1.6–5.4
Benützung von Gehhilfen	8/8	2.6	1.2–4.6
Sehstörung	6/12	2.5	1.6–3.5
Arthrose	3/7	2.4	1.9–2.9
ADL-Defizite***	8/9	2.3	1.5–3.1
Depression	3/6	2.2	1.7–2.5
kognitive Einschränkung	4/11	1.8	1.0–2.3
Alter>80 Jahre	5/8	1.7	1.1–2.5

* Anzahl der Studien mit signifikantem Resultat/Gesamtzahl der Studien zu diesem Faktor.

** Relatives Risiko (RR) für prospektive und Odds Ratio (OR) für retrospektive Studien. Odds Ratio (OR, Chancenverhältnis) bezeichnet das Verhältnis (Ratio) der Chance/des Risikos (Odds), dass ein Ereignis oder Endpunkt in der experimentellen Gruppe eintritt, zu der Chance/dem Risiko, dass das Ereignis in der Kontrollgruppe eintritt. Eine OR von 1 bedeutet, dass zwischen den Vergleichsgruppen kein Unterschied besteht. Bei ungünstigen Endpunkten zeigt eine OR <1, dass die experimentelle Intervention wirksam ist, um das Risiko für das Auftreten dieser ungünstigen Endpunkte zu senken.

*** ADL (activities of daily living) = Aktivitäten des täglichen Lebens.

Quelle: American Geriatric Society (2001); zitiert nach GROB (2004), S. 17.

Gut belegte *intrinsische Risikofaktoren* für Stürze sind muskuläre Schwäche, Instabilitäten beim Stehen und Gehen, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Atemnot, schlechtes Sehvermögen, Abnahme des Tastempfindens, Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, vorangegangene Stürze, ein vorangegan-

549 GROB (2004), S. 16.
550 TINETTI (1997); NEVITT (1991).
551 TINETTI (1997).

gener Schlaganfall, eine Parkinson'sche Erkrankung, Arthrose, kognitive Defizite (Demenz) und Inkontinenz. Daneben sind auch Aspekte der psychosozialen Befindlichkeit, wie z. B. geringe Lebenszufriedenheit, geringes seelisches Wohlbefinden, fehlende Zukunftsorientierung, Depressionen bzw. depressive Verstimmung, Verlusterlebnisse (z. B. Tod eines nahen Angehörigen), das Gefühl geringer sozialer Unterstützung, Einsamkeit und Mangel an sozialen Kontakten, mangelndes Interesse an der Umwelt und niedriges soziokulturelles Aktivitätsniveau sind häufig mit dem Sturzgeschehen im Alter assoziiert.

- *Extrinsische Faktoren* beziehen sich auf die Beschaffenheit der Wohnung und der Wohnumgebung, z. B. schlechte Beleuchtung, glatte Bodenbeläge, nicht markierte Stufen, unbefestigte Teppiche, freilaufende Kabel, unpassende Schuhe, schlecht geputzte Brille, Schnee und Glatteis, etc. Eine Studie des Institutes „Sicher Leben" zeigt, dass an etwa 80 Prozent der Stürze von SeniorInnen *externe Umstände* mitbeteiligt sind. Wohnung und Wohnumfeld können sich im Alter zur unüberwindbaren Hürde entwickeln, vor allem so genannte „Stolperfallen" spielen eine große Rolle. Das falsche Abschätzen des Treppenendes lässt ältere Menschen häufig über die letzte Stufe stolpern oder stürzen. Handläufe gehen meist nicht über das Treppenende hinaus. 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. Es ist daher besonders wichtig, Gefahrenquellen in der Wohnung (wie rutschende Teppiche, Stufen ohne Handlauf, Badezimmer ohne Haltegriffe, mangelnde Beleuchtung, etc.) auszuforschen und zu beseitigen und die Wohnung altersgerecht zu gestalten.
- Eine wichtige Rolle spielen beim Sturzgeschehen *Verhaltensfaktoren,* wie z. B. risikoreiches, den jeweiligen körperlichen Fähigkeiten und Ressourcen nicht angepasstes Verhalten, mangelndes Training, Bewegungsarmut, etc.
- *Medikamente* nehmen eine gewisse Sonderstellung ein: Da sie dem Körper von außen zugeführt werden, sind sie extrinsische Faktoren, sie erhalten jedoch ihre Bedeutung für das Sturzgeschehen erst im Zusammenwirken mit intrinsischen. Medikamente können sich je nach individueller Konstitution unterschiedlich auswirken. Zu beachten sind auch die Nebenwirkungen von Medikamenten.[552] Insbesondere Sedativa, Muskelrelaxantien, Antihypertensiva sowie Psychopharmaka, wie z. B. Antidepressiva, die vor allem älteren Frauen häufig verordnet werden, können zu Blutdruckabfall und Schwindel führen und so das Reaktionsvermögen herabsetzen. Vor allem die Multimedikation (vier und mehr Medikamente) gilt als Risikofaktor für Stürze.

Die Risikofaktoren für Stürze sind meist auch für andere geriatrische Syndrome, wie z. B. Inkontinenz und funktionelle Abhängigkeit von Bedeutung. So konnte nachgewiesen werden, dass vier Faktoren, nämlich Seh- und Hörstörung, Angst sowie Behinderung an den oberen und unteren Extremitäten stark mit dem Vorliegen von Sturz und Inkontinenz und dem Ausmaß an funktioneller Abhängigkeit korrelieren.[553]

Folgen von Stürzen

Die Sturzfolgen bei alten Menschen, insbesondere Hochbetagten, reichen von ausgedehnten Quetschungen, großen Blutergüssen, Kopfverletzungen mit konsekutiven Blutungen innerhalb des Schädels (Subduralhämatomen) bis hin zu Frakturen mit ernsthaften Konsequenzen. Aufgrund der Ergebnisse publizierter Studien bei geriatrischen PatientInnen lassen sich folgende Prävalenzen von Sturzfolgen ermitteln:[554]

552 Vgl. dazu GROB (2004), S. 17.
553 TINETTI et al. (1995).
554 SIX (1992); zitiert nach GROB (2004), S. 19.

Tabelle 5.39: Sturzfolgen bei geriatrischen PatientInnen

Verletzungen	Prävalenz
• ohne Verletzung	*50–60%*
• leichte Verletzung	*30–40%*
• schwere Verletzung	*15–25%*
• Fraktur	*2–6%*
Mortalität	
• unmittelbar	*0.1%*
• konsekutiv	*25%*/12 Monate
• bei langer Liegezeit	*50%*/12 Monate
• bei Hospitalisationspflicht	*50%*/12 Monate
• bei Schenkelhalsfraktur	*15–45%*/12 Monate
Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistung	
• Spitalseinweisung	*2–3%*
• ärztliche Konsultation	*11–25%*
Psychische Folgen	
• Post-Fall-Syndrom	*11–20%*

Quelle: SIX (1992); zitiert nach GROB (2004), S. 19.

Ca. 30 bis 40 Prozent der Älteren, die stürzen, erleiden eine leichte Verletzung, 15 bis 25 Prozent eine schwere und 2 bis 6 Prozent eine Fraktur. 2 bis 3 Prozent werden stationär behandelt. Bis zu 50 Prozent der alten Menschen, die wegen eines Sturzes stationär behandelt werden müssen, und 15 bis 45 Prozent der PatientInnen mit einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur sterben innerhalb eines Jahres.[555] Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts führen ca. 1 bis 2 Prozent der Stürze zu einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur.[556] Auf das mit Osteoporose verbundene erhöhte Frakturrisiko wird später noch eingegangen. Neuere Studien lassen vermuten, dass bei Frauen mit Osteoporose das Sturzrisiko auch aufgrund verminderter Kraft und Balance erhöht ist.[557]

Stürze können bei älteren Menschen zu einem nachweisbaren Verlust an Selbständigkeit und *Hilfs- und Pflegebedarf* führen. Vor allem bei betagten Frauen, die viele Medikamente einnehmen, depressive Symptome zeigen und in der Wohnung gestürzt sind, ist das Risiko funktioneller Abhängigkeit nach einem Sturz deutlich erhöht.[558] Eine groß angelegte prospektive Kohortenstudie[559] kam zu dem Ergebnis, dass 18 Prozent der PatientInnen mit Hüftfrakturen innerhalb von 6 Monaten verstarben. Die Überlebenden hatten große Schwierigkeiten bei ihren alltäglichen Verrichtungen, was zum Teil zur Einweisung in ein Pflegeheim führte. 6 Monate nach erlittener Hüftfraktur war nur noch rund die Hälfte der PatientInnen fähig, sich selbständig anzuziehen, nur 15 Prozent konnten ohne Hilfsmittel und nur 6 Prozent längere Strecken gehen. Nur 33 bis 40 Prozent der PatientInnen können nach einer Oberschenkelhalsfraktur ihre persönlichen Verrichtungen (Waschen, Anziehen, etc.) weiterhin durchführen und nur 14 bis 21 Prozent die Tätigkeiten des täglichen Lebens (Einkaufen, Essen zubereiten, Wäsche waschen, etc.).[560]

Eine wichtige Ursache für bestehende Kompetenzeinbußen ist die **Angst vor weiteren Stürzen**. Vor allem allein lebende alte Menschen sind, wenn sie nicht mehr in der Lage sind aufzustehen und Hilfe zu holen, oft schwer traumatisiert (*Liegetrauma*). „Ein Sturz kann auch ein vormals positives Lebensprogramm komplett durcheinander bringen, den Rückzug aus dem aktiven Leben einleiten, das Selbstgefühl zerstören und Perspektivlosigkeit und Depression auslösen.“[561]

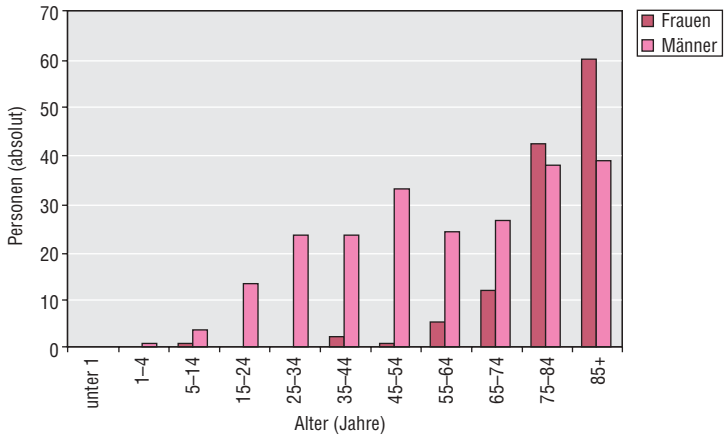
555 SIX (1992); zitiert nach GROB (2004), S. 19.
556 KRUSE, GABER et al. (2002).
557 LIU-AMBROSE et al. (2003).
558 STEL et al. (2004).
559 MAROTTOLI (1992).
560 KRUSE, GABER, et al. (2002), S. 16.

Der Sturz ist im geriatrischen Kontext meist mehr als ein Unfall. Sturzangst („fear of falling") bzw. das „Post-Fall-Syndrom" ist bei geriatrischen PatientInnen, die gestürzt sind, weit verbreitet. Es handelt sich dabei um eine tief sitzende Angst vor erneuten Stürzen, die zu großer Unsicherheit beim Stehen und Gehen, zu ängstlichem Festhalten an Mobiliar und Gegenständen führt. Das klinische Syndrom ist häufig von einer depressiven Symptomatik begleitet und äußert sich in erheblicher (Zukunfts-)Angst und Selbstwertzweifeln. „Post-Fall-Syndrom"-PatientInnen erleben den Sturz als einen „erniedrigenden Vorfall", verbunden mit der Frage, ob sie „je wieder auf die ‚Füße' kommen". Diese PatientInnen sind sehr viel schwerer zu rehabilitieren und bedürfen spezieller psycho- und pharmakotherapeutischer Intervention.

Der Sturz verschlechtert bei geriatrischen PatientInnen die Prognose bezüglich der Lebenserwartung.

Im Jahr 2004 sind in Wien 200 Frauen und 224 Männer aufgrund von Unfällen gestorben. 81,0 Prozent der tödlichen Unfälle von Frauen und 46,0 Prozent jener von Männern betrafen ältere Menschen (ab 65 Jahren). 70,4 Prozent der tödlichen Unfälle älterer Frauen und 67,3 Prozent jener älterer Männer waren Unfälle durch Sturz.[562] Insgesamt sind im Jahr 2004 von den 65-Jährigen und Älteren 114 Frauen und 70 Männer aufgrund von Stürzen gestorben. Während bis zum Alter von 75 Jahren mehr Männer als Frauen einen tödlichen Sturzunfall erleiden, sind ab diesem Alter mehr Frauen als Männer betroffen.

Grafik 5.33: Tödliche Sturzunfälle (ICD-10 <W00-W19>) in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 152 f.

Das Risiko einen Sturzunfall mit tödlichem Ausgang zu erleiden, nimmt mit dem Alter deutlich zu. Es steigt, bezogen auf 100.000 der jeweiligen Altersgruppe, bei den Frauen von 18,0 Fällen bei den 65- bis 74-Jährigen auf 61,6 Fälle bei den 75- bis 84-Jährigen und schließlich auf 267,9 Fälle bei den 85-Jährigen. Bei den Männern nimmt es von 50,8 Fällen bei den 65- bis 74-Jährigen auf 116,6 Fälle bei den 75- bis 84-Jährigen bzw. auf 576,8 Fälle bei den 85-Jährigen und Älteren zu. Trotz des höheren Risikos der Männer im Alter einen Sturzunfall mit tödlichem Ausgang zu erleiden, sind in absoluten Zahlen unter der älteren Bevölkerung (aufgrund des höheren Frauenanteils) mehr Frauen als Männer von tödlichen Sturzunfällen betroffen.

Präventive Maßnahmen, Rehabilitation

Durch geeignete **Präventionsmaßnahmen** lässt sich selbst bei Hochbetagten das Unfall- bzw. Sturzrisiko erheblich reduzieren. Viele der Risikofaktoren für Stürze sind vermeidbar oder zumindest beeinflussbar (wie Unzulänglichkeiten in der Wohnung bzw. der Wohn-

561 STEL (2004).

562 Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 152 f.; eigene Berechnungen.

umgebung). In der geriatrischen Praxis hat sich für präventive und rehabilitative Maßnahmen das **Modell der Sturzabklärung** bewährt. Dabei wird systematisch nach bekannten Risikofaktoren gesucht und im Einzelfall geprüft, welche Risikofaktoren in welchem Maße für das Sturzgeschehen verantwortlich waren. Aufgrund des komplexen Zusammenwirkens von Risikofaktoren ist ein multidimensionaler Präventionsansatz von Bedeutung, der *intrinsische*, *extrinsische* und *Verhaltensfaktoren*, ebenso wie die *Medikamenteneinnahme* mit einschließt *(siehe oben).*

Bereits der erste Sturz ist als Warnsignal zu werten und sollte Anlass sein, nach den oft versteckten Ursachen zu suchen. **Sturzprotokolle,** wie sie bereits in geriatrischen Einrichtungen zum Einsatz kommen, können (bei entsprechender Auswertung) wesentlich dazu beitragen, Risikofaktoren zu erkennen und in der Folge zu minimieren.[563] Entsprechende Abklärungs-Empfehlungen sind bereits verfügbar.[564] Sturzprävention (Beseitigung der identifizierten Risikofaktoren, Kraft- und Balance-Training, etc.) trägt auch zur Verringerung des Risikos von Pflegebedürftigkeit im Alter bei. Knochenbrüche lassen sich am ehesten durch Reduktion der Sturzhäufigkeit verhindern.

Zur Vermeidung von Unfällen älterer Menschen wurde in Wien im Rahmen des WHO-Projekts „Gesunde Stadt" die **„Initiative Sicher gehen über 60"** gestartet. Gemeinsam mit dem „Institut Sicher Leben" wurde ein Unfallverhütungsprogramm für ältere Menschen auf der Grundlage der Expertise eines Arbeitskreises mit Fachleuten ausgearbeitet.

1996 wurde eine Servicestelle der Stadt Wien beim „Institut Sicher Leben" eingerichtet, die als Informations- und Koordinationsstelle dient. Das Angebot umfasst Beratung, Heimhilfe-Ausbildung, Schulungen, SchülerInnenwettbewerb („Sicherheitsspürnasen bei Oma & Co"). Erarbeitet wurden Unterlagen und Vorschläge für Maßnahmen im Bereich der Sicherheit für ältere Menschen (Vorträge, Präsentationen und Schulungsunterlagen für HeimhelferInnen). Zudem wurden verschiedene Informationsmaterialien aufgelegt („Sicherheit zu Hause", SeniorInnen-Verkehrsfolder „Die Reifeprüfung", Bezugsquellenliste „Sicherheitsprodukte für den Haushalt älterer Menschen", etc.).

Ziele des Projekts sind die Weckung des *Gefahrenbewusstseins* älterer Menschen durch *fachkundige Information und Beratung* der Betroffenen, die *Übermittlung von Wissen* (durch Informationsmaterial, Schulungen) an jene, die Aufklärungsarbeit leisten (Mitarbeiter/innen der sozialen Dienste, Gesundheitsberufe und pflegende Angehörige) sowie die Schaffung einer *weniger unfallträchtigen Umwelt durch Verankerung des* Problembewusstseins für die Unfallgefahren der SeniorInnen in Wirtschaft und Politik.

Besonders bedeutsam ist die **Rehabilitation** verunfallter bzw. gestürzter älterer Menschen. Selbst nach hüftgelenksnahen Frakturen sind gute Erfolge zu erzielen, so dass PatientInnen weitgehend wieder in die gewohnte Umgebung entlassen und selbständig leben können. So wird z. B. in Wien im Sophienspital ein so genanntes „Home-Organisation-Training" einschließlich Beratung von PatientInnen und Angehörigen zur Angstreduzierung vor der Entlassung durchgeführt. Bei vorhandenen Betreuungsdefiziten werden SozialarbeiterInnen und soziale Dienste eingeschaltet *(vgl. dazu auch den Abschnitt zur „Osteoporose" in Kapitel 5.8.8).*

5.8.4 Psychische und Verhaltensstörungen

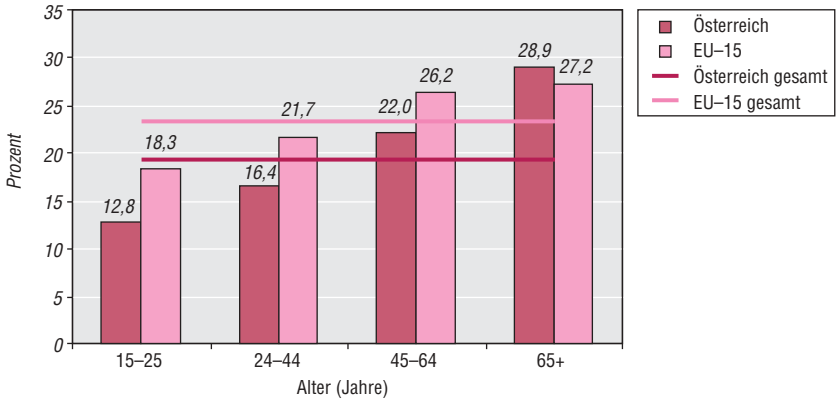
Für Wien (und Österreich) liegen keine Daten zur Inzidenz und Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen[565] älterer Menschen vor. International wird geschätzt, dass ca. ein Viertel der über 65-Jährigen an psychischen Störungen leidet.[566] In der Berliner Altersstudie wurden für die 70- bis 100-Jährigen folgende Prävalenzen ermittelt: 13,9 Prozent leiden an einer Demenz, 9,1 Prozent an einer depressiven Störung (5,4 Prozent an einer Major Depression, 2,0 Prozent an einer Dysthymia, 1,0 Prozent an einer Demenz mit Depression sowie 0,7 Prozent an einer depressiven Anpassungsstörung), 1,9 Prozent an einer Angststörung, 0,6 Prozent an einer organisch bedingten wahnhaften Störung oder Halluzinose, weitere 0,6 Prozent an einer organisch bedingten Persönlichkeitsstörung und 0,7 Prozent an einer schizophrenen und paranoiden Störung.[567]

563 HÖPFLINGER et al. (2003).
564 GUIDLINES FOR PREVENTION OF FALLS IN OLDER PERSONS (2001).
565 Zum Begriff „Psychische und Verhaltensstörungen" vergleiche Kapitel 4.6.
566 KRUSE, GABER et al. (2002), S. 18.

Während in der globalen Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung insgesamt und bei älteren Menschen kein Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht, finden sich bei einzelnen psychischen Störungen deutliche **Unterschiede zwischen Frauen und Männern**. So sind etwa chronische Angstzustände und affektive Störungen im Alter bei Frauen häufiger als bei Männern. Depressive Symptome werden bei betagten Frauen annähernd doppelt so häufig wie bei betagten Männern diagnostiziert. Die Gründe dafür sind vielschichtig und zum Teil umstritten. Frauen sind im Alter häufiger als Männer mit kritischen Lebensereignissen (z. B. Tod des Partners, von Freunden) konfrontiert. Gleichzeitig werden affektive Störungen bei Frauen oft anders als bei Männern interpretiert und bewertet. Bei Männern treten psychische Störungen eher im Zusammenhang mit Suchtproblemen (vor allem Alkohol) auf. Demenzielle Erkrankungen sind bei Frauen häufiger als bei Männern. Der hohe Anteil an Alzheimer-Patientinnen ist unter anderem durch die höhere Lebenserwartung älterer Frauen zu erklären.

Einen generellen Überblick über psychische Gesundheitsprobleme älterer Menschen in Österreich gibt eine Eurobarometer-Erhebung aus dem Jahr 2003. Dabei zeigt sich eine Zunahme psychischer Gesundheitsprobleme mit dem Alter. Im Vergleich zum Europäischen Durchschnitt (bezogen auf die 15 Länder vor der Erweiterung der Europäischen Union) finden sich psychische Gesundheitsprobleme in Österreich unter jüngeren Personen und im mittleren Alter seltener, bei älteren Personen jedoch der Tendenz nach häufiger.

Grafik 5.34: Gegenwärtige psychische Gesundheitsprobleme in Österreich und der Europäischen Union (EU–15) 2003 nach Alter



Mental Health-Index (MHI–5), Score 52 oder weniger.

Quelle: Eurobarometer 58.2; zitiert nach EORG (2003).

Psychische Beschwerden (wie depressive Verstimmtheit, Angstzustände) finden sich vor allem im hohen Alter überdurchschnittlich häufig. Frauen sind häufiger von solchen Symptomen betroffen als Männer. „Es handelt sich dabei um beginnende, intermittierende oder residuale Zustände bekannter psychischer Krankheiten oder um (‚komorbide') Begleitsyndrome anderer psychischer oder somatischer Erkrankungen, möglicherweise teilweise auch um eigenständige Krankheitszustände."[568] Symptome dieser Art führen zu hohem Leidensdruck und haben vermehrte Arztbesuche zur Folge.[569] Basierend auf den Ergebnissen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 wurde ein Index konstruiert, der sowohl Zahl als auch Stärke der psychischen Beschwerden mit einschließt.[570] 12,7 Prozent der 75-jährigen und älteren Männer und doppelt so viele Frauen in diesem Alter (26,0 Prozent) berichten über ausgeprägte psychische Beschwerden.

567 MAYER, BALTES (1996).
568 HELMCHEN (2001), S. 181 ff.
569 STADT WIEN (2004).

Tabelle 5.40: Psychische Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Index) in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Männer			Frauen		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
16–24	*77,2*	*20,8*	*20,0*	*63,0*	*26,6*	*10,4*
25–44	*67,4*	*26,7*	*5,9*	*63,1*	*28,9*	*8,0*
45–59	*63,2*	*30,6*	*6,2*	*52,5*	*36,1*	*11,4*
60–74	*66,6*	*27,6*	*5,8*	*50,7*	*36,8*	*12,6*
75+	*53,4*	*33,9*	*12,7*	*40,0*	*34,0*	*26,0*
gesamt	*66,5*	*27,5*	*5,9*	*56,1*	*32,2*	*11,7*

Index von 0–12: niedrig = Punktwert 0 (beschwerdefrei); mittel = Punktwert 1–3; hoch = Punktwert 4–12.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2004a), S. 89.

Zusammenfassend sei betont, dass zwar der größere Anteil älterer Frauen, selbst bei gesundheitlichen Einbußen und sozialen Verlusten, keine psychischen und psychosomatischen Störungen aufweist.[571] Eine Kumulation von Beeinträchtigungen bzw. die gleichzeitige Abnahme physischer, kognitiver, sozialer und materieller Ressourcen kann jedoch zur Verringerung der psychischen Widerstandsfähigkeit beitragen. Dies wird auch anhand einer Analyse von Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys deutlich. Aufgrund der multiplen Klassifikationsanalyse wurde für Wien ein hohes Ausmaß an psychischen Beschwerden für über 75jährige Frauen mit österreichischer Staatsbürgerschaft, mit Kleinstrenten, einer hohen Belastung durch Lebensereignisse (wie etwa den Tod Nahestehender), einer niedrigen Lebenszufriedenheit, schlechter körperlicher Fitness, niedrigem Kohärenzgefühl und häufigem Alltagsstress identifiziert. Für diese Bevölkerungsgruppe wurde aus dem berechneten Modell folgender Erwartungswert (Mittelwert) prognostiziert:

Tabelle 5.41: Gruppenspezifischer Erwartungswert psychischer Beschwerden in Wien 2001

Faktor	Ausprägung	Effekt
Gesamtmittelwert	allgemeines Niveau	1,01
Geschlecht	weiblich	+,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**

Ergebnisse der multiplen Klassifikationsanalyse (Mittelwert)

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

570 Berücksichtigt wurden Schlafstörungen; Müdigkeit; Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen; Melancholie, Depression, Unglücklichsein; Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit; Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen. Für leichte Beschwerden wurde 1 Punkt, für starke wurden 2 Punkte vergeben.

571 Vgl. dazu MAYER, BALTES (1996); KOHLI et al. (2000).

Die beschriebene Bevölkerungsgruppe weist ein mehr als fünfmal höheres Niveau an psychischen Beschwerden als die untersuchte Gesamtpopulation auf (Erwartungswert von 5,36 vs. 1,01).

5.8.5 Multimorbidität

Eine wichtige Rolle im höheren Alter spielt, insbesondere bei Frauen, die Multimorbidität, d. h. das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer, meist chronischer Erkrankungen. So z. B. wurden in der Berliner Altersstudie bei 96 Prozent der 70-jährigen und älteren Menschen mindestens eine und bei 30 Prozent fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Krankheiten diagnostiziert. Mit ein Grund für die häufigere Multimorbidität der älteren Frauen ist ihre höhere Lebenserwartung. Die Multimorbidität beschränkt sich nicht allein auf körperliche Krankheiten, sondern schließt auch psychische Krankheiten mit ein, stellt hohe Anforderungen an Diagnostik und Therapie und erfordert entsprechendes geriatrisches Fachwissen.

Multimorbidität ist darauf zurückzuführen, dass die Abnahme der funktionellen Reservekapazität im Alter nicht auf ein Organ oder Organsystem beschränkt ist, sondern meist mehrere Organe oder Organsysteme gleichzeitig betrifft. Bei den auftretenden Krankheiten handelt es sich sowohl um in kausalem Zusammenhang stehende als auch kausal unabhängige Erkrankungen, wobei sich die einzelnen Krankheiten häufig einander negativ beeinflussen (Beispiel: hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit und Fettstoffwechselstörung). Je mehr chronische Krankheiten vorhanden sind, desto häufiger treten auch akute Krankheiten auf. Multimorbide ältere Menschen haben eine deutlich erhöhte Mortalität. In der Berliner Alterststudie zeigte sich, dass bei Vorhandensein von fünf oder mehr mittel- bis schwergradigen Erkrankungen die Mortalität in den darauf folgenden 28 Monaten mit 26 Prozent deutlich höher war als bei Vorhandensein von weniger als fünf behandlungsbedürftigen Diagnosen (9 Prozent).

5.8.6 Bedarf an Hilfe und Pflege

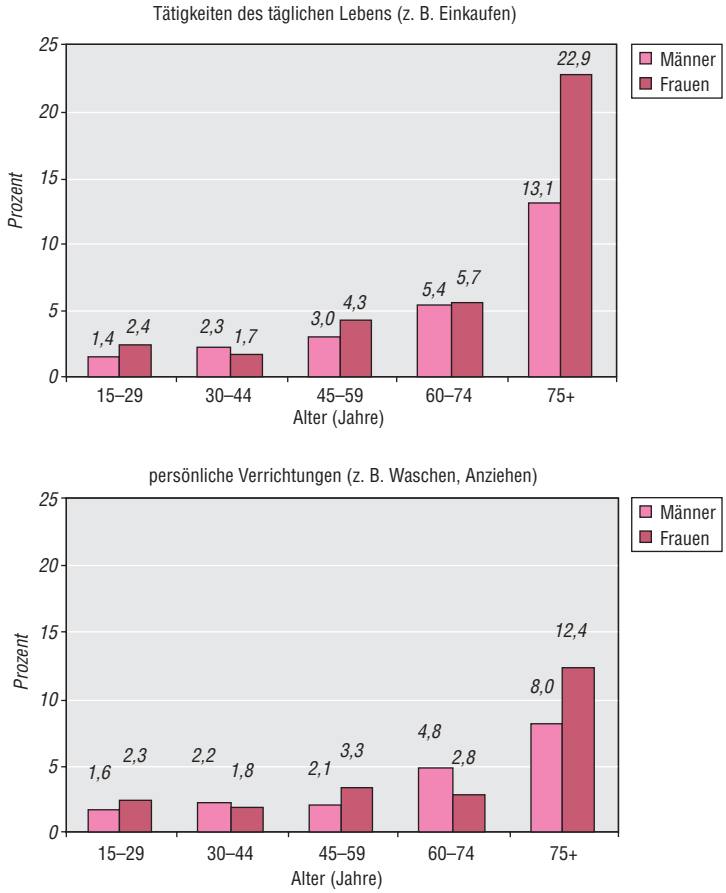
In Österreich können 60-jährige Frauen 18,5 Jahre, 60-jährige Männer 15,7 Jahre mit einem Leben in guter Gesundheit und ohne Behinderungen (*healthy life expectancy*) rechnen.[572] Mit 60 Jahren haben Frauen im Durchschnitt ein um 2,8 Jahre längeres behinderungsfreies Leben vor sich als Männer.

Dennoch sind Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung länger und (insbesondere im hohen Alter) auch häufiger als Männer mit gesundheitlichen Einschränkungen, Multimorbidität, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit konfrontiert.

In Wien benötigen laut Eigenangaben von den in Privathaushalten lebenden Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren 5,7 Prozent der Frauen und 5,4 Prozent der Männer Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens, bei den 75-Jährigen und Älteren steigt dieser Anteil bei den Frauen auf 22,9 Prozent und bei den Männern auf 13,1 Prozent. Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen benötigen von den 60- bis 74-Jährigen 2,8 Prozent der Frauen und 4,8 Prozent der Männer, von den 75-Jährigen und älteren 12,4 Prozent der Frauen und 8,0 Prozent der Männer.

572 WHO (2002a).

Grafik 5.35: Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens und persönlichen Verrichtungen in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Mikrozensus 1999; zitiert nach STADT WIEN (2002), S. 110 f.

Einen Überblick über die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gibt auch die Statistik über den Pflegegeldbezug.[573] Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach der Höhe des Pflegebedarfs, insgesamt gibt es 7 Pflegestufen. In Wien gab es im Dezember 2002 57.870 PflegegeldbezieherInnen (Bundespflegegeld). Dazu kommen noch 12.357 BezieherInnen von Landespflegegeld. Über drei Viertel (77,2 Prozent) der BezieherInnen von Bundespflegegeld in Wien hatten Pflegegeld der Stufen eins bis drei. Nur 2,4 Prozent erhielten Pflegegeld der höchsten Pflegestufen (Stufe 6 und 7). Im gesamten Bundesgebiet waren es 3,9 Prozent.

[573] Seit 1993 wird, unabhängig von Einkommen, bei ständigem Pflegebedarf von monatlich mehr als 50 Stunden Pflegegeld gewährt.

Die beschriebene Bevölkerungsgruppe weist ein mehr als fünfmal höheres Niveau an psychischen Beschwerden als die untersuchte Gesamtpopulation auf (Erwartungswert von 5,36 vs. 1,01).

5.8.5 Multimorbidität

Eine wichtige Rolle im höheren Alter spielt, insbesondere bei Frauen, die Multimorbidität, d. h. das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer, meist chronischer Erkrankungen. So z. B. wurden in der Berliner Altersstudie bei 96 Prozent der 70-jährigen und älteren Menschen mindestens eine und bei 30 Prozent fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Krankheiten diagnostiziert. Mit ein Grund für die häufigere Multimorbidität der älteren Frauen ist ihre höhere Lebenserwartung. Die Multimorbidität beschränkt sich nicht allein auf körperliche Krankheiten, sondern schließt auch psychische Krankheiten mit ein, stellt hohe Anforderungen an Diagnostik und Therapie und erfordert entsprechendes geriatrisches Fachwissen.

Multimorbidität ist darauf zurückzuführen, dass die Abnahme der funktionellen Reservekapazität im Alter nicht auf ein Organ oder Organsystem beschränkt ist, sondern meist mehrere Organe oder Organsysteme gleichzeitig betrifft. Bei den auftretenden Krankheiten handelt es sich sowohl um in kausalem Zusammenhang stehende als auch kausal unabhängige Erkrankungen, wobei sich die einzelnen Krankheiten häufig einander negativ beeinflussen (Beispiel: hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit und Fettstoffwechselstörung). Je mehr chronische Krankheiten vorhanden sind, desto häufiger treten auch akute Krankheiten auf. Multimorbide ältere Menschen haben eine deutlich erhöhte Mortalität. In der Berliner Alterststudie zeigte sich, dass bei Vorhandensein von fünf oder mehr mittel- bis schwergradigen Erkrankungen die Mortalität in den darauf folgenden 28 Monaten mit 26 Prozent deutlich höher war als bei Vorhandensein von weniger als fünf behandlungsbedürftigen Diagnosen (9 Prozent).

5.8.6 Bedarf an Hilfe und Pflege

In Österreich können 60-jährige Frauen 18,5 Jahre, 60-jährige Männer 15,7 Jahre mit einem Leben in guter Gesundheit und ohne Behinderungen (*healthy life expectancy*) rechnen.[572] Mit 60 Jahren haben Frauen im Durchschnitt ein um 2,8 Jahre längeres behinderungsfreies Leben vor sich als Männer.

Dennoch sind Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung länger und (insbesondere im hohen Alter) auch häufiger als Männer mit gesundheitlichen Einschränkungen, Multimorbidität, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit konfrontiert.

In Wien benötigen laut Eigenangaben von den in Privathaushalten lebenden Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren 5,7 Prozent der Frauen und 5,4 Prozent der Männer Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens, bei den 75-Jährigen und Älteren steigt dieser Anteil bei den Frauen auf 22,9 Prozent und bei den Männern auf 13,1 Prozent. Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen benötigen von den 60- bis 74-Jährigen 2,8 Prozent der Frauen und 4,8 Prozent der Männer, von den 75-Jährigen und älteren 12,4 Prozent der Frauen und 8,0 Prozent der Männer.

572 WHO (2002a).

Tabelle 5.42: PflegegeldbezieherInnen (Bundespflegegeld; alle Entscheidungsträger) in Wien und Österreich 2002 nach Pflegestufe

Pflegestufe	Wien		Österreich*	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Stufe 1	14.117	*24,4*	58.868	*19,4*
Stufe 2	20.013	*34,6*	109.502	*36,2*
Stufe 3	10.519	*18,2*	52.008	*17,2*
Stufe 4	7.993	*13,8*	45.658	*15,1*
Stufe 5	3.797	*6,6*	24.947	*8,2*
Stufe 6	834	*1,4*	7.027	*2,3*
Stufe 7	597	*1,0*	4.739	*1,6*
gesamt	57.870	*100*	302.749	*100*

* Inklusive BezieherInnen im Ausland.

Quelle: SOZIALE SICHERHEIT (2003), Heft 5, S. 250.

Das Durchschnittsalter der BezieherInnen von Bundespflegegeld betrug in Österreich im Dezember 2002 bei den Frauen 80,0 Jahre, bei den Männern war es mit 72,4 Jahren deutlich niedriger.

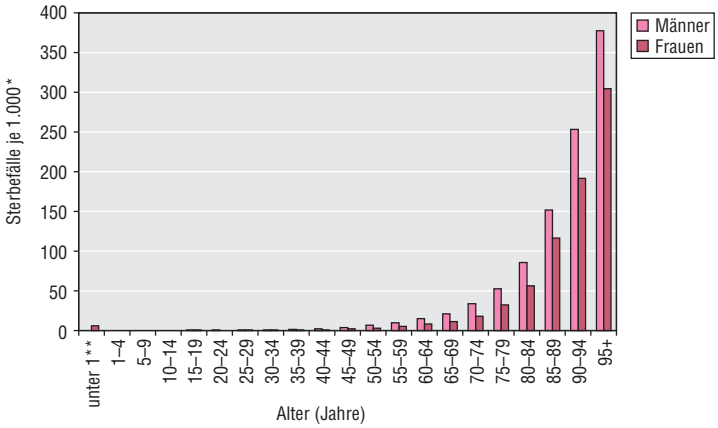
SCHNEIDER und ÖSTERLE[574] gehen davon aus, dass die Zahl der Hilfs- und Pflegebedürftigen größer als die Zahl der PflegegeldbezieherInnen ist, da der Bezug des Pflegegelds erhebliche Einschränkungen bei den so genannten „Aktivitäten des täglichen Lebens" voraussetzt. So z. B. brauchen auch Demenzkranke (aufgrund ihres Drangs zum Weglaufen) bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit meist rund um die Uhr Betreuung.

5.8.7 Mortalität und Todesursachen

Im vergangenen Jahrzehnt war die Zahl der **Sterbefälle** bei beiden Geschlechtern weiter rückläufig. Gab es in Wien im Jahr 1995 noch 19.783 Sterbefälle, waren es 2004 nur mehr 15.983 (8.873 Frauen und 7.110 Männer). 85,5 Prozent der Sterbefälle von Frauen und ca. zwei Drittel (68,1 Prozent) jener von Männern betrafen Personen im Alter von 65 und mehr Jahren. 40,6 Prozent der verstorbenen Frauen, aber nur 18,8 Prozent der verstorbenen Männer hatten ein Alter von 85 oder mehr Jahren erreicht. Die altersspezifischen Sterbeziffern (Sterbefälle je 1.000 Personen in den jeweiligen Altersgruppen) nehmen im höheren Alter deutlich zu. Obwohl in absoluten Zahlen (aufgrund des höheren Frauenanteils) mehr Frauen als Männer versterben, sind die altersspezifischen Sterbeziffern der Männer, insbesondere im fortgeschrittenen Alter, deutlich höher als jene der Frauen.

574 SCHNEIDER, ÖSTERLE (2003).

Grafik 5.36: Sterbefälle in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht



* Altersspezifische Sterbeziffer = Zahl der Sterbefälle je 1.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner der jeweiligen Altersgruppe.

** Bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.

Quelle: Statistik Austria, bearbeitet von der Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien; zitiert nach STADT WIEN (2005), S. 85.

Nicht nur die Sterblichkeit, auch das Spektrum der Todesursachen (gemessen am Grundleiden) unterscheidet sich nach Alter und Geschlecht. Während bei den im jüngeren Alter, d. h. zwischen 45 und 64 Jahren Verstorbenen unabhängig vom Geschlecht bösartige Neubildungen häufigste Todesursache sind, sind bei den im höheren Alter (ab 65 Jahren) Verstorbenen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems dominierende Todesursache. Bei ersteren spielen außerdem Krankheiten der Verdauungsorgane, Verletzungen und Vergiftungen als Todesursache eine größere Rolle als bei im höheren Alter (ab 65 Jahren) Verstorbenen. Bei letzteren dagegen haben Krankheiten der Atmungsorgane größere Bedeutung. Während bei den vorzeitig (d. h. im Alter von 45 bis 64 Jahren) verstorbenen Frauen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems geringeren Anteil an den Todesursachen als bei den vorzeitig verstorbenen Männern, verhält es sich bei den Sterbefällen ab 65 Jahren gerade umgekehrt. Krebserkrankungen spielen als Todesursache im Rahmen der vorzeitigen Sterblichkeit bei den Frauen eine größere Rolle als bei Männern, dagegen ist bei den im Alter von 65 und mehr Jahren Verstorbenen der Anteil der Krebssterbefälle bei den Männern höher als bei den Frauen.

Tabelle 5.43: Todesursachen (ICD-10, Hauptgruppen) in Wien 2004 ausgewählter Altersgruppen nach Geschlecht

Todesursachen (Pos. Nr. ICD10)	Frauen			Männer		
	Alter (Jahre)					
	gesamt	45 bis 64	65+	gesamt	45 bis 64	65+
	Sterbefälle = 100 Prozent					
gesamt <A00–Y89>	**8.873**	**1.031**	**7.576**	**7.110**	**1.762**	**4.844**
	Prozent					
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <I00–I99>	*50,6*	*18,1*	*56,6*	*39,8*	*25,3*	*48,3*
Bösartige Neubildungen <C00–C97>	*24,2*	*50,4*	*20,5*	*29,1*	*38,7*	*27,5*
sonstige Krankheiten <A00–B99, D01–H95, L00–R99>	*12,2*	*12,2*	*11,2*	*12,4*	*11,7*	*10,4*
Krankheiten der Atmungsorgane <J00–J99>	*5,0*	*3,9*	*5,3*	*5,6*	*3,7*	*6,7*
Krankheiten der Verdauungsorgane <K00–K93>	*4,4*	*10,2*	*3,6*	*6,8*	*13,4*	*3,8*
Verletzungen und Vergiftungen <V01–Y89>	*3,5*	*5,1*	*2,7*	*6,3*	*7,2*	*3,3*

Sortiert nach der Häufigkeit der Todesursachengruppen bei den Frauen (gesamt).

Quelle: Todesursachenstatistik; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005i),152 f.; eigene Berechnungen.

5.8.8 Osteoporose

Siehe auch: Abschnitt „Unfälle und Stürze im Alter" (Kapitel 5.8.3).

Bei den älteren Frauen stehen von den subjektiven Beschwerden her nicht die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern die meist mit chronischen Schmerzzuständen verbundenen Krankheiten des Bewegungsapparates (Arthrosen, Osteoporose, Dorsopathien, etc.) im Vordergrund.[575] So gaben im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 (bezogen auf einen Zeitraum von zwei Wochen) 54 Prozent der 75-jährigen und älteren Frauen Schmerzen im Bereich der Arme, Hände, Beine, Knie, Hüften und Gelenke an, 47 Prozent berichteten über Schmerzen im Rücken- und Lendenbereich.

Osteoporose ist eine systemische Skelettkrankheit mit Verringerung der Knochenmasse und Zerstörung der Mikroarchitektur des Knochengewebes, wodurch es zu eingeschränkter Knochenfestigkeit und erhöhtem Frakturrisiko kommt.[576] Die heute wichtigste messbare Determinante der Knochenfestigkeit ist die Knochendichte. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) hat 1994 quantitative, auf der Knochenmineraldichte beruhende Kriterien für die Diagnose der Osteoporose festgelegt. Und zwar liegt eine Osteoporose vor, wenn die Knochendichte mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Mittelwert junger gesunder Erwachsener liegt. Sind bereits Knochenbrüche eingetreten, so handelt es sich um eine schwere Osteoporose. Bei einer Knochendichte von 1 bis zu 2,5 Standardabweichungen unterhalb des Normwerts handelt es sich um eine Osteopenie, die als Vorstufe der Osteoporose gilt.[577] Der Anteil der Frauen mit Osteoporose an irgendeiner Skelettlokalisation nimmt (ebenso wie das Frakturrisiko) exponentiell mit dem Alter zu.[578] Die Knochendichte ist für 70 bis 80 Prozent der Variabilität der Festigkeit eines Knochens bzw. des Frakturrisikos verantwortlich. Daher lässt sich mit Hilfe der Knochendichtemessung auch das Frakturrisiko (z. B. von Wirbel- und Hüftfrakturen) bestimmen. Ausschlaggebend für die Knochenfestigkeit sind des Weiteren die Geometrie, die Mikroarchitektur, die Umbauaktivität sowie die Materialeigenschaften des Knochens, Faktoren, die unter dem Begriff „Knochenqualität" zusammengefasst werden.[579]

Verbreitung

Für Wien (und Österreich) liegen keine Angaben zur Prävalenz der Osteoporose vor. Die international verfügbaren Angaben variieren. Dies ist einerseits auf unterschiedliche Definitionen und Messverfahren, andererseits auf tatsächliche Unterschiede zwischen Ländern und Regionen zurückzuführen.[580] Von Osteoporose betroffen sind vorwiegend Frauen. Im Rahmen des Nationale Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III) wurden für die weiße Bevölkerung in den USA auf der Basis der WHO-Definition folgende Prävalenzen ermittelt:

575 MAYER, BALTES (1996).
576 NIH (2000); LIPPUNER (2004).
577 WHO (1994).
578 LIPPUNER (2004), S. 7 f.
579 LIPPUNER (2004), S. 7.
580 SCHWENKGLENKS, SZUCS (2004), S. 27.

Tabelle 5.44: Prävalenz der Osteopenie und der Osteoporose in der weißen Bevölkerung der USA auf der Basis der NHANES-III-Daten

Alter (Jahre)	Osteopenie*		Osteoporose*	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	Prozent			
50–59	59		4	
60–69	51		20	
70–79	56		43	
80+	43		52	
50+	52	*35* bis *48*	20	*5* bis *8*

* WHO-Definition, Messort: Oberschenkelhals.

Quelle: LOCKER et al. (1995) und (1997); zitiert nach SCHWENKGLENKS, SZUCS (2004), S. 28.

Nach diesen Schätzungen wären in Wien von den 50-Jährigen und älteren Frauen rund 166.000 von einer Osteopenie und rund 64.000 von einer Osteoporose betroffen.

Risikofaktoren

Osteoporose entsteht aufgrund einer längerfristigen negativen Bilanz zwischen Auf- und Abbau des Knochens (d. h. eines Überwiegens des Knochenabbaus). Ob und wie rasch eine negative Umbaubilanz zu Osteoporose und Frakturen führt, hängt, abgesehen von der Abbaugeschwindigkeit, vom Ausgangsmaterial (Peak Bone Mass) ab. Dieses wird während der Kindheit und Jugend erworben und von genetischen, Umwelt- und Lebensstilfaktoren beeinflusst. Die Knochenmasse erreicht ihr Maximum etwa im 30. Lebensjahr und sinkt danach bei Frauen bis zum 90. Lebensjahr um bis zu 50 Prozent. Frauen weisen eine niedrigere Peak Bone Mass als Männer auf, zudem erfährt ihre Knochenmasse in den ersten 10 Jahren der Menopause eine akzelerierte Phase des Umbaus. Bei den Männern ist der altersbedingte Knochenmineralverlust um rund ein Drittel geringer als bei den Frauen.[581]

Der Knochenverlust in der zweiten Lebenshälfte ist bei der Frau vor allem durch den postmenopausalen Östrogenmangel sowie durch Alterungsprozesse verursacht. Diese beiden Formen der Osteoporose werden oft auch als Typ-I bzw. Typ-II Osteoporose bezeichnet. Die Osteoporose wird durch verschiedene Risikofaktoren gefördert und ist häufig multifaktoriell bedingt.

Tabelle 5.45: Risikofaktoren für osteoporotische Frakturen

weibliches Geschlecht	Familienanamnese mit Hüftfraktur*
frühe Menopause	geringe Sehschärfe*
Alter*	niedriges Körpergewicht*
primäre oder sekundäre Amenorrhö	neuromuskuläre Erkrankungen*
primärer oder sekundärer Gonadonismus beim Mann	Rauchen (Zigaretten)*
asiatische oder weiße ethnische Herkunft	exzessiver Alkoholkonsum
vorausgegangene Fragilitätsfraktur*	Langzeit-Immobilisation
Glukokortikosteroid-Therapie*	geringe Kalziumzufuhr
hoher Knochenturnover*	Vitamin D-Mangel

Die mit * gekennzeichneten Risikofaktoren beeinflussen das Frakturrisiko über die Knochendichte hinaus durch (zusätzliche) andere Mechanismen.

Quelle: LIPPUNER (2004), S. 8.

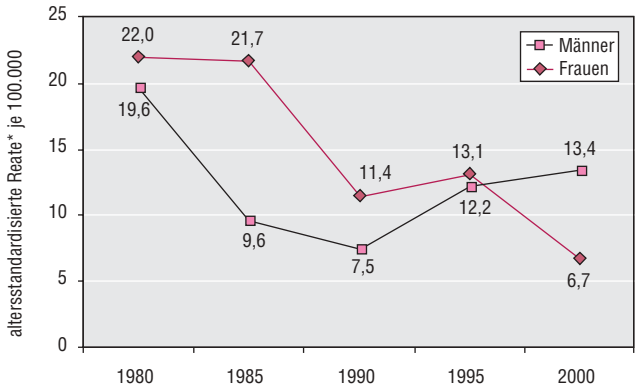
[581] LIPPUNER (2004), S. 11.

Beim Zustandekommen osteoporotischer Frakturen sind neben der verringerten Knochenfestigkeit meist zusätzliche sturzauslösende Faktoren zu berücksichtigen *(vgl. dazu den Abschnitt „Unfälle und Stürze im Alter" im Kapitel 5.8.3).*

Folgen von Osteoporose, Morbidität und Mortalität

Die Osteoporose ist vor allem aufgrund von Frakturen, die meist nach Stürzen oder auch spontan auftreten, klinisch und auch unter Kostengesichtspunkten bedeutsam. Zu den klassischen Osteoporose-Frakturen zählen Wirbel-, Schenkelhals- und Unterarmfrakturen (Handgelenk). Prospektive Studien belegen, dass bei Frauen (und Männern) mit niedriger Knochendichte nahezu alle Frakturtypen vorkommen.[582] Die Frakturen verursachen nicht nur Schmerzen, sondern führen auch zu erhöhter Morbidität und Mortalität. Bei bereits vorhandener Fraktur erhöht sich (unabhängig vom Frakturtyp), das Risiko, eine weitere zu erleiden, um 50 bis 100 Prozent.[583] Da nicht alle Frakturtypen bzw. Frakturen im Krankenhaus behandelt werden, ist die Erfassung der osteoporosebedingten Frakturen schwierig. Vor allem von Wirbelfrakturen Betroffene gehen häufig nicht zum Arzt. Oft werden solche Brüche erst später zufällig entdeckt. Relativ vollständig erfasst werden die hüftgelenksnahen Frakturen, da sie fast ausschließlich im Krankenhaus behandelt werden müssen. In Wiener Krankenanstalten waren im Jahr 2003 2.853 stationäre Aufenthalte von Frauen und 1.047 von Männern mit der Abgangsdiagnose „Fraktur des Femurs", d. h. Schenkelhalsbruch, zu verzeichnen.[584] Das Frakturrisiko nimmt mit zunehmendem Alter deutlich zu. Schenkelhalsbrüche weisen absolut wie relativ in den letzten Jahren einen steigenden Trend auf.[585] Dagegen sind zum Tod führende Komplikationen bei den Frauen im Abnehmen begriffen, nicht jedoch neuerdings bei den Männern.

Grafik 5.37: Sterblichkeit von Personen ab 50 Jahren aufgrund hüftgelenksnaher Frakturen (ICD-9 <820>) in Wien seit 1980 (5-Jahresabstände) nach Geschlecht



* Altersstandardisiert nach der Welt-Standardbevölkerung der WHO.

Quelle: Todesursachenstatistik der Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Im Jahr 2001 sind in Wien von der Bevölkerung ab 50 Jahren 43 Frauen und 36 Männer aufgrund hüftgelenksnaher Fraktur verstorben. Dies entspricht einer rohen Rate von 13,2 Verstorbenen pro 100.000 bei den Frauen und 15,4 Verstorbenen pro 100.000 bei den Männern. Altersstandardisiert waren bei den Frauen 5,6 und bei den Männern 12,7 Sterbefälle pro 100.000 mit diesem Grundleiden zu verzeichnen. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, infolge der Komplikationen bei einem Schenkelhalsbruch zu sterben.[586]

582 SEELEY et al. (1991), NGUYEN et al. (1996).
583 KLOTZBUECHER et al. (2000).
584 STATISTIK AUSTRIA (2005i), S. 229.
585 WIMMER-PUCHINGER et al. (1999), S. 60.
586 WIMMER-PUCHINGER et al. (1999), S. 60.

Prävention und Rehabilitation

Primäre Prävention: Es ist wichtig, als Reserve für den späteren Knochenabbau eine möglichst hohe Peak Bone Mass aufzubauen. Diese ist jedoch zu 50 bis 80 Prozent genetisch bestimmt. Ernährungsfaktoren (eine dem Lebensalter angepasste Kalziumversorgung, Protein- und Vitamin-D-Zufuhr), körperliche Aktivität und hormonelle Faktoren (Pubertät) spielen bei der Skelettentwicklung eine wichtige Rolle. Eine vermehrte Ausübung gewichtsbelastender körperlicher Aktivität in der Adoleszenz schlägt sich (15 Jahre später) in einer signifikant höheren Peak Bone Mass nieder und bestimmt diese zu rund 15 Prozent mit.[587] Ein Mangel an körperlicher Aktivität führt zu Knochenverlust und gilt als Risikofaktor für Osteoporose. Auch Faktoren, welche den Zeitpunkt und Verlauf der Pubertät beeinflussen (z. B. Fehl- bzw. Mangelernährung, Spitzensport) spielen in der Ausbildung der Peak Bone Mass eine Rolle. Eine späte Pubertät wirkt sich ungünstig aus.

Sekundäre Prävention: Zu den Maßnahmen, die dazu beitragen, einen bereits begonnenen Knochenabbau zu verlangsamen bzw. zu hemmen, zählen eine ausgewogene kalziumreiche Ernährung, ausreichende körperliche Aktivität, Vermeidung von Noxen sowie die medikamentöse Behandlung. Die adäquate Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr kann über die Nahrung oder medikamentös erfolgen. Kalziumquellen sind vor allem Milchprodukte und kalziumhaltige Mineralwasser. Zur Verwertung von Kalzium braucht der Körper ausreichend Vitamin D. Dieses wird bei Sonneneinstrahlung auf die Haut vom Körper selbst gebildet, aber auch mit der Nahrung aufgenommen. Weitere modifizierbare Risikofaktoren sind Rauchen, Alkoholkonsum und mangelnde körperliche Aktivität. Empfohlen wird eine dem Krankheitsgrad angemessene körperliche Aktivität mit regelmäßiger Belastung des Skeletts und Auftrainieren der Muskulatur. Durch den Aufbau oder Erhalt der Muskelmasse wird das Sturzrisiko gesenkt und ein besserer Knochenschutz für den Fall eines Sturzes gewährleistet. Liegen der Osteoporose Grunderkrankungen zugrunde, spricht man von *sekundärer 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 ihn fördern.

Hormonsubstitution: In der WHI-Studie (Women's Health Initiative), in der unter anderem das Nutzen/Risikoprofil einer kontinuierlichen, kombinierten Hormonsubstitution bei 16.608 postmenopausalen Frauen (ohne Hysterektomie) über mehr als 5 Jahre eingehend untersucht wurde, wurde eine signifikante Reduktion des Risikos für klinische Frakturen und Hüftfrakturen (um 24 bzw. 34 Prozent) festgestellt. Gleichzeitig wurde aber auch eine signifikante Erhöhung des Risikos für Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Venenthrombosen und zerebrovaskulären Insult festgestellt.[588] Wichtig ist daher vor jedem längerfristigen Einsatz der Hormonsubstitution eine individuelle Nutzen-Risiko-Abschätzung unter Berücksichtigung geeigneter Alternativen.[589]

Rehabilitation: Osteoporosebedingte Frakturen (insbesondere Wirbelfrakturen und hüftgelenksnahe Frakturen) können zu permanenter Beeinträchtigung des Stütz- und Bewegungsapparates, zu Mobilitätseinschränkungen, zur Behinderung bis hin zum Verlust der Selbständigkeit bzw. zu Pflegebedürftigkeit führen.[590] So ist fünf bis sechs Monate nach erfolgter Fraktur noch immer eine deutliche Kraftverminderung im großen Streckmuskel am Oberschenkel (Musculus quadriceps) der betroffenen und nicht betroffenen Seite und eine hohe Standunsicherheit festzustellen.[591] Vorrangig ist daher neben entsprechender Sekundärprävention die Rehabilitation.

Ziel der *physikalischen Rehabilitation* bei manifester Osteoporose ist zur Verhinderung weiterer Frakturen die Verbesserung der Muskelkraft, der Balance, des Bewegungsumfangs, die Reduktion zunehmender Wirbelsäulenveränderung, angepasste Knochenbelastung sowie

587 WELTEN et al. (1994).

588 WHI (2002). Zur Diskussion über Nutzen und Risiken der Hormonersatztherapie vgl. Kapitel 5.6 Wechseljahre und sexuelle Gesundheit im Alter.

589 Vgl. dazu LIPPUNER (2004), S. 13.

590 NEVITT et al. (1998); LINDSAY et al. (2001).

591 SHERRINGTON et al. (1998).

die Versorgung mit Hilfsmitteln, Gehhilfen, Prothesen, etc. Eine wichtige Rolle spielt die adäquate *Schmerzbehandlung*. Sie umfasst neben elektro- und 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.[592] Nachhaltige Erfolge lassen sich am ehesten durch „multifaktorielle Interventionen" erreichen, die sich sowohl auf die Besserung und Unterstützung der Knochenstärke als auch auf die Sturzprävention konzentrieren.[593] Zur Verbesserung der Knochenstärke eignen sich Medikamente, die Substitution von Kalzium und Vitamin D sowie Übungen mit Gewichtsbelastung. Stürze lassen sich am ehesten durch Übungen zur Verbesserung der individuellen Selbständigkeit, Kraft- und Balancetraining, ein adaptiertes Umfeld und Medikamentenreduktion verhindern.[594] Hüftprotektoren können bei sturzgefährdeten PatientInnen das Risiko von Schenkelhalsbrüchen um 60 Prozent senken.[595] Eine neue, Erfolg versprechende Behandlungsform akuter Wirbelkörpereinbrüche ist die Kyphoplastie, bei der der eingebrochene Wirbelkörper durch Einführung eines Ballons wieder aufgerichtet wird.

Selbsthilfegruppen bieten Information und Hilfe bei der Bewältigung der Krankheit und leisten dadurch einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität Betroffener. Sie ermöglichen regelmäßigen Austausch von Erfahrungen, bieten gemeinsame Aktivitäten (z. B. Osteoporose-Turnen und Funktionstraining) und Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen.

Die im Rahmen des **Wiener Gesundheitsförderungsprogramms** durchgeführten **Aktivitäten** und **Maßnahmen** in den Bereichen Osteoporose und Sturzprävention sind im Kapitel 9.3 beschrieben.

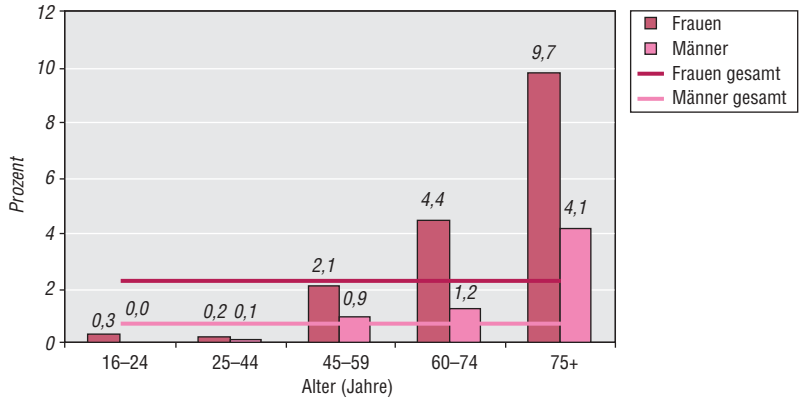
5.8.9 Harninkontinenz

Verbreitung

Harninkontinenz, d. h. unwillkürlicher Harnverlust kann zwar in jedem Alter auftreten, ist jedoch bei älteren Menschen, insbesondere bei älteren Frauen weit verbreitet. Die Angaben zur Prävalenz der Harninkontinenz variieren, die Abweichungen sind zum Teil auf Unterschiede in den Diagnosekriterien und Studiendesigns zurückzuführen. Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 gaben von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung für die letzten zwei Wochen vor der Befragung 2,3 Prozent der Frauen und 0,7 Prozent der Männer Inkontinenz[596] an. Der Anteil Betroffener nimmt insbesondere bei den Frauen im höheren Alter deutlich zu. Von den 75-Jährigen und älteren berichteten 9,7 Prozent der Frauen und 4,1 Prozent der Männer über Inkontinenz. Im Rahmen von Befragungen ist jedoch, vor allem aufgrund der nach wie vor bestehenden Tabuisierung des Problems, mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen. Im Rahmen einer im Großraum Wien durchgeführten Studie (unter TeilnehmerInnen an der Gesundenuntersuchung) gaben von den Personen ab 70 Jahren, bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen, 36,0 Prozent der Frauen und 11,5 Prozent der Männer unwillkürlichen Harnverlust an.[597] Dies entspricht in etwa den in US-amerikanischen Studien ermittelten Werten. Und zwar wurde hier für die Bevölkerung ab 60 Jahren bei Frauen eine Prävalenz der Harninkontinenz von 35 Prozent und bei Männern von 17 Prozent festgestellt.[598] Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass ältere Frauen doppelt so häufig als Männer von Harninkontinenz betroffen sind. Besonders hoch ist der Anteil Betroffener in Pflegeheimen (ca. 50 bis 60 Prozent).[599] Eine Ursache für die stärkere Betroffenheit der Frauen liegt in der Vulnerabilität des weiblichen Schließmuskelsystems.[600]

592 PREISINGER et al. (1996).
593 KERSCHAN-SCHINDL et al. (2000).
594 TINETTI et al. (1994); WONG et al. (2001).
595 KANNUS et al. (2000).
596 Wenn von Inkontinenz die Rede ist, so ist in der Regel Harninkontinenz gemeint, die auch das Gros der Inkontinenzfälle ausmacht. Inkontinenz schließt jedoch auch Stuhlinkontinenz mit ein.
597 MADERSBACHER et al. (2000).
598 THOM (1998).
599 FÜSGEN (1992).
600 MELCHIOR (2003).

Grafik 5.38: Inkontinenz (in den letzten zwei Wochen vor der Befragung) in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Personen in Privathaushalten ab 16 Jahren.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach Stadt Wien (2004), S. 282.

Formen der Harninkontinenz bei Älteren

Am häufigsten bei älteren Menschen sind die Dranginkontinenz, die Stressinkontinenz, Mischformen beider und die Überlaufinkontinenz.[601] Bei der *Dranginkontinenz* kommt es trotz funktionierendem Harnröhrenverschluss aufgrund eines nicht unterdrückbaren Harndrangs zu unfreiwilligem Harnverlust. Die *Stressinkontinenz* beruht auf einem defekten Harnröhrenverschluss, wodurch beim Husten, Niesen, Heben schwerer Lasten oder beim Treppensteigen unfreiwilliger Harnverlust auftritt. Bei der *Überlaufinkontinenz* ist der Druck in der übervollen Blase höher als der Verschlussdruck des Schließmuskels.

Ursachen der Harninkontinenz im Alter

Während bei jüngeren PatientInnen die Inkontinenzursache häufig im Harntrakt selbst zu finden ist, kommen bei älteren eine große Anzahl medizinischer, psychosozialer Ursachen und Umgebungsfaktoren in Betracht.

Die *Veränderungen des Harntraktes* im Alter (Abnahme der Blasenkapazität, der Kontraktilität des Detrusors, des Harnröhrenruheverschlussdrucks, Detrusorinstabilitäten, Restharnneigung, etc.) disponieren zur Inkontinenz. Krankhafte Zustände im Bereich von Blase, Harnröhre und kleinem Becken, aber auch altersbedingte und krankhafte Veränderungen im Nervensystem verschlechtern die Kontrolle über die Harnblase. Chronische Entzündungen, symptomatische Harnwegsinfekte, erschwerte Blasenentleerung verstärken die *Drangsymptomatik*. Eine atrophische Scheidenentzündung kann zu erschwerter (schmerzhafter) Blasenentleerung und in der Folge zu Dranginkontinenz führen, aber auch eine bestehende Stressinkontinenz ungünstig beeinflussen. Ursache der *Stressinkontinenz* ist eine geschwächte Beckenbodenmuskulatur, z. B. aufgrund von Schwangerschaft und Geburt, aber auch aufgrund hormoneller und altersbedingter Veränderungen. Die *Überlaufinkontinenz* kann durch einen schwachen Blasenmuskel oder ein Hindernis, das die Entleerung des Harnes erschwert bzw. beides gleichzeitig, verursacht sein. Insgesamt verringert sich im Alter die Fähigkeit, die Miktion zu verschieben und Belastungen des unteren Harntraktes zu kompensieren.

Eine wichtige Rolle für das Auftreten von Harninkontinenz im Alter spielen die Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) und altersbedingte Funktionseinbußen. Erkrankungen wie etwa Diabetes mellitus, Arteriosklerose, Bluthochdruck, etc. tragen zusammen mit geistigem und körperlichem Abbau, eingeschränkter Mobilität, nachlassender Beweglichkeit der Hände, eingeschränkter Sehfähigkeit zur Harninkontinenz bei. Ältere Menschen scheiden die Hauptflüssigkeitsmenge in der Nacht aus (Nykturie). Diuretika, Hypoglykämie und Hyperkalziämie sowie die Ausschwemmung peri-

601 MADERSBACHER et al. (2000).

pherer Ödeme können zu vermehrter Urinausscheidung führen und in eine Inkontinenz übergehen. Häufige Stuhlverstopfung kann zu Drang- und Überlaufinkontinenz führen (ballaststoffreiche Kost und angemessene Flüssigkeitszufuhr helfen Verstopfungen zu verhindern). Auch psychische Probleme (wie z. B. depressive Verstimmungen) können eine Inkontinenz verschlimmern.[602]

Eine bedeutsame Rolle spielen Medikamenten(neben)wirkungen. Die Einnahme von z. B. Schlaf- und Beruhigungsmitteln kann dazu führen, dass die Toilette nicht rechtzeitig erreicht wird. Dies gilt auch für Diuretika, die zu vermehrter Flüssigkeitsausscheidung und zur Überforderung der Blasenkapazität führen. Auch Herz- und Kreislaufmedikamente können sich ungünstig auswirken. So z. B. können Alphablocker den Schließmuskeltonus senken und besonders bei Frauen eine Stressinkontinenz begünstigen.

Funktionsbeeinträchtigungen und Umgebungsfaktoren können sich ebenfalls auf die Kontinenz auswirken: Eingeschränkte Seh- und Hörfähigkeit, Immobilität, Verwirrtheit, mangelnde Unterweisung in fremder Umgebung (z. B. bei Krankenhausaufenthalten, Aufnahme in ein Pflegeheim) über den Weg zur Toilette wirken sich aufgrund der verkürzten Drangzeit im Alter dahingehend aus, dass die Toilette nicht rechtzeitig erreicht wird. Nicht selten kommt es aufgrund von Krankenhausaufenthalten mit Eingriffen am Harntrakt (z. B. Katheterismus) zu symptomatischen Harnwegsinfekten und in der Folge zu Inkontinenz.[603] Wichtig beim älteren Menschen sind die Optimierung der Umgebung sowie die Auswahl einer der Situation angepassten Kleidung.

Psychische und soziale Konsequenzen der Inkontinenz

Harninkontinenz kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität älterer Betroffener und ihrer Angehörigen führen. Bei älteren Betroffenen kommt es häufig vor, dass aufgrund von Funktionseinschränkungen auch die Körperpflege leidet. Die Betroffenen verspüren Schuldgefühle, Scham und Verlegenheit und ziehen sich aus Angst, ihr Problem könnte in der Öffentlichkeit, im Freundeskreis oder in der Familie bemerkt werden, zurück. Aber auch für pflegende Angehörige und das Pflegepersonal ist die Inkontinenz des älteren Menschen belastend und nicht selten mit negativen Reaktionen verbunden. Inkontinenz ist ein häufiger Grund für Einweisungen ins Pflegeheim und hat daher auch erhebliche volkswirtschaftliche Konsequenzen. Pflegeheimeinweisungen können, vor allem wenn sie unfreiwillig erfolgen, ebenfalls eine Inkontinenz auslösen bzw. eine bereits bestehende Inkontinenz verstärken.

Prävention, Früherkennung und Therapie

Angesichts der Folgen für die Betroffenen sind, wie dies die Weltgesundheitsorganisation fordert, Prävention, Früherkennung und Behandlung (einschließlich Rehabilitation) der Inkontinenz vordringliche gesundheitspolitische Aufgaben. Eine Prävention ist durchaus möglich. So etwa können durch gesunde, ballaststoffreiche Ernährung und regelmäßige Bewegung Übergewicht und Obstipation vermieden werden. Aber auch Milieugestaltung (z. B. ausreichende Kennzeichnung und Einübung des Wegs zur Toilette in Heimen, Krankenanstalten) kann präventiv wirken.

Inkontinenz wird vor allem im Alter nicht selten von den Betroffenen (insbesondere den Frauen) als „normaler“ Teil des Alterns hingenommen oder aus Scham erst gar nicht oder erst sehr spät mit dem Arzt bzw. der Ärztin besprochen. Aber auch ÄrztInnen (wie z. B. Umfragen bei niedergelassenen ÄrztInnen in Nordrhein-Westfalen zeigen) halten Inkontinenz im Alter häufig für schwer oder nicht therapierbar und leiten diagnostische Schritte oft nur zögerlich ein. Eine Studie in den USA kam zu dem Ergebnis, dass nur etwa jede zehnte von Harninkontinenz betroffene Frau aufgrund dieses Leidens in Behandlung ist.[604]

Auch wenn bestimmte Umstände die Diagnose und Therapie im Alter erschweren, lässt sich Inkontinenz auch im Alter durchaus erfolgreich behandeln. Wichtig ist eine möglichst früh einsetzende Behandlung. Diese erfordert eine situationsgerechte Abklärung der zugrunde liegenden Prozesse. Einfache Ursachen wie Harnwegsinfektionen müssen nachgewiesen und kon-

602 Vgl. dazu Z.B. KIRSCHNER-HERMANNS (1998), S. 19.
603 BÖHMER (2004), S. 15.
604 THOM (1998).

24,3 Prozent. Die VITA-Studie kam hinsichtlich der Frage, ob eine leichte kognitive Beeinträchtigung als gutartige altersassoziierte Leistungsminderung oder als Vorstadium der Demenz zu interpretieren ist, zu folgendem Ergebnis: Nur ein Drittel (33 Prozent) der 75-Jährigen, die sich schon zur Basisuntersuchung in einem Vorstadiums der Demenz befanden und die innerhalb von zweieinhalb Jahren an einer Demenz erkrankten, klagte(n) über Vergesslichkeit, aber auch 10 Prozent der geistig gesunden und geistig gesund gebliebenen StudienteilnehmerInnen. Klagen über die eigene Vergesslichkeit scheinen demnach nur von geringer diagnostischer Relevanz bei der Demenz. Voraussetzung für die Feststellung, ob (bei subjektiver kognitiver Beeinträchtigung) tatsächlich ein Vorstadium einer Demenz bzw. eine beginnende Demenz vorliegt, ist die Testung des Gedächtnisses.

Diagnose und Therapie von Demenzerkrankungen

Leider werden Demenzerkrankungen auch heute noch in der Regel erst dann erkannt, wenn die Betroffenen deutliche Symptome zeigen. Laut VITA-Studie waren Demenzen bei zwei Drittel der Betroffenen unbehandelt. Frühe Diagnose und Therapie sind bei Demenzerkrankungen von großer Bedeutung. Spezialeinrichtungen wie zum Beispiel Gedächtnisambulanzen bieten wichtige Hilfestellungen in den Bereichen Diagnose, Beratung, Therapie und Behandlung von Demenzerkrankungen. Die therapeutischen Maßnahmen umfassen medikamentöse und nichtmedikamentöse Interventionen. Seit dem Jahr 1996 ermöglichen so genannte Acetylcholinesterasehemmer eine Therapie der Alzheimer Demenz. Seit einiger Zeit ist auch Memantine bei der Therapie von Alzheimer Demenz zugelassen. Dank dieser Medikamente können intellektuelle Ausfälle verzögert und das Vorschreiten der Demenz und die Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden. Die Therapie sollte allerdings schon bei milder Demenz beginnen.[612] Kognitive Trainingsprogramme wirken sich vor allem bei leichter und mittelschwerer Demenz positiv auf Gedächtnis, Orientierung, Sprache und Alltagskompetenz aus. Psychomotorische Übungen unterstützen den Trainingseffekt. Nicht kognitive Trainingsprogramme wie z. B. Milieutherapie, Biografiearbeit, Musik- und Kunsttherapie, Tiertherapie haben selbst bei schwerer Demenz positive Auswirkungen auf die Befindlichkeit, die Stimmung und das Verhalten der Erkrankten.[613]

Konzentration und Gedächtnis lassen sich auch im Alter trainieren. Gedächtnistrainingskurse für ältere Menschen sind bereits jetzt Standardprogramm in den Heimen und den Institutionen der Erwachsenenbildung. Die bisherigen Studien konnten klar belegen, dass durch Gedächtnistraining und Konzentrationsübungen wirksame Abhilfe gegen Probleme mit Gedächtnis bzw. Konzentration geleistet und Abbauprozessen im Alter vorgebeugt werden kann.[614] Als besonders vorteilhaft erweist sich die Kombination von Gedächtnis- und Bewegungstraining.

Qualifizierung des Personals in den Einrichtungen der Altenhilfe im Umgang mit Demenzkranken

Zu den pflegerischen Maßnahmen zählen neben Pflegeanamnese und -planung, aktivierende und reaktivierende Pflege, Validation, Biografiearbeit und basale Stimulation. Viel versprechend im Umgang mit Demenzkranken ist der Einsatz von *Validation*, ein Ansatz, der von Naomi FEIL in den USA entwickelt wurde. Validation ist einerseits eine grundsätzliche Haltung zum Phänomen der Verwirrtheit, andererseits eine konkrete Umgangsform mit Verwirrten und Demenzkranken. Validation zielt vor allem darauf ab, die hinter dem verwirrten Verhalten liegenden Gefühle zu verstehen, wodurch es leichter gelingt, das Verhalten, die Erlebens- und Sichtweise der Betroffen zu akzeptieren. Evaluationsergebnisse zeigen, dass Validation nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die BetreuerInnen Entlastung bringt.[615]

Bedarf an institutioneller Hilfe

Die steigende Zahl der Demenzkranken führt zu einem erhöhten Bedarf an institutioneller Hilfe. Früher ging man von einer Dauer der Alzheimer'schen Erkrankung von etwa 7 bis 8 Jahren, der vaskulären Demenz von etwa 5 bis 6 Jahren aus. Aufgrund der Verbesserung der allge-

612 VITA (Vienna Transdanubien Aging) – Studie, Presse-Info (o .J.), S. 1.
613 Vgl. dazu ÖSTERREICHISCHE ALZHEIMER-GESELLSCHAFT (2004), S. 12.
614 OSWALD, RÖDEL (1995).
615 WIEGELE et al. (1999).

meinen Gesundheit von DemenzpatientInnen und aufgrund besserer Behandlungsmöglichkeiten, ist derzeit von einer durchschnittlichen Dauer der Alzheimer Demenz von etwa 10 Jahren und der vaskulären Demenz von etwa 8 Jahren auszugehen. Vor allem im fortgeschrittenen Stadium lässt sich bei Demenz eine Heimunterbringung meist nur schwer vermeiden. Allein Lebende, bei denen eine Demenz auftritt, müssen bereits in Heimen untergebracht werden, bevor sie regelmäßige Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens brauchen.

Beratung und Stützung pflegender Angehöriger

Demenzkranke haben hohen Betreuungs- und Hilfebedarf. Damit DemenzpatientInnen (zumindest eine Zeit lang) zu Hause gepflegt werden können, ist die Beratung und Stützung pflegender Angehöriger (durch Bereitstellung von Beratungsangeboten, Gesprächskreisen, ambulanten Diensten wie etwa Hauskrankenpflege, Heimhilfe, etc.) besonders wichtig. Entlastend für die Pflegenden sind vor allem Kurzzeit-, Urlaubs-, Tagespflege und ev. auch Nachtbetreuung. Eine zeitweise Entlastung pflegender Angehöriger kann wesentlich dazu beitragen, die Institutionalisierung hinauszuschieben oder zu vermeiden.

Schwierigkeiten entstehen oft durch falsches Verhalten der Angehörigen. Die PatientInnen reagieren dann gereizt und aggressiv oder depressiv und ziehen sich zurück. Aufklärung und Beratung von Angehörigen, die Demenzkranke betreuen und pflegen, ist besonders wichtig. Auch Selbsthilfegruppen leisten einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Schwierigkeiten bei der Pflege von Demenzkranken.

5.8.11 Depression

Verbreitung

Depressionen gehören neben der Demenz zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Ebenso wie im jüngeren und mittleren Alter treten sie auch im höheren bei Frauen häufiger als bei Männern auf.[616] US-amerikanische Studien ermittelten für schwere Depressionen bei älteren Menschen eine Prävalenz von ca. 4 Prozent, mindestens weitere 10 bis 15 Prozent der Betagten leiden an mittelschweren und leichteren Krankheitsformen. Für die Dysthymie wurde eine Prävalenz von rund 2 Prozent festgestellt.[617] Nach den Ergebnissen der VITA Studie des Ludwig Boltzmann-Instituts für Altersforschung am Wiener Donauspital leiden 16,5 Prozent der 75-Jährigen (aus den Wiener Bezirken Floridsdorf und Donaustadt) an einer Depression, bei 5,6 Prozent wurde ein Depressions-Vorstadium diagnostiziert. Die Studie verweist auf eine Zunahme der Depressionen mit höherem Alter. Bei der ersten Nachuntersuchung (nach 30 Monaten) waren von den nunmehr 78-Jährigen bereits 28,3 Prozent deutlich depressiv, bei 15,0 Prozent wurde ein Depressions-Vorstadium diagnostiziert. Zudem zeigte sich, dass an Depressionen Erkrankte ein deutlich erhöhtes Risiko haben, später an einer Demenz zu erkranken.[618]

In der Berliner Altersstudie betrug bei den untersuchten 70- bis 100-Jährigen die Prävalenz depressiver Störungen 9,1 Prozent, davon litten 4,8 Prozent an einer Major depression.[619] Häufig bei älteren Menschen sind Störungen mit subdiagnostischer Symptomatik, die sich auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen, das Krankheitserleben (vor allem das Schmerzerleben), die Lebenseinstellung und das persönliche Altersbild auswirken. In der Berliner Altersstudie wurden bei rund 18 Prozent der 70 bis 100-Jährigen Depressionen mit subdiagnostischer Symptomatik festgestellt. 13,2 Prozent gaben Lebensüberdruss an, 1,2 Prozent hatten Selbstmordgedanken.[620] Besonders hohe Anteile an depressiv Erkrankten finden sich unter HeimbewohnerInnen, SpitalspatientInnen sowie unter PatientInnen in Hausarztpraxen.[621]

Ursachen und Therapie

Die *Ursachen der Depression* im Alter unterscheiden sich nicht grundsätzlich von jenen im mittleren Alter. Allerdings sind im Alter Belastungen aufgrund von

616 BENAZZI (1999); BIRKHÄUSER (2002).
617 BUSSE, BLAZER (1995).
618 VITA (Vienna Transdanubien Aging) – Studie, Presse-Info (o. J.), S. 5.
619 LINDEN et al. (1998).
620 HELMCHEN et al. (1996).
621 JACOBY (1997).

sequent therapiert werden. Behandlung und Therapie richten sich nach der Form der Inkontinenz, wobei Medikamente, Kontinenztraining (Miktions- und Toiletten-, aber auch Beckenbodentraining), Elektrotherapie, Biofeedback, Gewichtsreduktion, Stuhlgangregulierung, gelegentlich auch Operation zum Einsatz kommen können. Bei alten PatientInnen mit Hirnleistungsabbau spielen Konditionierungsmethoden wie das Toilettentraining eine große Rolle.

Auswahl und Durchführung der Interventionsmaßnahmen müssen im interdisziplinären Team erfolgen. Im Zentrum der Förderung der Kontinenz und des Inkontinenz-Managements steht die Lebensqualität des älteren Menschen. Eine respektvolle Behandlung und die Wahrung der Intimsphäre der Betroffenen können wesentlich dazu beitragen, die Situation für sie zu erleichtern. Lässt sich die Inkontinenz nicht beseitigen, ist eine den individuellen Gegebenheiten angepasste Hilfsmittelversorgung von Bedeutung.

5.8.10 Demenz

Die Demenz ist eine der folgenschwersten Erkrankungen im höheren Lebensalter. Wesentliche Merkmale einer Demenz sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) die Abnahme von Gedächtnisleistungen und anderen kognitiven Fähigkeiten (Urteilsfähigkeit, Denkvermögen) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, Störung der Affektkontrolle, des Antriebs sowie des Sozialverhaltens (mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit und Apathie oder 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 kognitiven Störungen treten bei Demenzkranken auch häufig psychische Auffälligkeiten wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, Wahnvorstellungen auf. Diese Symptome verschlechtern die Lebensqualität der Betroffenen und stellen für die Betreuenden eine zusätzliche Belastung dar.

Die häufigste Demenzform ist mit ca. 60 bis 80 Prozent die *Alzheimer Demenz*.[605] Als Risikofaktoren für die Alzheimer Demenz wurden in mehreren Studien Alter und Familiengeschichte nachgewiesen.[606] Bisher ist keine direkte und ursächliche Beeinflussung der Krankheitsprozesse möglich, sondern lediglich eine symptomatische Behandlung. Mit Hilfe der derzeit eingesetzten Medikamente kann zwar der Verlauf der Erkrankung verlangsamt, die Demenz aber nicht gestoppt oder geheilt werden. Die Medikation ist vor allem in einem frühen Stadium der Alzheimer Demenz wirksam. Eine frühzeitige Erfassung einer Alzheimer Demenz ist daher besonders wichtig. Ein Screening auf Demenzsymptome bei älteren Menschen im Rahmen der Gesundheits-Checks könnte wesentlich zur Früherkennung bzw. frühzeitigen Behandlung beitragen.

Die *zweithäufigste Form* der Demenz ist mit 10 bis 25 Prozent die vaskulär (blutgefäß-)bedingte Demenz. Auch Mischformen aus vaskulärer und Alzheimer Demenz sind häufig. *Vaskuläre Demenzen* sind eine heterogene Krankheitsgruppe. Eine vaskuläre Demenz kann sowohl nach einem einmaligen ausgeprägten Hirninfarkt als auch nach wiederholten kleineren Hirninfarkten (Multiinfarkt-Demenz) entstehen. Charakteristisch für vaskuläre Demenzen sind, abgesehen von den vaskulären Ursachen, stark ausgeprägte kognitive Defizite, ein plötzliches Einsetzen der Symptome und eine eher stufenweise Verschlechterung. Der bedeutendste und bislang einzig gesicherte Risikofaktor für die vaskuläre Demenz ist die arterielle Hypertonie, als weitere Risikofaktoren gelten Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum. Die Prävention kann an diesen Risikofaktoren ansetzen. Auch wenn die Inzidenz der vaskulären Demenz aufgrund präventiver Maßnahmen sinken würde, ist aufgrund der Alterung der Bevölkerung ein weiteres Ansteigen zu erwarten.[607]

7 bis 25 Prozent aller Demenz-Kranken, so wird heute angenommen, haben eine Lewy-Körperchen-Demenz. Typisch sind dabei eosinophile Einschlusskörperchen in den Neuronen, die Lewy-Körperchen. Zudem besteht, wie auch bei Alzheimer-Kranken, ein cholinerges Defizit. Charakteristisch für die Lewy-Körperchen-De-

[605] Die Angaben zur Prävalenz der verschiedenen Demenzformen variieren zum Teil. Die hier angeführten Prävalenzen wurden dem Konsensusstatement „Demenz“ der ÖSTERREICHISCHEN ALZHEIMER GESELLSCHAFT (2004) entnommen.

[606] KRUSE, GROB et al. (2002), S. 18.

[607] KRUSE et al. (2002), S. 19.

menz sind, abgesehen von kognitiven Störungen mit Fluktuationen der Hirnleistung und der Wachheit, optische Halluzinationen und Parkinson-Symptome.[608]

Zu unterscheiden von den Demenzen sind kurzzeitige *Verwirrtheitszustände* von wenigen Stunden bis zu wenigen Tagen. Ihre Ursachen sind vielfältig. So können reduzierte Sauerstoffversorgung des Gehirns, hohe psychische Belastungen (z. B. aufgrund von Konflikten, Umgebungswechsel bzw. Heimeinweisung), Medikamente bzw. Interaktionen von Medikamenten, mangelnde Flüssigkeitszufuhr, unzureichende Ernährung zu vorübergehender Verwirrtheit führen.

Verbreitung der Demenzerkrankungen

Die Verbreitung der Demenzerkrankungen kann derzeit nur ausgehend von Ergebnissen internationaler Studien geschätzt werden. Frauen haben, insbesondere im höheren Alter, ein im Vergleich zu den Männern deutlich erhöhtes Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Nach einer neueren Meta-Analyse steigt der Anteil von Demenzerkrankungen bei den Frauen von 1,0 Prozent bei den 65- bis 70-Jährigen auf 30,8 Prozent bei den 90-Jährigen und älteren. Bei den Männern sind von den 65- bis 70-Jährigen 1,6 Prozent betroffen, von den 90-Jährigen und Älteren 22,1 Prozent. Den höchsten Anteil an den Demenzerkrankungen im höheren Alter hat die Alzheimer Demenz.

Tabelle 5.46: Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Punktprävalenz						Ein-Jahresinzidenz		
	alle Demenzen		Alzheimer Demenz		Vaskuläre Demenz		alle Demenzen	Alzheimer Demenz	Vaskuläre Demenz
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	gesamt		
	Prozent								
65–70	*1,6*	*1,0*	*0,6*	*0,7*	*0,5*	*0,1*	*0,24*	*0,12*	*0,07*
70–75	*2,9*	*3,1*	*1,5*	*2,3*	*0,8*	*0,6*	*0,55*	*0,33*	*0,12*
75–80	*5,6*	*6,0*	*1,8*	*4,3*	*1,9*	*0,9*	*1,60*	*0,91*	*0,35*
80–85	*11,0*	*12,6*	*6,3*	*8,4*	*2,4*	*2,3*	*3,05*	*2,18*	*0,59*
85–90	*12,8*	*20,2*	*8,8*	*14,2*	*2,4*	*3,5*	*4,86*	*3,53*	*0,61*
90+	*22,1*	*30,8*	*17,6*	*23,6*	*3,6*	*5,8*	*7,02*	*5,35*	*0,81*

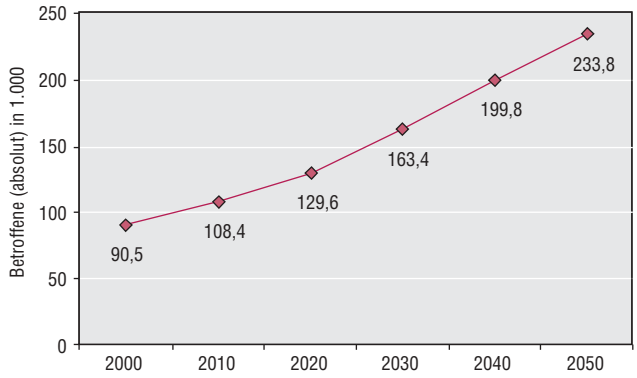
Quelle: LOBO et al. (2000), FRATIGLIONI et al. (2000); zitiert nach WANCATA (2002), S. 53.

Aufgrund des zu erwartenden Anstiegs der Zahl betagter und hochbetagter Menschen ist in Zukunft mit einer erheblichen Zunahme demenzieller Erkrankungen zu rechnen. Unter Bezugnahme auf die oben referierten Prävalenzen und die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung wurde für Österreich ein Anstieg von etwa 90.500 Demenzkranken im Jahr 2000 auf 233.800 Demenzkranke bis zum Jahr 2050 errechnet.[609] Die Zahl der Demenzkranken wird also in den nächsten 50 Jahren auf das Zweieinhalbfache steigen, zurückzuführen vor allem auf eine stark zunehmende Zahl an PatientInnen mit Alzheimer Demenz. Die Prävalenz der Demenzerkrankungen wird bei den über 60-Jährigen von 5,4 Prozent im Jahr 2000 auf 8,3 Prozent im Jahr 2050 zunehmen. Eine Aufgliederung nach Geschlecht liegt für die Vorausschätzung nicht vor.

608 NERVENARZT 12 (2000).

609 WANCATA (2002), S. 53. Diese Bevölkerungsprognose wurde jedoch neuerlich revidiert.

Grafik 5.39: Entwicklung der Zahl der Demenzkranken in Österreich von 2000 bis 2050



Quelle: WANCATA (2002), S. 53.

Eine interdisziplinäre, bevölkerungsbezogene Längsschnittstudie des Ludwig Boltzmann-Instituts für Altersforschung am Wiener Donauspital (SMZ-Ost; Vienna-Transdanube-Aging [VITA] Studie; Leitung: Prof. Dr. Karl Heinz TRAGL) erforscht in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen im In- und Ausland seit dem Jahr 2000 Epidemiologie, Risiko- und Schutzfaktoren der Demenz.[610] Und zwar wurden vom Mai 2000 bis November 2002, d. h. innerhalb eines Zeitraumes von zweieinhalb Jahren, alle 75-jährigen EinwohnerInnen des 21. und 22. Wiener Gemeindebezirks zur Basisuntersuchung eingeladen. Insgesamt wurde mit 1.505 Personen (60 Prozent Frauen, 40 Prozent Männer) persönlicher Kontakt aufgenommen. 606 Personen haben sich der Basisuntersuchung unterzogen. Erhoben wurden psychosoziale Daten, Blutbefunde, des Weiteren wurden psychologische, psychiatrische und neurologische Untersuchungen sowie eine Magnetresonanz-Untersuchung durchgeführt. Eine erste Nachuntersuchung fand von Dezember 2002 bis Mai 2005 statt. Die Wiederteilnahme der zu diesem Zeitpunkt nunmehr 78-jährigen StudienteilnehmerInnen war mit 82 Prozent sehr hoch (6 Prozent waren verstorben). Seit Juni 2005 (5 Jahre nach Beginn der Studie) findet die zweite Nachuntersuchung statt.

Zum Zeitpunkt der *Basisuntersuchung* waren 96 Prozent der StudienteilnehmerInnen nicht dement, bei 4 Prozent wurde (nach internationalen Kriterien) eine Demenz festgestellt. 89 Prozent der Erkrankten hatten eine Alzheimer-Demenz. 53 Prozent der TeilnehmerInnen an der Basisuntersuchung waren geistig völlig gesund, 47 Prozent wiesen leichte kognitive Beeinträchtigungen (MCI = Mild Cognitive Impairment) auf. Geschlechtsspezifische Angaben wurden bisher nicht präsentiert.

Die *erste Nachuntersuchung* ergab, dass von den zum Zeitpunkt der Basisuntersuchung nicht dementen StudienteilnehmerInnen 19 Prozent innerhalb von zweieinhalb Jahren eine Demenz entwickelten (bei 15 Prozent wurde eine beginnende Demenz festgestellt, 4 Prozent waren bei der ersten Nachuntersuchung deutlich dement). Als ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz erwiesen sich Depressionen. Während bei Personen, die noch nie in ihrem Leben an einer Depression erkrankt waren, das Risiko, innerhalb von zwei Jahren eine Demenz zu entwickeln, bei 11 Prozent lag, war bei den zum Zeitpunkt der Basisuntersuchung intellektuell gesunden WienerInnen, die schon früher an einer Depression erkrankt waren oder bei denen im Rahmen der Basisuntersuchung erstmals eine Depression diagnostiziert wurde, das Risiko, eine Demenz zu entwickeln, doppelt so hoch (22 Prozent).

Leichte kognitive Beeinträchtigungen (auch umschrieben mit dem Begriff der „gutartigen Altersvergesslichkeit“) finden sich in der älteren Bevölkerung häufig.[611] So z. B. berichteten im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 von den 60- bis 74-Jährigen 9,2 Prozent der Frauen und 8,3 Prozent der Männer über Gedächtnisschwäche bzw. Konzentrationsstörungen, bei den 75-Jährigen und älteren stieg der Anteil der Betroffenen bei den Frauen auf 21,3 Prozent bei den Männern auf

610 VITA (Vienna Transdanubien Aging) – Studie, Presse-Info (o. J.).
611 KRUSE, GROB (2002), S. 18.

meinen Gesundheit von DemenzpatientInnen und aufgrund besserer Behandlungsmöglichkeiten, ist derzeit von einer durchschnittlichen Dauer der Alzheimer Demenz von etwa 10 Jahren und der vaskulären Demenz von etwa 8 Jahren auszugehen. Vor allem im fortgeschrittenen Stadium lässt sich bei Demenz eine Heimunterbringung meist nur schwer vermeiden. Allein Lebende, bei denen eine Demenz auftritt, müssen bereits in Heimen untergebracht werden, bevor sie regelmäßige Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens brauchen.

Beratung und Stützung pflegender Angehöriger

Demenzkranke haben hohen Betreuungs- und Hilfebedarf. Damit DemenzpatientInnen (zumindest eine Zeit lang) zu Hause gepflegt werden können, ist die Beratung und Stützung pflegender Angehöriger (durch Bereitstellung von Beratungsangeboten, Gesprächskreisen, ambulanten Diensten wie etwa Hauskrankenpflege, Heimhilfe, etc.) besonders wichtig. Entlastend für die Pflegenden sind vor allem Kurzzeit-, Urlaubs-, Tagespflege und ev. auch Nachtbetreuung. Eine zeitweise Entlastung pflegender Angehöriger kann wesentlich dazu beitragen, die Institutionalisierung hinauszuschieben oder zu vermeiden.

Schwierigkeiten entstehen oft durch falsches Verhalten der Angehörigen. Die PatientInnen reagieren dann gereizt und aggressiv oder depressiv und ziehen sich zurück. Aufklärung und Beratung von Angehörigen, die Demenzkranke betreuen und pflegen, ist besonders wichtig. Auch Selbsthilfegruppen leisten einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Schwierigkeiten bei der Pflege von Demenzkranken.

5.8.11 Depression

Verbreitung

Depressionen gehören neben der Demenz zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Ebenso wie im jüngeren und mittleren Alter treten sie auch im höheren bei Frauen häufiger als bei Männern auf.[616] US-amerikanische Studien ermittelten für schwere Depressionen bei älteren Menschen eine Prävalenz von ca. 4 Prozent, mindestens weitere 10 bis 15 Prozent der Betagten leiden an mittelschweren und leichteren Krankheitsformen. Für die Dysthymie wurde eine Prävalenz von rund 2 Prozent festgestellt.[617] Nach den Ergebnissen der VITA Studie des Ludwig Boltzmann-Instituts für Altersforschung am Wiener Donauspital leiden 16,5 Prozent der 75-Jährigen (aus den Wiener Bezirken Floridsdorf und Donaustadt) an einer Depression, bei 5,6 Prozent wurde ein Depressions-Vorstadium diagnostiziert. Die Studie verweist auf eine Zunahme der Depressionen mit höherem Alter. Bei der ersten Nachuntersuchung (nach 30 Monaten) waren von den nunmehr 78-Jährigen bereits 28,3 Prozent deutlich depressiv, bei 15,0 Prozent wurde ein Depressions-Vorstadium diagnostiziert. Zudem zeigte sich, dass an Depressionen Erkrankte ein deutlich erhöhtes Risiko haben, später an einer Demenz zu erkranken.[618]

In der Berliner Altersstudie betrug bei den untersuchten 70- bis 100-Jährigen die Prävalenz depressiver Störungen 9,1 Prozent, davon litten 4,8 Prozent an einer Major depression.[619] Häufig bei älteren Menschen sind Störungen mit subdiagnostischer Symptomatik, die sich auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen, das Krankheitserleben (vor allem das Schmerzerleben), die Lebenseinstellung und das persönliche Altersbild auswirken. In der Berliner Altersstudie wurden bei rund 18 Prozent der 70 bis 100-Jährigen Depressionen mit subdiagnostischer Symptomatik festgestellt. 13,2 Prozent gaben Lebensüberdruss an, 1,2 Prozent hatten Selbstmordgedanken.[620] Besonders hohe Anteile an depressiv Erkrankten finden sich unter HeimbewohnerInnen, SpitalspatientInnen sowie unter PatientInnen in Hausarztpraxen.[621]

Ursachen und Therapie

Die *Ursachen der Depression* im Alter unterscheiden sich nicht grundsätzlich von jenen im mittleren Alter. Allerdings sind im Alter Belastungen aufgrund von

616 BENAZZI (1999); BIRKHÄUSER (2002).
617 BUSSE, BLAZER (1995).
618 VITA (Vienna Transdanubien Aging) – Studie, Presse-Info (o. J.), S. 5.
619 LINDEN et al. (1998).
620 HELMCHEN et al. (1996).
621 JACOBY (1997).

von Pflegeeinrichtungen (Depressionen, Demenzerkrankungen, Inkontinenz, Medikamenten- und Alkoholmissbrauch, soziale Isolation, Aggressionen, etc.) stellen das Personal vor große Herausforderungen.

Wien hat neben Salzburg die von allen Bundesländern höchste Versorgungsdichte mit Heimplätzen, am niedrigsten ist sie im Burgenland.[625] Die Klientel der stationären Einrichtungen der Altenhilfe ist überwiegend weiblich. Das heißt, die in stationären Einrichtungen (insbesondere im Pflegebereich) vorfindbaren Probleme betreffen vor allem Frauen.

In Wien stehen in den 31 städtischen Wiener Pensionistenwohnhäusern des Kuratoriums der Wiener Pensionistenheime rund 7.700 Wohnplätze und 1.750 Plätze auf Pflegestationen zur Verfügung. Die einzelnen Heime haben zwischen 220 und 300 Plätze. Gleichzeitig wird für die Inanspruchnahme von 37 Wohn- und Pflegeheimen verschiedener nicht öffentlicher Träger bei unzureichenden Einkommensverhältnissen der BewohnerInnen ein Kostenzuschuss gewährt. Der Antrag ist beim Fonds Soziales Wien zu stellen, Heimaufsicht und Qualitätssicherung liegen bei der Magistratsabteilung 15. Insgesamt stehen hier 5.300 Wohn- und Pflegeplätze zur Verfügung. Die Zahl der Plätze pro Heim liegt zwischen 20 und 430. Träger sind die Barmherzigen Brüder, die Caritas der Erzdiözese Wien, die Caritas Socialis, die Franziskanerinnen, das Haus der Barmherzigkeit, etc. Im Jahr 2004 wurden 7.117 KlientInnen in den vom Fonds Soziales Wien geförderten Wohn- und Pflegeheimen an insgesamt 1.731.613 Verpflegungstagen betreut (das bedeutet durchschnittlich 243,3 Verpflegungstage pro KlientIn); rund drei Viertel der KlientInnen waren Frauen.[626] Zusätzlich gibt es in Wien eine Reihe privater Wohn- und Pflegeheime ohne Förderung.

Des Weiteren stehen in den acht in Wien vom Wiener Krankenanstaltenverbund (WKAV) betriebenen Geriatriezentren rund 4.900 Pflegeplätze zur Verfügung. Weitere 840 Plätze befinden sich in den ebenfalls vom KAV betriebenen Geriatriezentren in Niederösterreich (Ybbs, Klosterneuburg, St. Andrä). In einzelnen Pflegeheimen besteht die Möglichkeit einer auf fünf Wochen beschränkten Urlaubsbetreuung sowie einer auf drei Monate beschränkten Kurzzeitpflege.

Im Folgenden wird auf einzelne Problembereiche, die ältere Menschen in stationären Einrichtungen (aber auch außerhalb) betreffen, und zwar die Themen Gewalt gegenüber Älteren, Medikamentenversorgung und -missbrauch sowie Alkoholkonsum und -abhängigkeit eingegangen. Bei allen drei Themen handelt es sich um stark tabuisierte Bereiche, für die keine systematischen Erfahrungswerte für Wien (und Österreich) zur Verfügung stehen. Es ist daher erforderlich, auf Ergebnisse aus Untersuchungen im Ausland zurückzugreifen. Erwähnt sei, dass auch im Ausland nur wenige Untersuchungen zu den angeführten Themen vorliegen.

Gewalt

Nach bekannt werden von Vorfällen rücken Missstände in den Pflegheimen in den Medien und in der politischen Diskussion kurzzeitig immer wieder in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sind aber bisher in Wien (und Österreich) kaum Gegenstand wissenschaftlicher Analysen. Insbesondere gilt dies für Gewalt von Pflegenden gegenüber älteren Menschen. Aber auch in anderen Ländern liegt, z. T. zurückzuführen auf den schwierigen Zugang zu zuverlässigen Daten in diesem Bereich, nur eine begrenzte Zahl wissenschaftlicher Untersuchungen vor.[627]

Prävalenz und Erscheinungsformen von Gewalt

Gewalt, wobei nicht nur Gewalt von Pflegenden gegenüber älteren Menschen, sondern unter Umständen auch Gewalt älterer Menschen gegenüber Pflegenden und gegenüber MitbewohnerInnen eine Rolle spielt, kann verschiedene **Erscheinungsformen** annehmen. Gewalt kann sich sowohl auf *körperlicher* als auch auf *psychischer* Ebene manifestieren, sich auf aktives Handeln, oder das Unterlassen erforderlicher Handlungen beziehen. Sie kann sowohl die Form einer *Misshandlung* als auch der *Vernachlässigung* annehmen. Bei 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, aufgrund von Personalmangel zu einer bestimmten Zeit ins Bett zu gehen).

625 ÖBIG (2004a), S. VII.
626 FONDS SOZIALES WIEN (2005), S. 76 ff.
627 Vgl. dazu SOWARKA et al. (2002), S. 26.

Die Gewalthandlung kann in aggressiver Absicht oder ohne solche erfolgen. Letzteres scheint in der Altenpflege eher der Fall zu sein.[628]

Über die Prävalenz der Gewalt in stationären Einrichtungen der Altenhilfe ist wenig bekannt. In einer schriftlichen Befragung von 499 Pflegepersonen in stationären Einrichtungen in zwei schwedischen Städten gaben 11 Prozent an, von einer Misshandlung zu wissen, 2 Prozent haben ihren eigenen Angaben nach schon selbst einmal Gewalt gegenüber älteren Menschen ausgeübt.[629]

Aufgrund schriftlicher Befragung von Pflegenden in Altenheimen kristallisieren sich folgende Ergebnisse heraus: Physische Misshandlung ist seltener als verbale. Gewalt gegenüber HeimbewohnerInnen wird vor allem angewendet, um Arbeiten (Intimpflege, Essen verabreichen, Ankleiden, Medikamente verabreichen) schneller zu erledigen. Verbale Aggressionen werden zum Teil als „normal" bzw. gerechtfertigt angesehen. Sedierung und Fixierungsmaßnahmen werden vorwiegend unter dem Aspekt der Verletzung der Aufsichtspflicht in Erwägung gezogen. Auch subtilere Formen der Gewaltanwendung z. B. in Form von Bewegungseinschränkung (etwa wenn Personen, die auf Hilfe angewiesen sind, nicht aus dem Bett oder Sessel geholfen wird) kommen vor. **Gewaltopfer** sind vor allem hochaltrige, bescheidene, autoritätshörige Frauen,[630] kognitiv beeinträchtigte Frauen mit schlechtem Gesundheitszustand bzw. hochaltrige Menschen, die aufgrund starker körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung hohen Pflegeaufwand haben.[631]

Ursachen von Gewalt (Beispiele)

Überforderung und Stress spielen als Ursachen von Gewalt in Pflegesituationen eine wichtige Rolle. Gewaltanwendung ist in diesem Fall eine extreme Reaktion auf die mit der Pflegetätigkeit einhergehenden Belastungen, deren Ursachen individueller (z. B mangelnde Kompetenz im Umgang mit Stress und Konflikten, schlechte Ausbildung, Belastungen aufgrund familiärer Konflikte) und/oder institutioneller Natur (fehlendes oder schlechtes Management, Personalmangel, etc.) sein können. Stress führt auch häufig zu mangelnder Wahrung der Intimsphäre der zu Pflegenden und verhindert Zuwendung und emotionale Nähe.[632]

Persönlichkeitsstruktur der Pflegeperson: Viele Gewalthandlungen sind in der Persönlichkeit des Täters bzw. der Täterin begründet. Dazu zählen ein Mangel an impulsiver Kontrolle (d. h. schnell aufbrausende Charaktere), eigene Gewalterfahrungen in der Kindheit, Suchterkrankungen, mangelndes Einfühlungsvermögen, geringe Berufsmotivation, negative Einstellungen zur Pflege und älteren Menschen, Gleichgültigkeit, Angewiesensein auf das Geld bei fehlender Motivation, Verkennen der Bedürfnisse älterer Menschen, das Gefühl, ältere Menschen erziehen zu müssen, etc. Ein Beziehungsgefüge von Macht und Ohnmacht disponiert zu Beziehungsdynamiken, die zu Misshandlung oder Vernachlässigung führen.

Gewalt fördernde strukturelle und subkulturelle Orientierungen: DIESSENBACHER und SCHÜLLER[633] kommen aufgrund einer Analyse von vier Gerichtsakten, Gewalttätigkeiten in Heimen in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland betreffend, zu dem Ergebnis, dass Gewaltanwendung nicht von der Institution, in der sie stattfindet, getrennt werden kann. Gewalthandlungen entstehen oft in einem Milieu, das solche Handlungen fördert, sie für notwendig erachtet, entschuldbar macht, sie leugnet oder umdeutet, in dem sich Zeugen passiv verhalten bzw. zu Komplizen werden. Mangelnde formelle und informelle Kontrolle, informelles Tolerieren bestimmter Umgangsformen mit den Pflegebedürftigen, mangelnde Kompetenzen des Führungspersonals, Gewalthandlungen zu erkennen, mangelnde Heimaufsicht können Gewaltanwendung begünstigen.[634]

Mangelnde Ausbildung und Unterstützung: Fachliche und soziale Kompetenz können wesentlich zur Verhin-

628 BMFSFJ (2002), S. 281.
629 SAVEMANN, ASTRÖM et al. (1998).
630 Vgl. dazu auch BMFSFJ (2002), S. 281.
631 SAVEMANN, ASTRÖM et al. (1998).
632 SOWARKA et al. (2002).
633 DIESSENBACHER, SCHÜLLER (1993).
634 http://ahz-ochs.de/pdf_dateien/gewalt_pflege.pdf

derung von Gewalt beitragen. Supervision gilt als wichtiges Instrument, Burnout zu verhindern, das ebenfalls ein Risikofaktor für Gewaltanwendung ist.

Meist sind *mehrere Ursachen*, die sich zum Teil gegenseitig verstärken, am Entstehen von Gewalt beteiligt. So kommt SCHNEIDER[635] aufgrund einer schriftlichen Befragung von 205 Personen (HeimleiterInnen und Pflegepersonal) in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu dem Schluss, dass das Zusammentreffen ungünstiger MitarbeiterInnenprofile mit bestimmten strukturellen Charakteristika des Heimes die Gewaltbereitschaft erhöht. Die Anwendung von Gewalt (es handelte sich vorwiegend um psychosoziale Gewalt, die sich in unterschiedlichen Formen manifestierte) korreliert mit niedrigem Lebensalter der MitarbeiterInnen, geringer Motivation zur Weiterbildung, geringer Arbeitszufriedenheit, Lebensproblemen der MitarbeiterInnen, der Heimgröße sowie einer unzureichenden Personalausstattung im Heim. Festgestellt wurden auch Zusammenhänge zwischen dem Sozialverhalten von HeimbewohnerInnen und MitarbeiterInnen. Dies lässt vermuten, dass die Gewalttätigkeit einer Personengruppe auch Gewalt in anderen Personengruppen fördert und prosoziales Verhalten behindert.

Medikamentenversorgung

Der Konsum von Medikamenten spielt bei älteren Menschen eine bedeutsame Rolle. Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 haben von den in Privathaushalten lebenden Personen in Wien ab 75 Jahren in den beiden letzten zwei Wochen vor der Befragung 87,1 Prozent der Frauen und 84,9 Prozent der Männer eines (oder mehrere) Medikamente eingenommen.[636] Am häufigsten werden von den älteren Menschen Medikamente gegen Bluthochdruck eingenommen: Von den 75-Jährigen und Älteren waren es in den letzten zwei Wochen vor der Befragung 38,9 Prozent der Frauen und 41,1 Prozent der Männer.

Besonderheiten der Medikation im Alter

Die medikamentöse Therapie unterliegt beim älteren Menschen einer Reihe von Besonderheiten. Zu beobachten sind verstärkte bzw. veränderte Wirkungen von Arzneimitteln, die auf Veränderungen in der Pharmakokinetik (Resorption, Transport, Stoffwechsel und Ausscheidung eines Arzneimittels) und Pharmakodynamik (Wirkung des Arzneimittels auf den Organismus und seine Funktion) zurückzuführen sind. Im Alter nimmt die Funktion der die Arzneimittel eliminierenden Organe ab. Aufgrund der Multimorbidität müssen ältere Menschen meist mehrere Medikamente einnehmen, wodurch das Risiko von Wechselwirkungen von Medikamenten steigt. Was die Pharmakodynamik betrifft, so kann es im höheren Alter aufgrund eingeschränkter Regulationsmechanismen und veränderter Empfindlichkeiten auf Rezeptorebene zu qualitativ und quantitativ veränderten Arzneimittelwirkungen kommen.[637] Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Tatsache, dass bisher eine systematische Untersuchung möglicher geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Wirkung von Arzneimitteln in den Zulassungsverfahren weitgehend fehlt.[638]

Von besonderer Bedeutung ist bei der Medikation im Alter die Compliance, d. h. die Befolgung des ärztlichen Rats in Bezug auf die Medikamenteneinnahme. Zwar wird die überwiegende Mehrheit durch den Arzt bzw. die Ärztin bzw. in der Apotheke darüber aufgeklärt, wie die Medikamente einzunehmen sind. So gaben im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey von den 75-Jährigen und Älteren 96,0 Prozent der Frauen und 92,1 Prozent der Männer an, vom Arzt aufgeklärt worden sein, wie die Medikamente eingenommen werden müssen. Eine Aufklärung über Nebenwirkungen der einzunehmenden Medikamente durch den Arzt bzw. die Ärztin erhielten von den 75-Jährigen und Älteren jedoch nur die Hälfte der Frauen (50,8 Prozent) und 38,9 Prozent der Männer. Schwierigkeiten bei der praktischen Handhabung von Medikamenten, Medikamentennebenwirkungen, kognitive Einschränkungen, Sehbehinderungen, aber auch die Art der Aufbereitung der Medikamente durch die Industrie können bei älteren Menschen zu beachtlichen Abweichungen zwischen Verordnung und Einnahme von Medikamenten führen. Die Komplexität der Dosierungsschemata und die Zahl der einzunehmenden Medikamente wirken sich ebenfalls auf die Compliance aus.[639]

635 SCHNEIDER (1990).
636 STADT WIEN (2001), S. 156.
637 MÖRIKE, SCHWAB (2000).
638 THÜRMANN (2002).

Die Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung" in Nordrhein-Westfalen bemängelte bei älteren Frauen ein hohes Ausmaß an Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Medikamenten von mit zum Teil schwerwiegenden Folgen.[640] Laut Berliner Altersstudie[641] ist die Prävalenz der **Untermedikation**, definiert als mindestens eine unbehandelte, prinzipiell aber medikamentös behandelbare Erkrankung mittleren oder schwereren Grades, bei Frauen und Männern ähnlich häufig und nimmt mit dem Alter signifikant zu. Am häufigsten unterbehandelt blieben von den körperlichen Erkrankungen Hypertonie, Hyperlipidämie, Herzinsuffizienz und Diabetes mellitus.

Ca. jede fünfte Person ab 70 Jahren wurde mit mindestens einem nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeigneten Medikament behandelt, das entweder überhaupt nicht (z. B. Resperin, Diazepam), in niedriger Dosierung (Hydrochlorothiazid) oder nur über einen kürzeren Zeitraum (Oxazepam, Ranitidin) bei der Behandlung älterer Menschen eingesetzt werden sollte. Während die **Fehlmedikation** bei den Männern mit zunehmendem Alter rückläufig war, nahm sie bei den Frauen gering zu. Sie war bei hochaltrigen Frauen (ab 85 Jahren) deutlich häufiger als bei hochaltrigen Männern.

Die **Übermedikation**, d. h. das Vorhandensein mindestens einer ärztlichen Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder nicht eindeutig indiziert ist, ist bei Frauen etwas seltener als bei Männern. Sie nimmt bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter leicht zu. Die häufigsten nicht indizierten oder kontraindizierten ärztlich verordneten Medikamente waren Psychopharmaka, Magen-Darm-Mittel und Diuretika.

Im Vergleich zu den 70- bis 84-Jährigen war die Prävalenz von fünf und mehr **unerwünschten Arzneimittelwirkungen** bei den hochaltrigen Männern und Frauen (ab 85 Jahren) deutlich erhöht und hier bei beiden Geschlechtern gleich häufig.

Kein einheitlicher Alters- und Geschlechtertrend fand sich bei der **Multimedikation**. Die Prävalenz von fünf und mehr Medikamentenverordnungen nimmt im hohen Alter bei den Männern zu, bei den Frauen eher ab.

Tabelle 5.47: Ausgewählte Indikatoren der Berliner Altersstudie zur Medikation im Alter nach Geschlecht

	70- bis 84-Jährige		85-Jährige und Ältere	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	Prozent			
Untermedikation[1]	*10,9*	*9,3*	*17,1*	*17,8*
Übermedikation[2]	*12,4*	*15,5*	*15,5*	*20,9*
Fehlmedikation[3]	*17,8*	*19,4*	*20,9*	*10,9*
mindestens fünf Befunde unerwünschter Arzneimittelwirkung[4]	*22,5*	*15,5*	*30,2*	*31,0*
Multimedikation[5]	*39,5*	*34,1*	*35,7*	*42,6*

1 Mindestens eine unbehandelte, prinzipiell aber medikamentös behandelbare Erkrankung mittleren oder schwereren Grades.
2 Mindestens eine ärztliche Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder nicht eindeutig indiziert ist.
3 Mindestens ein nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeignetes Medikament.
4 Laborchemische oder funktionsdiagnostische Befunde.
5 Fünf oder mehr ärztlich verordnete Medikamente.

Quelle: STEINHAGEN-THIESSEN, BORCHELT (1996), S. 167.

639 FINDL et al. (1997).
640 THÜRMANN (2002).
641 STEINHAGEN-THIESSEN, BORCHELT (1996).

Medikamenteneinnahme in den Altenheimen

Eine repräsentative Studie an ca. 2000 Alten- und AltenpflegeheimbewohnerInnen in Mannheim stellte eine besonders hohe Unterversorgung bei Depressionen fest. Nur ein Drittel der HeimbewohnerInnen, die an Depressionen litten, hatten medikamentöse und sonstige Behandlung.[642] Eine nicht unerhebliche Rolle nehmen bei älteren Menschen (insbesondere bei Frauen) Beruhigungs- und Schlafmittel ein. Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 haben in den letzten zwei Wochen vor der Befragung von den in Privathaushalten lebenden 75-Jährigen und Älteren 15,0 Prozent der Frauen und 12,9 Prozent der Männer Schlafmittel sowie 12,1 der Frauen und 3,0 Prozent der Männer Beruhigungsmittel genommen.[643] Nicht nur in Wien und Österreich, sondern auch in anderen Ländern findet sich bei älteren Menschen ein auffälliger Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Eine Untersuchung in der Schweiz zeigt, dass diese Mittel, die überwiegend der Gruppe der Benzodiazepine angehören und abhängig machen können, meist über mehrere Jahre (manchmal über 20 Jahre) genommen werden, obwohl sie generell nur für kurzfristige Behandlungen vorgesehen sind. Die Medikamente wurden vorwiegend von ÄrztInnen verschrieben, übermäßige Dosierungen kamen allerdings selten vor.[644] Ein solcher Dauergebrauch in meist normaler Dosierung wird bei älteren Menschen in vielen Ländern beobachtet und als „low-dose"-Abhängigkeit bezeichnet.

Von den in der Berliner Altersstudie erfassten 70-Jährigen und Älteren wurden 24,6 Prozent mit Psychopharmaka behandelt, über die Hälfte davon (13,2 Prozent) entfielen auf Benzodiazepin-Anxiolytika. Etwa 90 Prozent der mit Benzodiazepinen Behandelten nahmen diese Arzneimittel als Dauermedikation (länger als sechs Monate) und etwa die Hälfte täglich ein.[645]

Verordnung und Einnahme von Benzodiazepinen nehmen im höheren Alter, insbesondere bei Frauen, deutlich zu.[646] Wie die Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung" in Nordrhein-Westfalen feststellt, passiert dies oft ohne Vorliegen einer abgesicherten Diagnose, sondern vielmehr wegen allgemeiner Befindlichkeitsstörungen. Angeführt wurden auch zahlreiche Beispiele für Über- bzw. Fehlversorgungen in Altenheimen, die auf mangelnde Berücksichtigung der besonderen Situation und Bedürfnisse insbesondere älterer Frauen bei der Dosierung und Kombination von Wirkstoffen zurückzuführen waren.[647]

Eine besonders hohe Einnahme von Psychopharmaka findet sich bei PatientInnen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe: In der vorhin zitierten Studie an nahezu 2000 BewohnerInnen von Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen lag die Prävalenz des Benzodiazepingebrauchs (bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen) bei 15,6 Prozent. Nahezu zwei Drittel nahmen diese Medikamente (bezogen auf einen Zeitraum von sechs Monaten) täglich ein. Die durchschnittliche Diazepam-Äquivalenzdosis betrug 8,8 mg.[648] Abgesehen von der Gefahr der Abhängigkeit besteht aufgrund der Multimedikation die Gefahr zahlreicher Neben- und Wechselwirkungen. So kommt es bei Frauen in Altenheimen aufgrund überlanger Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln häufig zu Kreislaufstörungen, Müdigkeit, Schwindel, Gangunsicherheit mit Sturzgefahr bzw. zu oft fatal endenden Stürzen. Darüber hinaus dämpft die häufige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln mit der Zeit die Wahrnehmungsfähigkeit.[649]

Praxisbeispiele zeigen, dass ein gutes Qualitätsmanagement in den Heimen wesentlich zur Reduzierung der Verordnung von Psychopharmaka beitragen kann. In einer australischen Interventionsstudie konnte durch pharmazeutische Beratung in Heimen eine Reduktion psychoaktiver Medikamente um 10 Prozent und von Antidepressiva um 20 Prozent erreicht werden, was abgesehen von den Vorteilen für die älteren Menschen,

642 WEYERER (2002).
643 STADT WIEN (2001), S. 156.
644 MAFFLI (2000).
645 HELMCHEN et al. (1996).
646 WEYERER, DILLING (1991); GEISELMANN, LINDEN (1991).
647 Zitiert nach „informiert! Nr. 8 (2004).
648 WEYERER (2003).
649 WEYERER, SCHÄUFELE, ZIMBER (1999); THÜRMANN (2002).

trotz anfallender Beratungskosten, auch zu finanziellen Einsparungen führte.[650]

Eine Untersuchung des (Landesinstitut für öffentlichen Gesundheitsdienst) lögd in Altenheimen in Deutschland stellte bei der Hälfte der untersuchten Heime keine Fehler bezüglich der Medikamentenverabreichung fest, bei ca. 30 Prozent der Heime war eine geringe Fehlerzahl vorhanden, bei etwa 20 Prozent war die Qualität verbesserungswürdig. Es zeigte sich, dass Kommunikationsprobleme in Heimen (wie unzureichende Absprachen, unklare Verantwortlichkeiten bei der Zusammenstellung von Arzneimitteln) die Qualität der Arzneimittelversorgung von HeimbewohnerInnen gefährden. Zu Problemen kam es aufgrund mangelnder Kommunikation zwischen Pflegekräften und behandelnden ÄrztInnen vor allem bei der Änderung der Medikation. Auch unzureichender Informationsaustausch zwischen den behandelnden ÄrztInnen kann gefährliche Folgen haben. Organisatorische Maßnahmen, Veränderungen in den Kommunikationsabläufen, qualitätssichernde Maßnahmen in den Heimen können wesentlich zur Verbesserung der Situation beitragen. Dazu gehören unter anderem das tägliche Zusammenstellen der Medikamente (anstatt des wöchentlichen), das Führen einer zentralen und stets aktuellen Medikationsdatei (statt verschiedener Listen) sowie die Überprüfung der zusammengestellten Arzneimittel durch eine zweite Person.[651]

Ebenso empfiehlt die „Enquete-Kommission" für Nordrhein Westfalen durch Veränderungen der Rahmenbedingungen in den Heimen die Verabreichung psychotroper Medikamente zu verringern und durch Qualitätssicherungsmaßnahmen Unter-, Über- und Fehlversorgung mit Medikamenten zu vermeiden. Dabei sind auch die ÄrztInnen aufgerufen, ihre bisherige Verschreibungspraxis kritisch zu hinterfragen. Gleichzeitig können geschlechtssensible Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Qualitätsmängeln bei der Medikation leisten.

Alkoholkonsum und -abhängigkeit

Alkoholkonsum und -abhängigkeit nehmen mit zunehmendem Alter ab.[652] So etwa wurde in der Oberbayerischen Feldstudie ein Rückgang des Alkoholismus von 4,6 Prozent bei den 45- bis 64-Jährigen auf 2,4 Prozent bei den 65-Jährigen und Älteren festgestellt.[653] In der Berliner Altersstudie wurde bei 1,1 Prozent der 70-Jährigen und Älteren Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit ermittelt. Ältere Frauen sind im Vergleich zu älteren Männern seltener von Alkoholabhängigkeit betroffen. HILL et al.[654] stellten bei 65- bis 75-Jährigen PatientInnen in Lübecker Hausarztpraxen eine Prävalenz von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit bei den Frauen von 3,2 Prozent und bei den Männern von 7,7 Prozent fest.

Als Ursachen für den insgesamt geringeren Anteil Alkoholabhängiger unter älteren Menschen werden die geringere Lebenserwartung von Alkoholikern, die Tatsache, dass altersbedingte Veränderungen des Stoffwechsels zu einer Abnahme der Alkoholtoleranz führen sowie die im Alter häufig auftretenden gesundheitlichen Beschwerden und chronischen Erkrankungen, die zu einer Reduktion des Alkoholkonsums führen, genannt.[655]

Trotzdem spielt der Alkoholkonsum (insbesondere bei den Männern) auch im Alter eine Rolle. So z. B. trinken in Wien von den 75-Jährigen und Älteren 4,8 Prozent der Männer täglich einen halben bis zu einem Liter Bier und 13,3 Prozent täglich ein viertel zu einem halben Liter Wein.[656] Die relative Abnahme des Körperwassers im höheren Alter, in dem sich Alkohol als wasserlösliche Substanz verteilt, führt bereits bei kleineren Alkoholmengen zu einem höheren Blutalkoholspiegel. Aufgrund der erhöhten Sensitivität des Gehirns im Alter gegenüber Alkohol weisen ältere Menschen selbst bei sinkenden Trinkmengen eine erhöhte Schädigung des zentralen Nervensystems auf.

650 Zitiert nach THÜRMANN (2002).
651 BADER et al. (2003).
652 ROBINS, REGIER (1991).
653 DILLING, WEYERER (1984).
654 HILL et al. (1998).
655 FEUERLEIN (1995).
656 STADT WIEN (2001), S. 141 ff.

derung von Gewalt beitragen. Supervision gilt als wichtiges Instrument, Burnout zu verhindern, das ebenfalls ein Risikofaktor für Gewaltanwendung ist.

Meist sind *mehrere Ursachen*, die sich zum Teil gegenseitig verstärken, am Entstehen von Gewalt beteiligt. So kommt SCHNEIDER[635] aufgrund einer schriftlichen Befragung von 205 Personen (HeimleiterInnen und Pflegepersonal) in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu dem Schluss, dass das Zusammentreffen ungünstiger MitarbeiterInnenprofile mit bestimmten strukturellen Charakteristika des Heimes die Gewaltbereitschaft erhöht. Die Anwendung von Gewalt (es handelte sich vorwiegend um psychosoziale Gewalt, die sich in unterschiedlichen Formen manifestierte) korreliert mit niedrigem Lebensalter der MitarbeiterInnen, geringer Motivation zur Weiterbildung, geringer Arbeitszufriedenheit, Lebensproblemen der MitarbeiterInnen, der Heimgröße sowie einer unzureichenden Personalausstattung im Heim. Festgestellt wurden auch Zusammenhänge zwischen dem Sozialverhalten von HeimbewohnerInnen und MitarbeiterInnen. Dies lässt vermuten, dass die Gewalttätigkeit einer Personengruppe auch Gewalt in anderen Personengruppen fördert und prosoziales Verhalten behindert.

Medikamentenversorgung

Der Konsum von Medikamenten spielt bei älteren Menschen eine bedeutsame Rolle. Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 haben von den in Privathaushalten lebenden Personen in Wien ab 75 Jahren in den beiden letzten zwei Wochen vor der Befragung 87,1 Prozent der Frauen und 84,9 Prozent der Männer eines (oder mehrere) Medikamente eingenommen.[636] Am häufigsten werden von den älteren Menschen Medikamente gegen Bluthochdruck eingenommen: Von den 75-Jährigen und Älteren waren es in den letzten zwei Wochen vor der Befragung 38,9 Prozent der Frauen und 41,1 Prozent der Männer.

Besonderheiten der Medikation im Alter

Die medikamentöse Therapie unterliegt beim älteren Menschen einer Reihe von Besonderheiten. Zu beobachten sind verstärkte bzw. veränderte Wirkungen von Arzneimitteln, die auf Veränderungen in der Pharmakokinetik (Resorption, Transport, Stoffwechsel und Ausscheidung eines Arzneimittels) und Pharmakodynamik (Wirkung des Arzneimittels auf den Organismus und seine Funktion) zurückzuführen sind. Im Alter nimmt die Funktion der die Arzneimittel eliminierenden Organe ab. Aufgrund der Multimorbidität müssen ältere Menschen meist mehrere Medikamente einnehmen, wodurch das Risiko von Wechselwirkungen von Medikamenten steigt. Was die Pharmakodynamik betrifft, so kann es im höheren Alter aufgrund eingeschränkter Regulationsmechanismen und veränderter Empfindlichkeiten auf Rezeptorebene zu qualitativ und quantitativ veränderten Arzneimittelwirkungen kommen.[637] Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Tatsache, dass bisher eine systematische Untersuchung möglicher geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Wirkung von Arzneimitteln in den Zulassungsverfahren weitgehend fehlt.[638]

Von besonderer Bedeutung ist bei der Medikation im Alter die Compliance, d. h. die Befolgung des ärztlichen Rats in Bezug auf die Medikamenteneinnahme. Zwar wird die überwiegende Mehrheit durch den Arzt bzw. die Ärztin bzw. in der Apotheke darüber aufgeklärt, wie die Medikamente einzunehmen sind. So gaben im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey von den 75-Jährigen und Älteren 96,0 Prozent der Frauen und 92,1 Prozent der Männer an, vom Arzt aufgeklärt worden sein, wie die Medikamente eingenommen werden müssen. Eine Aufklärung über Nebenwirkungen der einzunehmenden Medikamente durch den Arzt bzw. die Ärztin erhielten von den 75-Jährigen und Älteren jedoch nur die Hälfte der Frauen (50,8 Prozent) und 38,9 Prozent der Männer. Schwierigkeiten bei der praktischen Handhabung von Medikamenten, Medikamentennebenwirkungen, kognitive Einschränkungen, Sehbehinderungen, aber auch die Art der Aufbereitung der Medikamente durch die Industrie können bei älteren Menschen zu beachtlichen Abweichungen zwischen Verordnung und Einnahme von Medikamenten führen. Die Komplexität der Dosierungsschemata und die Zahl der einzunehmenden Medikamente wirken sich ebenfalls auf die Compliance aus.[639]

635 SCHNEIDER (1990).
636 STADT WIEN (2001), S. 156.
637 MÖRIKE, SCHWAB (2000).
638 THÜRMANN (2002).

Bei etwa zwei Drittel der älteren Alkoholabhängigen liegt der Beginn des Alkoholmissbrauchs bereits im frühen oder mittleren Erwachsenenalter (*early onset*), bei etwa einem Drittel nach dem 65. Lebensjahr (*late onset*). Als Ursachen für den späten Beginn gelten nach der „Stress-Hypothese des späten Beginns"[657] kritische Lebensereignisse, die typischerweise mit dem höheren Lebensalter einhergehen (Pensionierung, finanzielle Einbußen, Verlust des Partners bzw. der Partnerin, Vereinsamung, etc.).

Alkoholkonsum und -abhängigkeit in Altenheimen

Das Problem des Alkoholkonsums bzw. des Alkoholismus in Altenheimen ist weitgehend tabuisiert und auch kaum erforscht. Studien in Deutschland verweisen auf einen hohen Anteil Alkoholkranker in Alten- und Pflegeheimen. Eine Erhebung bei ca. 2000 HeimbewohnerInnen ergab, dass bei Heimeintritt 3,8 Prozent der Frauen und 19,3 Prozent der Männer alkoholkrank waren.[658] Auch in Wien (und Österreich) dürfte das Problem keineswegs von geringerer Bedeutung sein. Eine längere Zeit zurückliegende Erhebung in den Heimen des Kuratoriums der Wiener Pensionistenheime kam zu dem Ergebnis, dass über die Hälfte der BewohnerInnen (56 Prozent) keinen Alkohol trinkt. Beim Großteil (76 Prozent) jener, die Alkohol zu sich nehmen, ist der Konsum gleich geblieben wie vor Heimeintritt, 8 Prozent haben zu trinken aufgehört, 12 Prozent trinken seither weniger, jedoch haben 4 Prozent seit Heimeintritt den Alkoholkonsum erhöht.[659] Dies bedeutet, dass sich ohnehin schwerkranke, z. T. im Sterben liegende Menschen in Pflegeheimen mit den Problemen konfrontiert sehen, die bei Alkoholabhängigkeit entstehen. Dazu kommt, dass das Personal in den Pflegeeinrichtungen kaum im Umgang mit alkoholkranken Menschen geschult ist.

Behandlung älterer Alkoholabhängiger

Bei älteren Alkoholabhängigen sind Therapien durchaus erfolgreich, vorzeitige Therapieabbrüche kommen bei ihnen sogar seltener vor als bei jüngeren.[660] Mittel- und langfristig ist eine stabile Besserung bei 40 bis 50 Prozent der älteren PatientInnen zu erreichen.[661] Zur Vermeidung von Rückfällen ist es wichtig, nicht nur an den Symptomen, sondern auch an den Ursachen der Alkoholabhängigkeit anzusetzen. Alkoholabhängige SeniorInnen, die Therapiebereitschaft zeigen, sind überwiegend problembewusste ältere Menschen, die häufig von ihrer Familie oder anderen Bezugspersonen in ihrer Motivation bestärkt werden. Allerdings bringen SeniorInnen, die unter verschiedensten Einschränkungen leiden, oft nicht mehr die Kraft und Motivation für eine Entwöhnungsbehandlung auf. Ein Großteil dieser Betroffenen hat keine Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen mehr und lebt in Pflegeheimen. Sie sehen in ihrem Leben keine Perspektive mehr und geben sich mit dem täglichen Alkoholkonsum zufrieden. In solchen Fällen ist eine psychosoziale Rehabilitation erschwert.

Ansätze zur Optimierung der Situation in den Heimen

Das vergangene Jahrzehnt war geprägt von einer intensiven Diskussion über **Strategien zu quantitativen und qualitativen Verbesserungen in der Altenpflege**. Konkrete Maßnahmen wurden in Österreich bereits 1993 durch die 15-a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern eingeleitet, auf welche eine Erarbeitung von Bedarfs- und Entwicklungsplänen zur Vorsorge für pflegebedürftige Menschen in den Bundesländern folgte. Ausgelöst durch das bekannt werden von Missständen in der geriatrischen Versorgung in Wien wurde ein Pflegeombudsmann[662] bestellt. Die Gemeinderätliche Geriatriekommission[663] hat 2004 ein Strategiekonzept „Lebenswertes Altern in Wien – aktiv und selbst bestimmt" erarbeitet, welches am 1. Juli 2004 vom Wiener Gemeinderat beschlossen wurde. Weitere Schritte in Richtung Qualitätsverbesserung im Bereich der stationären Altenpflege stellen zwei Gesetze dar, die im Jahr 2005 beschlossen wurden, nämlich das mit 29. Juni 2005 in Kraft getretene Wiener Wohn- und Pflege-

657 CARACCI, MILLER (1991).
658 WEYERER et al. (1999).
659 ELMADFA, ZARFL, KÖNIG (1996), S. 50.
660 GASTPAR, SCHULZ (1998); FLEISCHMANN (1997).
661 MANN, MUNDLE (1997).
662 http://www.pflegeombudsmann.at
663 http://www.wien.gv.at/advuew/internet/

heimgesetz[664] und das Heimaufenthaltsgesetz, welches mit 1. Juli 2005 rechtsgültig wurde, ein Bundesgesetz, das ebenfalls auf die Verbesserung der rechtlichen Situation von Personen in Betreuungseinrichtungen abzielt.

Das Wiener **Wohn- und Pflegeheimgesetz** definiert klare Qualitätskriterien und sichert damit die Rechte der BewohnerInnen. Ziele sind: die Gewährleistung der angemessenen Betreuung und im Bedarfsfall der angemessenen Pflege der BewohnerInnen der Wiener Wohn- und Pflegeheime; die Wahrung der Menschenwürde, Privatsphäre, Individualität, Selbstbestimmtheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der BewohnerInnen; der Schutz vor Beeinträchtigung der persönlichen, physischen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen und Bedürfnisse der BewohnerInnen; die Sicherstellung der personellen und ausstattungsbezogenen Strukturen der Heime; die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Anforderungen älterer Frauen und Männer. Mit dem neuen Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz wurden erstmals ausdrücklich bestimmte Anforderungen an die Betreiber festgelegt. So müssen zur Transparenz von Leistungsangebot und Organisation eine Betriebs- und Leistungsbeschreibung, eine Heimordnung und Konzepte betreffend Personalausstattung, Pflege sowie medizinische und therapeutische Betreuung vorgelegt werden. Zur Sicherstellung der BewohnerInnenrechte werden Vertrauenspersonen bestellt, bei der Wiener Patientenanwaltschaft eine **Heimkommission** eingerichtet und in größeren Heimen auch **BewohnerInnenvertreterInnen** gewählt. Städtische und private Heime werden weiterhin von der behördlichen Aufsicht (Magistratsabteilung 15) kontrolliert. Unterstützend kann die Heimkommission tätig werden. Werden Mängel festgestellt, so kann die Behörde wie bisher mittels Bescheid deren Behebung auftragen und bei Nichteinhaltung Strafverfahren einleiten oder in schwerwiegenden Fällen Heimschließungen verfügen. Für neu errichtete Heime gelten die Bestimmungen sofort, für bestehende Einrichtungen gibt es Übergangsbestimmungen.

Das **Heimaufenthaltsgesetz** sichert den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Dieses Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Beschränkung der persönlichen Freiheit. Den Betroffenen werden fachkundige, beim Verein für Sachwalterschaft und PatientInnenanwaltschaft angestellte BewohnerInnenvertreterInnen zur Seite gestellt, die in alle Entscheidungen im Zusammenhang mit einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme eingebunden werden müssen. Auf Initiative des Wiener Pflegeombudsmanns[665] und mit finanzieller Unterstützung der Stadt Wien hat der Verein für Sachwalterschaft ein Büro direkt im Geriatriezentrum am Wienerwald bezogen und auch die BewohnerInnenvertretung im Rahmen des Heimaufenthaltsgesetzes übernommen.

Die *Verbesserung der Rahmenbedingungen der Pflege,* auf Mangagement-Ebene, hinsichtlich der Rekrutierung, Qualifikation und der Arbeitsbedingungen des Personals haben sowohl für das Personal als auch die BewohnerInnen positive Auswirkungen.

Wichtig ist in den Heimen die vermehrte *Sensibilisierung des Personals für geschlechtsspezifische Umgangs- und Verhaltensweisen und deren Auswirkungen*: Wichtig ist es, dass das Personal in den Heimen (aber auch im Bereich der teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe) für geschlechtsspezifische Umgangsweisen und deren Auswirkungen (etwa im Bereich der Medikamentenversorgung) sensibilisiert wird. Im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz wird ausdrücklich die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Anforderungen älterer Frauen und Männer gefordert. Eine Bestandsanalyse kann die Entwicklung konkreter Handlungsempfehlungen und deren Umsetzung (z. B. im Bereich der Qualifikation und Weiterbildung des Personals) beschleunigen. Geschlechtssensible Aus-, Fort- und Weiterbildung (dies gilt für alle Professionen) kann den Blick für geschlechtsspezifische Verhaltensweisen schärfen. Auch Heimbeiräte, örtliche Seniorenvertretungen, Angehörige sollten hinsichtlich geschlechtsspezifischer Umgangs- und Verhaltensweisen sensibilisiert werden.

Zur *Gewaltprävention* in den Heimen sind (abgesehen von der Optimierung der organisatorischen Rahmenbedingungen der Pflege) Gesprächskreise, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Schaffung von Möglichkeiten zur Supervision zu empfehlen. Wichtig zur Verhinderung von Gewalt ist die Selbststärkung der Heim-

[664] http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2005/html/lg2005015.htm
[665] http://www.pflegeombudsmann.at

bewohnerInnen (Empowerment). Bestehende Rahmenbedingungen der Pflege spielen dabei eine wichtige Rolle. Entwürdigende Zustände sind schlechte Rahmenbedingungen für Empowerment. Auch qualifizierte Heimbeiräte und ehrenamtlich Tätige können Empowermentprozesse initiieren und damit zur Verbesserung der Betreuung und Pflege älterer Menschen beitragen. Information und Beratung, Selbstbehauptungskurse für BewohnerInnen sind einfache Möglichkeiten, selbst bei schwerer Pflegebedürftigkeit Empowermentprozesse zu fördern.

Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Ausgabe bzw. Verabreichung von Medikamenten, wie z. B. organisatorische Maßnahmen, die Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und ÄrztInnen sowie den behandelnden ÄrztInnen untereinander können einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlmedikation leisten *(siehe oben).*

Bedeutsam ist des Weiteren die Bereitstellung von *Therapiemöglichkeiten für ältere Menschen mit psychosozialen Problemen und Verhaltensstörungen*: Psychosoziale Probleme, Suchterkrankungen älterer Menschen (einschließlich der Alkoholabhängigkeit) werden häufig tabuisiert. Ambulante und stationäre Suchteinrichtungen konzentrieren sich vorwiegend auf jüngere und mittlere Altersgruppen. Dies darf jedoch nicht zur Vernachlässigung älterer Betroffener führen. Wichtig ist die Sensibilisierung der MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Altenhilfe, der Geriatrie und der Suchthilfe für solche Probleme sowie das Aufzeigen bestehender Behandlungsmöglichkeiten. Auch HausärztInnen sollten die Problematik vermehrt ansprechen und über Behandlungsmöglichkeiten aufklären. Eine Spezialisierung von Gerontopsychiatrischen Tageskliniken auf Suchtprobleme älterer Menschen könnte hier einen wichtigen Beitrag leisten. *Wohnmöglichkeiten mit psychosozialer Betreuung* ergänzen das Angebot. Für Menschen, die zeitweilig psychosoziale Betreuung brauchen, sind betreute Wohnmöglichkeiten von Vorteil. Dies trägt einerseits zur Entlastung von Pflegeheimen bei, bietet andererseits Menschen mit sozialen oder psychischen Problemen die Chance für ein weitgehend „normales Leben".

In Zukunft sollte einer *geschlechtersensiblen Forschung im Bereich der Altenhilfe* zu mehr Nachdruck verholfen werden: Bestandsaufnahmen und wissenschaftliche Analysen der Situation in der Altenpflege (sowohl was die dort Tätigen als auch Betreuten betrifft), Forschungen in den Bereichen von Pflege und Therapie, Medikation, etc. können wichtige Hilfestellungen für Optimierungsprozesse bieten. Generell sollten geschlechtsspezifische Auswertungen bei Forschungen, dies gilt auch für den Bereich der Altenhilfe, obligatorisch sein.

Bei etwa zwei Drittel der älteren Alkoholabhängigen liegt der Beginn des Alkoholmissbrauchs bereits im frühen oder mittleren Erwachsenenalter (*early onset*), bei etwa einem Drittel nach dem 65. Lebensjahr (*late onset*). Als Ursachen für den späten Beginn gelten nach der „Stress-Hypothese des späten Beginns"[657] kritische Lebensereignisse, die typischerweise mit dem höheren Lebensalter einhergehen (Pensionierung, finanzielle Einbußen, Verlust des Partners bzw. der Partnerin, Vereinsamung, etc.).

Alkoholkonsum und -abhängigkeit in Altenheimen

Das Problem des Alkoholkonsums bzw. des Alkoholismus in Altenheimen ist weitgehend tabuisiert und auch kaum erforscht. Studien in Deutschland verweisen auf einen hohen Anteil Alkoholkranker in Alten- und Pflegeheimen. Eine Erhebung bei ca. 2000 HeimbewohnerInnen ergab, dass bei Heimeintritt 3,8 Prozent der Frauen und 19,3 Prozent der Männer alkoholkrank waren.[658] Auch in Wien (und Österreich) dürfte das Problem keineswegs von geringerer Bedeutung sein. Eine längere Zeit zurückliegende Erhebung in den Heimen des Kuratoriums der Wiener Pensionistenheime kam zu dem Ergebnis, dass über die Hälfte der BewohnerInnen (56 Prozent) keinen Alkohol trinkt. Beim Großteil (76 Prozent) jener, die Alkohol zu sich nehmen, ist der Konsum gleich geblieben wie vor Heimeintritt, 8 Prozent haben zu trinken aufgehört, 12 Prozent trinken seither weniger, jedoch haben 4 Prozent seit Heimeintritt den Alkoholkonsum erhöht.[659] Dies bedeutet, dass sich ohnehin schwerkranke, z. T. im Sterben liegende Menschen in Pflegeheimen mit den Problemen konfrontiert sehen, die bei Alkoholabhängigkeit entstehen. Dazu kommt, dass das Personal in den Pflegeeinrichtungen kaum im Umgang mit alkoholkranken Menschen geschult ist.

Behandlung älterer Alkoholabhängiger

Bei älteren Alkoholabhängigen sind Therapien durchaus erfolgreich, vorzeitige Therapieabbrüche kommen bei ihnen sogar seltener vor als bei jüngeren.[660] Mittel- und langfristig ist eine stabile Besserung bei 40 bis 50 Prozent der älteren PatientInnen zu erreichen.[661] Zur Vermeidung von Rückfällen ist es wichtig, nicht nur an den Symptomen, sondern auch an den Ursachen der Alkoholabhängigkeit anzusetzen. Alkoholabhängige SeniorInnen, die Therapiebereitschaft zeigen, sind überwiegend problembewusste ältere Menschen, die häufig von ihrer Familie oder anderen Bezugspersonen in ihrer Motivation bestärkt werden. Allerdings bringen SeniorInnen, die unter verschiedensten Einschränkungen leiden, oft nicht mehr die Kraft und Motivation für eine Entwöhnungsbehandlung auf. Ein Großteil dieser Betroffenen hat keine Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen mehr und lebt in Pflegeheimen. Sie sehen in ihrem Leben keine Perspektive mehr und geben sich mit dem täglichen Alkoholkonsum zufrieden. In solchen Fällen ist eine psychosoziale Rehabilitation erschwert.

Ansätze zur Optimierung der Situation in den Heimen

Das vergangene Jahrzehnt war geprägt von einer intensiven Diskussion über **Strategien zu quantitativen und qualitativen Verbesserungen in der Altenpflege**. Konkrete Maßnahmen wurden in Österreich bereits 1993 durch die 15-a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern eingeleitet, auf welche eine Erarbeitung von Bedarfs- und Entwicklungsplänen zur Vorsorge für pflegebedürftige Menschen in den Bundesländern folgte. Ausgelöst durch das bekannt werden von Missständen in der geriatrischen Versorgung in Wien wurde ein Pflegeombudsmann[662] bestellt. Die Gemeinderätliche Geriatriekommission[663] hat 2004 ein Strategiekonzept „Lebenswertes Altern in Wien – aktiv und selbst bestimmt" erarbeitet, welches am 1. Juli 2004 vom Wiener Gemeinderat beschlossen wurde. Weitere Schritte in Richtung Qualitätsverbesserung im Bereich der stationären Altenpflege stellen zwei Gesetze dar, die im Jahr 2005 beschlossen wurden, nämlich das mit 29. Juni 2005 in Kraft getretene Wiener Wohn- und Pflege-

657 CARACCI, MILLER (1991).
658 WEYERER et al. (1999).
659 ELMADFA, ZARFL, KÖNIG (1996), S. 50.
660 GASTPAR, SCHULZ (1998); FLEISCHMANN (1997).
661 MANN, MUNDLE (1997).
662 http://www.pflegeombudsmann.at
663 http://www.wien.gv.at/advuew/internet/

Krankheit und Behinderung, Verlusterlebnissen (z. B. Partnerverlust, Einsamkeit), die als auslösende Faktoren für Depressionen gelten, häufiger. Frauen sind häufiger als Männer von Multimorbidität (das heißt gleichzeitigem Vorhandensein körperlicher und/oder psychischer Erkrankungen) und kritischen Lebensereignissen (z. B. Partnerverlust) betroffen. Ebenso finden sich eine Reihe von Krankheiten, mit denen Depressionen assoziiert sind, wie z. B. Demenzen, bei Frauen häufiger.

Die Depression ist keineswegs, wie es der Begriff der Altersdepression suggeriert, ein normaler Bestandteil des Alters. Symptome und der Krankheitsverlauf unterscheiden sich jedoch zum Teil von jenen bei jüngeren Menschen. Vielfach werden Depressionen (aber auch andere psychische Erkrankungen) bei älteren Menschen nicht erkannt (und in der Folge auch nicht behandelt), weil sie zum Teil durch körperliche Erkrankungen überlagert sind oder als Ausdruck des Alterns betrachtet werden. Ältere Menschen mit Depressionen klagen häufiger über körperliche und seltener über psychische Beschwerden, wie zum Beispiel vermehrte Traurigkeit. Auch werden depressive Symptome im Alter (wie z. B. mangelnde Energie, Hoffnungslosigkeit) fälschlicherweise oft als normale Alterserscheinungen abgetan. Anzeichen einer Depression sind gedrückte Stimmung, anhaltende Interessens- und Hoffnungslosigkeit, Antriebs- und Energielosigkeit, Müdigkeit, ein herabgesetztes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle sowie Suizidgedanken. Hinzu kommen körperliche Symptome wie Magen- und Rückenschmerzen oder Schlaf- und Appetitlosigkeit.

Studien belegen die Wirksamkeit medikamentöser Therapien und psychotherapeutischer Behandlung bei Depressionen im Alter. Dennoch erhalten, wie die VITA-Studie belegt, ca. zwei Drittel der älteren Betroffenen keine medikamentöse Behandlung.[622] Unbehandelte Depressionen können, abgesehen von persönlichem Leid und zunehmender sozialer Isolierung, auch zu erhöhter Morbidität und Mortalität führen. Depressionen sind eine der Hauptursachen von Suiziden: 15 Prozent der PatientInnen, die an einer Depression erkrankt sind, nehmen sich das Leben. Das Suizidrisiko nimmt im hohen Alter deutlich zu. Suizide älterer und alter Menschen zeigen in Österreich eine steigende Tendenz.[623] Die Suizidrate ist jedoch (auch im Alter) bei Männern höher als bei Frauen. Österreich wies im Jahr 2000 bei den über 65-Jährigen, mit 66,9 Sterbefällen pro 100.000 bei den Männern und 19,4 bei den Frauen, die höchste Suizidsterblichkeit innerhalb der ehemaligen 15 Länder der Europäischen Union auf. Unter Berücksichtigung der neuen Beitrittsländer nahm Österreich bei den über 65-jährigen Frauen den siebenten, bei den gleichaltrigen Männern hinter Slowenien, Ungarn, Lettland und Litauen den fünften Rang ein.[624]

Durch Abbau des fachlich nicht zu rechtfertigenden therapeutischen Nihilismus bei psychischen Störungen älterer Menschen und die Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung älterer Menschen kann ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit im Alter geleistet werden.

Besonders häufig sind psychische Störungen in den Heimen. Pflegekräfte haben eine entscheidende Vermittlerfunktion zwischen BewohnerInnen, ÄrztInnen und Angehörigen. Um die psychische Versorgung in den Heimen zu verbessern, werden bzw. wurden in Bayern in Zusammenarbeit der Präventionsinitiative „Bayern aktiv“ des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz mit verschiedenen Gruppen („Bündnis gegen Depression“) 300 eigens entwickelte Schulungen für Altenpflegekräfte durchgeführt. Ziel der vierstündigen Schulungen ist es, Pflegekräfte in der Altenpflege stärker für das Thema zu sensibilisieren, damit sie Depressionen besser erkennen und die Kommunikation mit den behandelnden ÄrztInnen erleichtert wird.

5.8.12 Aspekte der Betreuung und Pflege in Heimen

Die Situation in den stationären Einrichtungen der Altenpflege hat sich in Wien (und Österreich) im letzten Jahrzehnt erheblich verändert. Nicht zuletzt aufgrund des Ausbaus der ambulanten Dienste übersiedeln Menschen meist erst im hohen Alter in stationäre Einrichtungen. Dies hat zur Folge, dass der Betreuungsbedarf steigt. Psychosoziale Probleme der BewohnerInnen

622 VITA (Vienna Transdanubien Aging) - Studie, Presse-Info (o.J.), S. 5.
623 KATSCHNIG et. al. (2004).
624 HOFMARCHER et al. (2003).

5.8 Gesundheitszustand und Gesundheitsrisiken älterer Frauen

Zusammenfassung

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

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

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

Summary: State of health and health risks of elderly women

*Approximately one in four women in Vienna are 60 years or older, and one in ten are 75 or older. The share of women increases significantly in the older age groups. In addition to the **feminisation of ageing**, **singularisation** is characteristic of ageing today and also affects mainly women. More than 75 percent of Viennese women age 85 or older are widowed, but only approximately 40 percent of men. Consequently the proportion of elderly women living on their own is particularly high.*

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

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

Einen Überblick über die Wiener Umweltpolitik bietet der Umweltbericht 2002/2003.[669]

Die **Umweltmedizin** ist eine junge Disziplin und spielt innerhalb der Medizin (noch) eine marginale Rolle. Ihre dringlichste Aufgabe ist die Erforschung der Schadstoffwirkungen. Der Nachweis gesundheitlicher Auswirkungen von Umweltbelastungen ist methodisch oft schwierig, vor allem weil es häufig darum geht, die Wirkung geringer Schadstoffmengen über lange Zeiträume nachzuweisen und weil viele Schadstoffe in unterschiedlichen Konzentrationen wirken. Hinzu kommen individuelle Faktoren wie z. B. der gesundheitsbezogene Lebensstil oder erhöhte Sensibilität für bestimmte Schadstoffe.

Die **Gender-Perspektive** dringt im Bereich der Umweltmedizin – und generell in der Frage des Zusammenhangs von Umwelt und Gesundheit – erst langsam ins Bewusstsein. Daher liegen auch für die häufigsten umweltassoziierten Erkrankungen, die Lungenerkrankungen, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Allergien, nur vereinzelt Forschungsergebnisse zur Wechselwirkung zwischen Umwelteinflüssen und Geschlechtsunterschieden vor. Dies gilt auch für die Erforschung der Auswirkungen von Umweltbelastungen auf die Krebsentstehung oder die Beeinträchtigung der Fertilität.

5.9.1 Umweltbezogene Gesundheitsrisiken und Frauengesundheit

Zu den häufigsten mit schädigenden Umweltweinflüssen in Zusammenhang gebrachten Erkrankungen zählen die **Atemwegs-** und die **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, die durch Luftverschmutzung entstehen können. Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden dabei bislang noch kaum erforscht, was aber angesichts der hohen Inzidenzen dieser Erkrankungen als gravierendes Forschungsdefizit zu sehen ist.

Im Rahmen der Erstellung der Europäischen Charta für Verkehr, Umwelt und Gesundheit[670] wurden die **gesundheitlichen Folgen der Luftverunreinigung durch den Straßenverkehr** in Österreich, der Schweiz und Frankreich analysiert. Für Österreich wurden pro Jahr 2.200 Todesfälle und 4.400 Spitalsaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen, weiters 2.700 Fälle chronischer Bronchitis bei Erwachsenen und bei 20.600 Kindern sowie 15.000 Asthmaanfälle bei Kindern und 40.000 bei Erwachsenen, die auf die Luftverschmutzung zurückzuführen sind, errechnet. Die Ergebnisse wurden nicht geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselt.

Unterschiedliche Umwelteinflüsse wurden bislang mit der **Entstehung von Krebs** in Verbindung gebracht, wie z. B. die übermäßige Sonnenbestrahlung mit der Erhöhung des Hautkrebsrisikos oder die radioaktive Strahlung mit dem Risiko, an Leukämie zu erkranken. Umweltfaktoren wurden neben Lebensstil-Faktoren auch als Ursachen einer **Erhöhung des Brustkrebsrisikos** diskutiert. Ausgangspunkt der Überlegungen war die Beobachtung, dass das Auftreten von Brustkrebs in verschiedenen Ländern der Welt sehr stark variiert. Weiters waren bei MigrantInnen, die aus Ländern mit niedrigen Brustkrebsraten in solche mit hohen Brustkrebsraten auswandern, nach ein bis drei Generationen die mehrfach höheren Brustkrebsraten des neuen Landes zu beobachten.[671] Bekannt ist auch der große Unterschied in der Häufigkeit von Krebs in den verschiedenen europäischen Ländern: In Schweden, Deutschland, Italien und der Schweiz ist diese deutlich höher als z. B. in Polen, Estland, der Slowakei und Slowenien. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass man von großen Unterschieden in der Qualität der nationalen Krebsregister ausgehen muss.[672]

Das Ausmaß von **Störungen der Fruchtbarkeit und Fortpflanzungsfähigkeit** durch „Umwelthormone" (auch als endokrine Modulatoren bzw. „endocrine disruptors" bezeichnet) lässt sich anhand der vorliegenden Forschungsergebnisse noch nicht klar abschätzen. Als Umwelthormone werden Chemikalien synthetischer und natürlicher Herkunft bezeichnet, die entweder wie körpereigene Hormone wirken oder deren Wirkung abschwächen können. Umstritten ist die Hypothese, dass die Spermienzahlen beim Menschen aufgrund so genannter Xenoöstrogene (Fremdstoffe mit östrogener Wirkung) absinken. Auch eine Zunahme

669 http://www.wien.gv.at/ma22/umweltber0203/
670 WHO (1999).
671 ADZERSEN et al. (2004).
672 CAPOCACCIA et al. (2002).

der Häufigkeit von Brust- und Hodenkrebs wird mit Umweltöstrogenen in Verbindung gebracht. Da solche Stoffe in hormonell gesteuerte Prozesse eingreifen können, besteht zwar prinzipiell die Möglichkeit, dass Entwicklung und Reproduktion gestört werden oder dass eine Krebserkrankung gefördert wird, das Ausmaß der schädigenden Wirkung auf die Gesundheit konnte bislang jedoch nicht bestimmt werden. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass eine Risikoabschätzung bei einem so komplexen System wie der hormonellen Steuerung schwierig ist.

5.9.2 Gesundheitsbelastung durch Feinstaub

Feinstaub zählt mit Ozon, Kohlenstoffmonoxid und den Stick- und Schwefeloxiden zu den die Gesundheit am stärksten beeinträchtigenden Luftschadstoffen. **Feinstaub PM_{10}** (Staubpartikel mit einem Durchmesser von weniger als zehn Millimeter)[673] entsteht durch Straßenverkehr (Diesel, Straßenstaub), Hausbrand (Holz- und Kohleöfen) und Industrie. **Stickstoffoxide** (Stickstoffmonoxid NO und Stickstoffdioxid NO_2) sind Nebenprodukte bei Verbrennungsprozessen im Straßenverkehr, bei Kleinverbrauchern und in der Industrie. **Schwefeldioxid SO_2** entsteht bei Verbrennung von Kohle und Heizöl, **Kohlenstoffmonoxid CO** bei unvollständiger Verbrennung von Brenn- und Treibstoffen sowie bei industriellen Prozessen der Eisen- und Stahlindustrie und **Ozon O_3** bei starker UV-Strahlung aus Stickstoffdioxid.

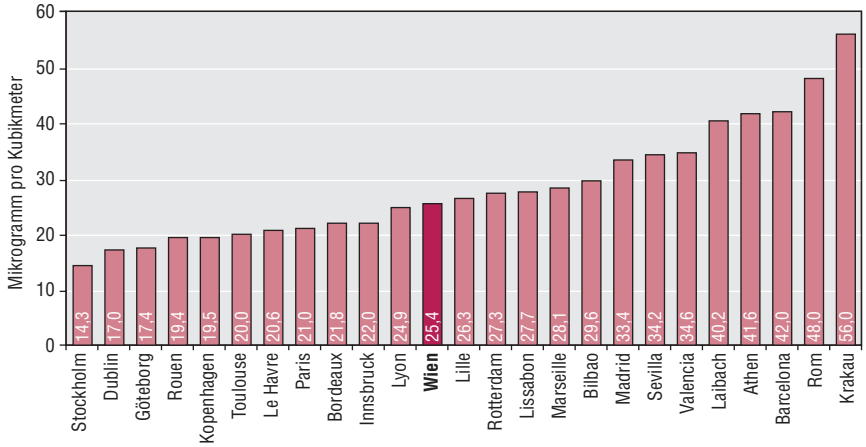
Das **gesundheitliche Risiko aufgrund von Luftverschmutzung durch Feinstaubpartikel** lässt sich durch einen Vergleich mit dem Aktivrauchen verdeutlichen. Das Gesundheitsrisiko durch Feinstaub ist zwar deutlich geringer als jenes der RaucherInnen, für die öffentliche Gesundheit in den Städten stellt die Feinstaub-Belastung dennoch ein großes Problem dar, weil eine große Zahl von Menschen davon betroffen ist. BewohnerInnen von stark durch Feinstaub belasteten Städten haben ähnliche Gesundheitsrisiken wie regelmäßige PassivraucherInnen.[674] Das Lungenkrebsrisiko ist für BewohnerInnen einer stark mit Feinstaub-Partikeln belasteten Stadt ca. 1,3 Mal so hoch (d. h. um 30 Prozent höher) als für BewohnerInnen einer schwach belasteten Gegend, während das Lungenkrebsrisiko für RaucherInnen acht bis zehn Mal so hoch ist als für NieraucherInnen. Die BewohnerInnen von stark mit Partikeln belasteten Städten tragen ein ca. 1,2 Mal so hohes Risiko, vorzeitig zu sterben als jene schwach belasteteter Städte. Bei RaucherInnen ist das Risiko, vorzeitig zu versterben (alle Ursachen zusammengenommen), zwei Mal so hoch als bei NieraucherInnen. Allerdings wurde in dieser Analyse nicht auf geschlechtsspezifische Aspekte eingegangen.

In den vergangenen Jahren hat in Österreich – und besonders in Wien – eine intensive öffentliche Diskussion über die Feinstaub-Belastung eingesetzt. Es wird geschätzt, dass 25 Prozent der Feinstaub-Belastung im Ballungsraum Wien verursacht werden, 15 Prozent ist der Beitrag Österreichs ohne Wien, 60 Prozent wird im Ausland verursacht (40 Prozent durch Ferntransporte, 20 Prozent durch regionale Emissionen). Einer der Gründe, warum die Feinstaub-Diskussion in Wien – im Gegensatz zu jener über Ozon oder Schwefeldioxid – erst in den letzten Jahren eingesetzt hat ist, dass erst seit kurzem genormte Messgeräte vorliegen und dadurch erst seit 2002 eine routinemäßige Messung von Feinstaub-Konzentrationen in der Luft möglich wurde. Die bisher durchgeführten Messungen zeigen, dass es insbesondere im Winter zu erheblichen Feinstaub-Belastungen kommt.[675] Die Wiener Umweltschutzabteilung hat im September 2005 bereits das zweite Feinstaub-Maßnahmenpaket erstellt,[676] das u. a. auf einer Studie der Technischen Universität Wien im Auftrag der Umweltschutzabteilung der Stadt Wien beruht („Aquella-Studie"). Ziel dieser Studie war eine umfassende Analyse der Zusammensetzung des Feinstaubs, um künftig noch genauer auf Verursachergruppen schließen zu können.

Im Vergleich zu anderen europäischen Großstädten liegt Wien im Jahr 2004 mit einem Wert von 25,4 Mikrogramm pro Kubikmeter ($\mu g/m^3$, Jahresdurchschnitt) bei den Feinstaub PM_{10}-Messungen im Mittelfeld. Deutlich günstigere Werte hatten Städte wie Stockholm, Göteborg und Dublin, die schlechtesten Werte waren für Krakau, Rom und Barcelona zu verzeichen.

673 PM = Particulate Matter; 10 = 10 Mikrometer, das ist etwa um zehn Mal kleiner als der Durchschnitt eines Haares.
674 BUWAL Schweiz (2005).
675 https://www.wien.gv.at/umwelt/natuerlich/pdf/feinstaub.pdf (Broschüre: Was Wien gegen den Feinstaub tut)
676 http://www.wien.gv.at/ma22/luft/pdf/feinstaub-paket-2.pdf

Grafik 5.40: Feinstaub PM_{10}-Messungen (Jahresdurchschnitt) in europäischen Städten 2004



Quelle: APHEIS NET (2005b), S. 25.

Im Rahmen eines **Health-Impact-Assessments** (Gesundheits-Verträglichkeitsprüfung) im EU-Projekt APHEIS NET[677] wurde ein Schätzung des potenziellen Gesundheits-Gewinns der Reduktion von Feinstaub PM_{10} und Ozon für Wien errechnet (eine geschlechtsspezifische Aufschlüsselung liegt jedoch nicht vor):

Eine **Reduktion des Feinstaubs PM_{10}** um 5 µg/m³ des Jahresdurchschnitts würde in Wien pro Jahr 2,5 Fälle von Säuglingssterblichkeit verhindern (bzw. 10,8 Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen). Weiters könnte dadurch die Anzahl der Spitalsaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen bei unter 15-Jährigen um 43,4 Fälle pro Jahr reduziert werden.

Eine **Reduktion des Ozon-Levels** um 10 µg/m³ des täglichen Acht-Stunden-Maximums würde in Wien eine Reduktion der Sterblichkeit aufgrund von kardiovasulären Erkrankungen um 19 Fälle pro Jahr (1,2 pro 100.000 EinwohnerInnen) und aufgrund von Atemwegserkrankungen um 4,1 Fälle pro Jahr (0,1 pro 100.000 EinwohnerInnen) bringen. Die Häufigkeit der Spitalsaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen könnte bei 15- bis 64-Jährigen um 7,0 Fälle pro Jahr (0,7 pro 100.000 EinwohnerInnen) und bei über 64-Jährigen um 22,7 Fälle (9,3 pro 100.000 EinwohnerInnen) reduziert werden.

677 www.apheis.net; APHEIS NET (2005).

Tabelle 5.48: Health Impact Assessement für Luftverschmutzung: potenzieller Benefit der Reduktion von Feinstaub PM_{10} und Ozon in Wien 2005

Gesundheits-Indikator	Reduktion in µg/m³	attributable Fälle* pro Jahr	Rate pro 100.000 EinwohnerInnen pro Jahr
Feinstaub PM_{10}-Reduktion			
Säuglingssterblichkeit			
	Jahresdurchschnitt		
gesamt	um 5	2,5	10,8
	auf 20	4,8	20,5
aufgrund von plötzlichem Kindstod	um 5	0,4	2,6
	auf 20	0,8	4,8
Morbidität (Spitalsaufenthalte)	tägliche Dosis		
Atemwegserkrankungen, <15-Jährige	um 5	43,4	19,1
	auf 20	106,3	46,6
	auf 50	16,1	7,1
Ozon-Reduktion			
Sterblichkeit	tägliches 8-h-Maximum		
gesamt (ohne externe Ursachen)	um 10	24,3	1,6
	auf 120	1,2	0,1
aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen	um 10	19,0	1,2
	auf 120	0,9	0,1
aufgrund von Atemwegserkrankungen	um 10	4,1	0,3
	auf 120	0,2	
Morbidität (Spitalsaufenthalte)	tägliches 8-h-Maximum		
Atemwegserkrankungen, 15-bis 64-Jährige	um 10	7,0	0,7
	auf 120	0,3	0,0
Atemwegserkrankungen, >64-Jährige	um 10	22,7	9,3
	auf 120	1,1	0,5

* Attributable Fälle = Fälle in der exponierten Population minus Fälle in der nicht exponierten Population, d. h. Fälle, die allein auf die Exposition zurückzuführen sind.

Quelle: APHEIS NET (2005), S. 11; www.apheis.net

Eine 2005 vom Umweltbundesamt vorgelegte Studie[678] 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 würde, 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.

5.9.3 Luftqualität und Klimaschutz

Das **Klimaschutzprogramm „KliP Wien“**[679] wurde 1999 vom Wiener Gemeinderat beschlossen. Die Stadt Wien verpflichtet sich darin zu einer Reduktion der Gesamtemission um 14 Prozent (bezogen auf das Jahr 1990). In der Verursachergruppe Verkehr sollen die CO_2-Emissionen bis 2010 im Vergleich zu 1987 um 5 Prozent reduziert werden. Die CO_2-Emissionen betrugen 1987 8,5 Millionen Tonnen, 1995 9,1 Millionen Tonnen und werden für 2010 auf 9,9 Tonnen geschätzt; durch das KliP soll eine Reduktion um 2,6 Millionen Tonnen auf 7,3 Millionen Tonnen erfolgen. Der Großteil der gasförmigen Schadstoffmissionen und des Feinstaubes stammt aus Verbrennungsprozessen und korreliert mit dem Energieverbrauch. Dementsprechend stammen die Emissionen (Stickoxide, Feinstaub und Kohlenwasserstoffe als Vorläufersubstanzen für die Ozonbildung) aus den Sektoren Kraft- und Fernheizwerke, Industrie, Kleinverbraucher (Haushalte

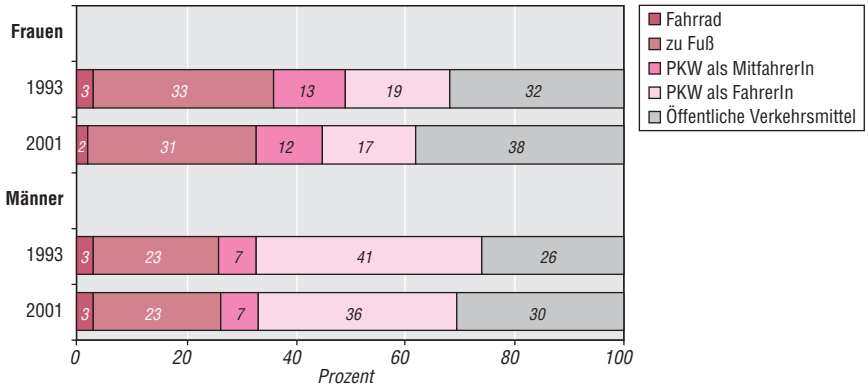
678 UMWELTBUNDESAMT (2005).

679 http://www.eva.ac.at/klip/#eva-info

und Kleingewerbe) und dem motorisierten Verkehr. Anstrengungen zur Luftreinhaltung müssen sich auf eine Reduktion der verkehrsbedingten Emissionen konzentrieren. Die größten Wirkungen hätten technologische Maßnahmen, nämlich eine Absenkung des Treibstoffverbrauchs der Fahrzeugflotten, die Förderung energieeffizienter Fahrzeugs- und Antriebskonzepte, die Verschärfung der Emissionsstandards (KFZ Gesetz), eine Erneuerung der Fahrzeugflotte (v. a. hoch emittierender Fahrzeuge).

Mit dem im November 2003 vom Gemeinderat beschlossenen **Masterplan Verkehr Wien 2003**[680] werden die Prioritäten für die zukünftige Wiener Verkehrspolitik gesetzt. Der Masterplan geht „von einem umfassenden Mobilitätsverständnis aus, das auch die räumliche Anordnung von Nutzungen und die zeitliche Organisation von Aktivitäten mit ins Kalkül zieht" und ist damit eine wichtige Ergänzung im Bereich der Stadtentwicklungsplanung. Dass Frauen und Männer sich am öffentlichen Verkehr in unterschiedlicher Form und unterschiedlichem Ausmaß bewegen, wurde in einer Wiener Studie, die im Rahmen des Masterplans Verkehr durchgeführt worden war, verdeutlicht.[681] Während rund ein Drittel der Frauen täglich zu Fuß geht, ist dies nur bei knapp einem Viertel der Männer der Fall. Letztere wählen deutlich häufiger als Frauen das Auto als Verkehrsmittel (36 vs. 17 Prozent). 38 Prozent der Frauen und 30 Prozent der Männer benutzten täglich öffentliche Verkehrsmittel.

Grafik 5.41: Verkehrsmittelwahl (alle Tage) in Wien 1993 und 2001 nach Geschlecht



Quelle: SOCIALDATA; zitiert nach STADT WIEN, MA 18 (2003).

5.9.4 Wasserversorgung und Wasserqualität

Wien hat aufgrund des Zugangs zu Hochquellenwasser eine im internationalen Vergleich gute Wasserversorgung, welche zu 95 bis 97 Prozent aus dem Gebiet des Schneebergs, der Rax, der Schneealpe und des Hochschwabs gedeckt wird. Die von Wien genutzten Quellen liegen großteils in Wasserschutzgebieten. Die restlichen 3 bis 5 Prozent des Wasserbedarfes werden aus Wasserspendern in der Lobau und in Nußdorf gedeckt. Gleichzeitig ist aber das Wiener Grundwasser überdurchschnittlich hoch **mit Nitrat belastet**. Die Nitrat-Werte der öffentlichen Trinkwasserversorgung liegen jedoch durchwegs unter dem entsprechenden Grenzwert. Der vom Umweltbundesamt jährlich erstellte Wassergütebericht[682] ergab für das Jahr 2004 deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Nitratbelastung des Grundwassers in Österreich: In Wien liegen 56 Prozent aller gemessenen Werte über dem Grenzwert, in Niederösterreich 20 Prozent, im Burgenland 21 Prozent, in Vorarlberg und Tirol treten keine Werte über dem Schwellenwert von 50 mg/l auf. Österreich ist von der Europäischen Kommission wiederholt aufgrund überschrittener Nitratwerte im Grundwasser verwarnt worden. Ein Aktionsprogramm und regelmäßige Be-

680 http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/verkehrsmasterplan/pdf/mpv2003-kurzfassg.pdf
681 SOCIALDATA; zitiert nach STADT WIEN, MA 18 (2003).
682 UMWELTBUNDESAMT (2004), S. 41; http://www.wassernet.at/article/archive/5726

richte über den Stand der Umsetzung der Maßnahmen wurden initiiert (EU-Nitratrichtlinie 91/676/EWG). Die gesundheitlichen Risiken sind bei Erwachsenen erst in höheren Dosen gegeben, bei Säuglingen sind allerdings bereits geringere Nitrat-Mengen schädlich. Das von Nitrat gebildete Nitrosinamin hat krebserregende Wirkung. Mit der **Wiener Wassercharta**[683] ist Wien seit Dezember 2001 die erste und bis dahin einzige Stadt der Welt, die das Trinkwasser unter Verfassungsschutz stellt, also vorrangig als Aufgabe der öffentlichen Hand sieht. Dies soll eine nachhaltige Versorgung mit Trinkwasser sicherstellen.

5.9.5 Lärm und Gesundheit

Lärm kann vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit haben: In den von der WHO[684] im Jahr 1999 erstellten Leitlinien zur Lärmbelästigung durch Industrie, Straßen-, Flug- und Schienenverkehr sowie andere Lärmquellen werden Hörschäden und Hörverminderung, Störungen der Sprachflüssigkeit, Schlafstörungen, Störungen physiologischer Funktionen, psychische Störungen und verminderte Leistungsfähigkeit genannt. Der Grenzwert für den vorbeugenden Gesundheitsschutz liegt bei 55 Dezibel (dB) für den Tag und 45 dB für die Nacht.

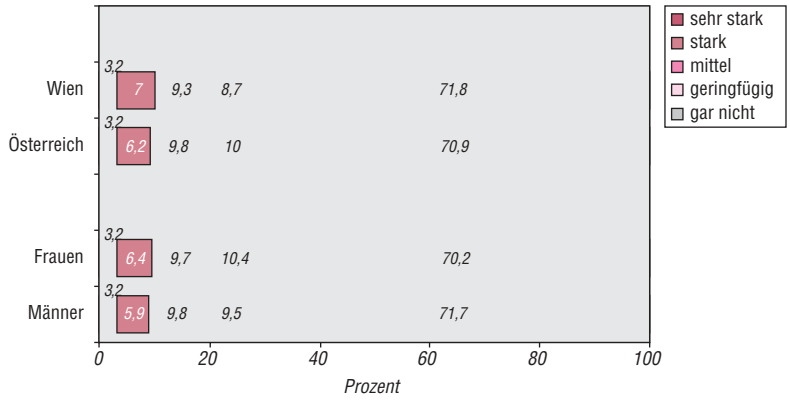
Einer der wichtigsten Wirkmechanismen von Lärm auf die Menschen läuft indirekt über die Erzeugung von Stress. Lärm wirkt als Stressor, der eine unspezifische Reaktion hervorruft. Chronische Lärmbelastung kann die Ausschüttung von Stresshormonen steigern und Blutdruck und Blutfette nachteilig beeinflussen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie Einfluss auf das soziale Verhalten, wie zum Beispiel Aggressionen, bis hin zu psychischen Krankheiten zählen zu den Wirkungen permanenter Lärmbelastung. Dass Lärm für Frauen und Männer unterschiedliche Folgen haben kann, zeigte zum Beispiel eine Untersuchung an über 4.000 PatientInnen, die zwischen 1998 und 2001 mit einem akuten Herzinfarkt in Berliner Krankenhäuser eingewiesen wurden.[685] Diese Studie ergab, dass bei Frauen, die in ihrem Lebensumfeld einer großen Lärmkulisse ausgesetzt waren, das Herzinfarktrisiko um das 1,4-fache höher war. Bei Männern war hier kein Unterschied zu beobachten, sehr wohl aber bei Lärm am Arbeitsplatz: Hier hatten Männer bei Lärm ein 1,4-fach erhöhtes Risiko, Frauen hingegen nicht.

Subjektive und objektive Lärmbelastung

In Österreich wird seit 1970 die **subjektive Belastung durch Lärm** durch die STATISTIK AUSTRIA im Rahmen von Mikrozensus-Erhebungen ermittelt. Im Jahr 2004 fühlten sich rund 28 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen in Österreich in ihren Wohnungen am Tag und/oder in der Nacht durch Lärm belästigt, rund 10 Prozent davon stark oder sehr stark. Der Kraftfahrzeugverkehr wurde von 43 Prozent der Befragten als stärkste Lärmquelle genannt, LKWs und Busse von 17 Prozent. Diese Lärmquellen lagen damit weit vor dem Schienenverkehr (7 Prozent) und dem Luftverkehr (4 Prozent). Seit den 1970er Jahren ist eine deutliche Abnahme der Lärmbelastung der Bevölkerung festzustellen, da verschiedene Lärmminderungs- und Schutzmaßnahmen durchgeführt wurden: Emissionsgrenzwerte von Fahrzeugen und Flugzeugen wurden gesenkt, Lärmschutzwände und -wälle errichtet und der Einbau von Schallschutzfenstern gefördert.[686]

683 http://www.wien.gv.at/wienwasser/versorgung/charta.html
684 WHO (1999).
685 WILLICH (2003).
686 UMWELTBUNDESAMT (2004a).

Grafik 5.42: Lärmstörung im Wohnbereich (tagsüber und/oder nachts) in Wien und Österreich 2003 nach Geschlecht



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005), S. 441.

In Österreich ist die **objektive Lärmbelastung** noch nicht flächendeckend ermittelt. Laut einer Schätzung der OECD im Jahr 2002 leben 32 Prozent der österreichischen Bevölkerung in Zonen mit einer Straßenverkehrslärmbelastung über dem geltenden Grenzwert für Lärmschutz an Bundesstraßen (60 dB am Tag oder 50 dB in der Nacht). Weiters wird geschätzt, dass rund vier Prozent der Bevölkerung in Zonen mit einer Lärmbelastung über dem Grenzwert der Lärmbelästigung durch Schienenverkehr leben. 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.[687]

Die **EU-Umgebungslärmrichtlinie,** eine Richtlinie zur Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm, wurde 2002 vom Europäischen Parlament erlassen. Da die Lärmschutzkompetenz in Österreich auf Bund und Land verteilt ist, war die Erarbeitung eines Bundesgesetzes und neun Landesgesetzen erforderlich. Das Bundes-Umgebungslärmschutzgesetz (Bundes-LärmG) trat im Juli 2005 in Kraft. Da bei der Umsetzung der EU-Umgebungslärmrichtlinie in nationales Recht die Berücksichtigung länderspezifischer Aspekte möglich war, wurde im Auftrag des Lebensministeriums ein Empfehlungsprotokoll erstellt, das zum Beispiel die Festlegung von Ballungsräumen oder von Schwellenwerten enthält.[688]

5.9.6 Gesundheit, Umwelt und Nachhaltigkeit aus der Gender-Perspektive

Internationale Entwicklungen

Die auf der internationalen **UN-Konferenz für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro 1992** beschlossene **Agenda 21,** der Aktionsplan für einen nachhaltigen Umgang mit den natürlichen Umwelt-Ressourcen betont ausdrücklich die **Mitwirkung von Frauen**: „Eine nachhaltige Entwicklung ist ohne die Beteiligung von Frauen nicht zu erreichen." (Agenda 21, Kapitel 24 „Globaler Aktionsplan für Frauen zur Erzielung einer nachhaltigen und gerechten Entwicklung", 1992).[689] Das heißt, Frauen werden zu Expertinnen für Nachhaltigkeit erklärt. Die Agenda 21 ist neben den Ergebnissen der Weltfrauenkonferenzen eines der ersten internationalen UN-Dokumente, in dem Frauenbelange und entsprechende Maßnahmen umfassend verankert sind.

Der **Weltgipfel in Johannesburg 2002** bot zehn Jahre nach der Rio-Konferenz die große Chance, die globalen

687 UMWELTBUNDESAMT (2004a).
688 http://www.umweltbundesamt.at/umweltschutz/laerm/laermschutz/b_laerm_g/umsetzung/
689 http://www.umweltbildung.at/cgi-bin/cms/af.pl?navid=6

Herausforderungen Armut und Umweltzerstörung wieder ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Für zahlreiche Staaten – so auch für Österreich – war der Weltgipfel Anlass, **Nachhaltigkeitsstrategien** zu entwickeln und vorzustellen. Da weltweit aber etwa die Hälfte der Länder der Agenda 21-Aufforderung, Nachhaltigkeitsstrategien zu erstellen, noch nicht nachgekommen waren, wurde das Jahr 2005 für deren Implementierung genannt.

Tabelle 5.49: Internationale und europäische Politik zu Umwelt, Gesundheit und Nachhaltigkeit

1973	Die Europäische Gemeinschaft verabschiedet ihr **Erstes Umweltaktionsprogramm**. Weitere Umweltaktionsprogramme folgen in den Jahren 1977, 1982, 1987, 1993 und 2002.
1987	**Der Brundtland-Report:** Die Vereinten Nationen gründen als unabhängige Sachverständigenkommission die Internationale Kommission für Umwelt und Entwicklung (WCED = World Commission on Environment and Development). Diese Kommission veröffentlicht vier Jahre später ihren Zukunftsbericht („Our Common Future"). Auf der Grundlage dieses und weiterer Berichte beginnen die Vereinten Nationen im Jahr 1989 mit den Vorbereitungen zu einer neuen Umweltkonferenz, die 1992 in Rio de Janeiro stattfinden sollte. In diesem Bericht wird erstmals das **Leitbild einer nachhaltigen Entwicklung** vorgestellt.
1989	**Erste Europäische Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit** in Frankfurt/Main: Die Umwelt- und Gesundheitsminister/innen der Europäischen Region verabschieden die Europäische **Charta Umwelt und Gesundheit.**
1992	Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro. Auf dieser Konferenz wird die **Agenda 21** verabschiedet.
1993	WHO-Programm **Globale Strategie für Gesundheit und Umwelt**: Das Programm dient als Arbeitsrahmen für die Erfüllung der in der Agenda 21 vereinbarten Ziele.
1994	**Zweite Europäische Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit** in Helsinki: Die Umwelt- und Gesundheitsminister/innen der Europäischen Region beschließen einen **Europäischen Aktionsplan Umwelt und Gesundheit** für Europa (Environmental Health Action Plan for Europe – EHAPE). Die Mitgliedsstaaten sollen **Nationale Aktionspläne** Umwelt und Gesundheit (NAPUG/National Environmental Health Action Plan – NEHAP) entwickeln, um die Ziele des Europäischen Aktionsplanes umzusetzen. Der **Österreichische Nationale Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan (NEHAP)** bezieht sich auf die Gebiete Luft, Wasser, Altlasten, Lebensmittelqualität und -sicherheit, Strahlenschutz, Chemikaliensicherheit, Lärm, Verkehr, Unfälle, Sicherheit am Arbeitsplatz und Siedlungswesen.
1994	**Charta von Aalborg:** Europäische Städte und Gemeinden verpflichten sich, eine **lokale Agenda 21** aufzustellen und Handlungsprogramme für eine nachhaltige Stadt- und Gemeindeentwicklung zu erstellen. In Europa laufen derzeit ca. 5.300 lokale Agenda 21-Prozesse.
1997	Vierte Internationale **WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung** in Jakarta.
1999	**Dritte Europäische Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit** in London: Die Länder tauschen ihre Erfahrungen, die sie bei der Aufstellung und Umsetzung ihrer nationalen Aktionspläne zu Umwelt und Gesundheit gewonnen haben, aus und kommen zu dem Schluss, dass die Umsetzung der nationalen Aktionspläne im Wesentlichen auf der lokalen Ebene erfolgen muss. Hierzu können eigenständige **Lokale Aktionspläne** Umwelt und Gesundheit (Local Environmental Health Action Plans – LEHAPs) entwickelt oder bereits bestehende Pläne wie z. B. die der lokalen Agenda–21 oder der Gesunden Städte-Projekte genutzt werden.
2002	Das **Sechste Umweltaktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft** wurde 2002 mit einer Laufzeit von zehn Jahren beschlossen und umfasst sieben **thematische Strategien**: Luftqualität, Vermeidung und Recycling von Abfall, nachhaltige Nutzung der natürlichen Ressourcen, Schutz und Erhaltung der Meeresumwelt, städtische Umwelt, Bodenschutz und nachhaltige Nutzung von Pestiziden.
2002	**Weltgipfel Rio +10 in Johannesburg:** Auf dieser Konferenz wurden die bisherigen Ergebnisse und Erfahrungen überprüft und über konkrete Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Agenda 21 beraten.
2004	**Vierte Europäische Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit** in Budapest: Diese Konferenz befasste sich schwerpunktmäßig mit Umweltauswirkungen auf die Gesundheit von Kindern. Das Leitmotiv lautete **Die Zukunft unseren Kindern**.

Quelle: BMGF (2006), S. 316.

Gender Mainstreaming und Nachhaltigkeit in der Wiener Stadtplanung

Der **Wiener Stadtentwicklungsplan (STEP)**[690] wurde von der Magistratsabteilung 18 (Stadtentwicklung und Stadtplanung) erarbeitet und legt den zukünftigen Ausbau der Stadt fest, wie z. B. die Verteilung von Bauland und Grünland oder die Verkehrsinfrastruktur (U-Bahn, S-Bahn, Straßenbahn, Eisenbahn- und Straßennetz). Dem STEP05 liegen folgende Grundsätze und Prinzipien zugrunde, die auch die Basis für Handlungsempfehlungen und Maßnahmen darstellen: **Lebensqualität, Nachhaltigkeit, Partizipation, Gender Mainstreaming, Diversität**.

Tabelle 5.50: STEP 2005: Grundsätze nachhaltiger Entwicklung

Ökologische Nachhaltigkeit	
Boden	Fruchtbarkeit des Bodens erhalten, Boden pfleglich bewirtschaften, Bodenpolitik, Zersiedelung und Flächenversiegelung eindämmen.
Wasser	Qualität und Versorgung für alle sichern, Grundwasser schützen, Fließgewässer erhalten.
Luft	Schadstofffreie Luft sichern.
Landschaft	Landschaft als Erlebnis- und Erholungsraum, Kultur- und Begegnungsraum begreifen, landschaftliche und biologische Vielfalt sichern und entwickeln, Biodiversität erhalten.
Ökonomische Nachhaltigkeit	
Wohnen	Ressourcenschonende Stadtentwicklung fördern, Wohnumfeld attraktiver machen, ökologisch bauen, Energieverbrauch minimieren.
Wirtschaft und Arbeit	Zugang für alle Frauen und Männer mit gezielten Maßnahmen ermöglichen, regionale Kooperationen ausbauen, Nahversorgung forcieren.
Mobilität	Stadt der kurzen Wege entwickeln, motorisierten Individualverkehr reduzieren, Lärmreduzierung, Ausbau von Informations- und Telekommunikations-Infrastruktur.
Ver- und Entsorgung	Umwelt- und klimagerechte sowie erneuerbare Energieträger forcieren, Energieverbrauch minimieren, Emissionen von Treibhausgasen und Luftschadstoffen vermeiden, Minimierung des Energieverbrauchs bei Bauten, Abfall vermeiden, wiederverwerten und energetisch nutzen.
Soziale und gesellschaftliche Nachhaltigkeit	
Soziale Vorsorge und Gesundheit	Ermöglichung der Erfüllung der Grundbedürfnisse, soziale Absicherung, Lebensqualität erhöhen; Sicherung des Zugangs zu sozialer und gesundheitlicher Versorgung ohne Beschränkungen aufgrund ökonomischer bzw. kultureller Unterschiede; Prozess des Älterwerdens in Würde begleiten.
Bildung und Wissenschaft	Regionale Wissenszentren und Standortfaktor Wissen stärken, Zugang zum Wissen für alle Bevölkerungsgruppen ermöglichen.
Kultur und Kunst	Ressourcen für Weiterentwicklung der Kunst bereitstellen, Vielfalt der unterschiedlichen gesellschaftlichen Kulturen in der Stadt als Ausdruck städtischen Lebens ermöglichen und fördern.
Soziale Teilhabe und Diversität	Uneingeschränkte Teilnahme aller BürgerInnen am gesellschaftlichen Leben ermöglichen; Chancengleichheit anstreben; Klima der Offenheit, Solidarität und Gerechtigkeit schaffen; Ausgrenzungen und Stigmatisierung von Bevölkerungsgruppen verringern bzw. beseitigen; Vielfalt sichtbar und lebbar machen, Integration fördern, konfliktarmes Zusammenleben ermöglichen.
Gender Mainstreaming	Geschlechtersensible Planungsprinzipien beachten, Chancengleichheit für Frauen und Männer bei Benützung öffentlicher Räume sicherstellen.
Partizipation	Mitgestaltung der eigenen Lebensumwelt, Artikulation von verschiedenen Meinungen und Bedürfnissen, Partizipation und Mitbestimmung in der Stadtverwaltung für alle Bevölkerungsgruppen fördern.
Stadtbild und Identität	Unverwechselbarkeit, kulturelle Bezugsrahmen schaffen, Formenvielfalt in der Stadt erhalten und entwickeln, gestalterische Qualität und Ästhetik weiterentwickeln.

Quelle: STADT WIEN, MA 18 (2005), S. 14.

[690] STADT WIEN, MA 18 (2005).

Beispiele der Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Wiener Stadtplanung

Geschlechtsspezifische Parkgestaltung

Grün- und Freiräume haben im bebauten Stadtgebiet auch soziale Funktionen. Durch die Gestaltung einer Grünfläche oder Parkanlage werden die Nutzungsmöglichkeiten und NutzerInnen vordefiniert. Geschlechtssensible Parkgestaltung bedeutet deshalb, die Organisation und Ausstattung der Freiflächen so vorzunehmen, dass Mädchen die gleichen Chancen und Entfaltungsmöglichkeiten bekommen wie Buben. Ziel der **Leitstelle alltags- und frauengerechtes Planen und Bauen**[691] ist es, die Präsenz von Mädchen im öffentlichen Raum zu stärken, ihre Raumaneignung zu unterstützen, und ein ausgewogenes Verhältnis von weiblichen und männlichen Parkbesuchenden zu erreichen. In diesem Sinne wurden der Einsiedlerplatz und der St.-Johann-Park geschlechtssensibel gestaltet. Ein partizipativer Prozess durch Befragungen (Parkbetreuung, Gebietsbetreuung, aktive Mütter, Bezirksvertretung, Jugendkontaktbeamte der Polizei sowie LehrerInnen der nahe gelegenen Schule) und die gemeinsame Diskussion möglicher Lösungsansätze sind Merkmale dieser innovativen Methode. Die Parkplanung mit Mädchenbeteiligung am Donaukanal/Odeongasse verfolgte die Idee, Mädchen direkt an der Parkgestaltung zu beteiligen. Sie artikulierten ihre Wünsche und Bedürfnisse und konnten unter professioneller Anleitung ihre Anliegen zu Planungsvorschlägen verdichten. Es waren dies ein Rückzugsraum, ein Kommunikationsraum, ein Raum für Spiel und Sport, der nicht von Burschen vereinnahmt wird.

Öffentliche Beleuchtung

Frauen werden – neben Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen – häufiger als Männer Opfer von Kriminaldelikten. Nach dem Prinzip „Sehen und gesehen werden“ bemüht sich die MA 33 den persönlichen Schutz und das Sicherheitsgefühl durch die Verminderung von Angsträumen zu erhöhen und so Chancengleichheit in der Mobilität zu erreichen.

5.10 Frauen mit Behinderung

Siehe auch: „barrierefrei“ – Gynäkologische Vorsorge und Versorgung von Frauen mit Behinderung (Kapitel 10.1.10).

Zusammenfassung

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

Summary: Women with disabilities

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

[691] http://www.wien.gv.at/mdbd/ (Geschäftsbereich Bauten und Technik, Stadtbaudirektion MD-BD) und http://www.opening-net.info/docs/OPENING_Stadtplanung_PraesKail_dt.pdf

5.9 Gesundheitsgefährdung von Frauen durch Umweltrisiken

Zusammenfassung

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

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

Summary: Health risks through environmental factors

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

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

Gender, Umwelt und Gesundheit

Wien nimmt in internationalen Rankings der Lebensqualität in Städten[666] meist einen der Spitzenplätze ein. Das hängt nicht zuletzt mit seiner hohen Umweltqualität zusammen: Etwa die Hälfte der Stadtfläche ist mit Grün bedeckt, fast ein Drittel der Fläche Wiens steht unter Naturschutz. Dennoch gibt es Umweltrisiken mit hohem gesundheitsgefährdendem Potenzial, wie etwa die erhöhte Feinstaub-Konzentration in der Luft oder die relativ hohe Nitratbelastung des Grundwassers.

Die Stadt Wien, insbesondere die Geschäftsgruppe Umwelt („natürlich wien")[667] bzw. die Wiener Umweltschutzabteilung (Magistratsabteilung 22),[668] hat ihre ökologischen Strategien und Maßnahmen auf Nachhaltigkeit ausgerichtet, wie z. B. das Klimaschutzprogramm, den Strategieplan, den Stadtentwicklungsplan, das Wiener Verkehrskonzept, die Lokale Agenda 21, das Umweltleitbild oder die strategische Umweltprüfung. Innerhalb der Stadtverwaltung erfolgte die Umsetzung von Umweltmanagementsystemen und eines umweltfreundlichen öffentlichen Beschaffungswesens.

666 Z. B. http://www.mercerhr.com/pressrelease/details.jhtml/dynamic/idContent/1173105 oder http://www.economist.com/media/pdf/quality_of_life.pdf

667 http://www.umwelt.wien.at

668 http://www.umweltschutz.wien.at

5.10.1 Begriffsdefinition, Zahl der Betroffenen

Seit vielen Jahren wird auf eine unzureichende Datenlage im Bereich von Menschen mit Behinderungen generell und die Nicht-Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte, verwiesen. Die statistischen Daten, die im Bereich Behinderung vorhanden sind, basieren auf unterschiedlichen Definitionen von Behinderung, sind häufig nicht nach Geschlecht aufgeschlüsselt und/oder nicht regional differenziert. Aktuelle Versuche einer **Definition des Behinderungsbegriffs** sind durch das Bemühen gekennzeichnet, eine Diskriminierung und Stigmatisierung zu vermeiden, wie z. B. durch den inzwischen gebräuchlichen Begriff „Menschen mit besonderen Bedürfnissen". In den vergangenen Jahren hat sich die Bezeichnung „Menschen mit Behinderung" anstelle „behinderte Menschen" durchgesetzt. Grundsätzlich wird zwischen körperlicher Behinderung, Sinnesbehinderung (Blindheit, Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit, Taubblindheit), Sprachbehinderung, psychischer Behinderung, Lernbehinderung und geistiger Behinderung unterschieden. Hinsichtlich der Ursachen der Behinderung werden grundsätzlich angeborene (vererbte oder vor der Geburt entstandene) und erworbene Behinderungen (während der Geburt, durch Krankheiten, Unfälle, Gewalteinwirkungen oder durch den Alterungsprozess) unterschieden.

Klassifikationssysteme für Behinderung (ICIDH und ICIDH–2)

Im Jahr 1980 entwickelte die WHO mit dem ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) ein Klassifikationsschema von Krankheiten und Behinderung. Dabei wird zwischen Impairment, Disability und Handicap unterschieden. 1999 wurde dieses Schema im ICIDH–2 (International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions and Functioning) verändert und erweitert. Hierbei sind nicht mehr die Defizite einer Person maßgeblich, sondern die persönlichen Fähigkeiten und die soziale Teilhabe.

ICIDH (1980)	ICIDH–2 (1999)
Impairment: Schäden einer psychischen, physischen oder anatomischen Struktur **Disability**: Fähigkeitsstörung, die aufgrund der Schädigung entstanden ist **Handicap**: soziale Benachteiligung aufgrund der Schäden und/oder der Fähigkeitsstörung (Behinderung)	**Impairment**: Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur im Sinn einer wesentlichen Abweichung oder eines Verlustes **Activity**: Möglichkeiten der Aktivität eines Menschen, persönliche Verwirklichung zu erreichen **Participation**: Maß der Teilhabe an öffentlichen, gesellschaftlichen, kulturellen Aufgaben, Angelegenheiten und Errungenschaften **Kontextfaktoren**: physische, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der ein Mensch das eigene Leben gestaltet

Quelle: WHO (http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm).

Laut **Bundessozialamt** gelten Personen bei einer Behinderung ab fünfzig Prozent als **begünstigte behinderte Personen**. Dazu gehören Personen mit einer körperlichen, seelischen, geistigen oder einer Sinnesbehinderung sowie Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen zwischen dem 13. und 24. Lebensjahr.

Bis zum Jahr 1999 wurden behinderte Personen im **Arbeitsmarktservice Österreich** (AMS) nach der Art der Behinderung (körperliche, psychische, geistige Behinderung sowie Gehörlosigkeit und Blindheit) erfasst. Seit dem Jahr 1999 wird auf die Art der Behinderung als Einstufungskriterium verzichtet und von arbeitslos gemeldeten behinderten Personen ein ärztliches Gutachten verlangt, das ihre Einschränkung bzw. die darin begründeten Schwierigkeiten bei der Vermittlung und/oder ihre eingeschränkten Berufsmöglichkeiten belegt. Das Arbeitsmarktservice (AMS) erfasst auch behinderte Personen, für die das Behinderteneinstellungsgesetz, das Opferfürsorgegesetz oder das Landesbehindertengesetz zutrifft.

Das **Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen** als die für Behindertenfragen zuständige Bundesinstanz verwendet folgende Definition:[692] „Behinderte Personen sind Personen jeglichen Alters, die in einem lebenswichtigen sozialen Beziehungsfeld

[692] BMSG (2003).

körperlich, geistig oder seelisch dauernd wesentlich beeinträchtigt sind. Ihnen stehen jene Personen gleich, denen eine solche Beeinträchtigung in absehbarer Zeit droht. Lebenswichtige soziale Beziehungsfelder sind insbesondere die Bereiche Erziehung, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Beschäftigung, Kommunikation, Wohnen und Freizeitgestaltung. (…) Behindert sind jene Menschen, denen es ohne Hilfe nicht möglich ist, geregelte soziale Beziehungen zu pflegen, sinnvolle Beschäftigung zu erlangen und auszuüben und angemessenes und ausreichendes Einkommen zu erzielen."

Schätzungen auf europäischer Ebene gehen von einem Anteil von **zehn Prozent behinderten Personen in der Bevölkerung** aus. Nachfolgend eine Aufstellung unterschiedlicher Datenquellen in Österreich, die sich auf verschiedene Gruppen von Menschen mit Behinderung beziehen. Es kann dabei nicht ausgeschlossen werden, dass Personen in mehreren Kategorien gezählt werden. Die Erhebungen sind nicht geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselt.

Tabelle 5.51: Unterschiedliche Datenquellen zur Häufigkeit von Behinderungen

Gruppen behinderter Menschen	Definitionsgrundlage	1992	2001
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
PflegegeldbezieherInnen	Bundespflegegeldgesetz	–	280.429
PflegegeldbezieherInnen	Landespflegegeldgesetz	–	–

Quelle: BMSG (2003).

Im Dezember 2002 haben rund 354.500 Personen **Pflegegeld** des Bundes oder der Länder bezogen. An 302.700 PflegegeldempfängerInnen (85 Prozent) wurden Pflegegeldleistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz ausbezahlt und die restlichen 51.800 PflegegeldbezieherInnen (15 Prozent) waren dem Zuständigkeitsbereich der Länder zugeordnet. Insgesamt ist die Zahl der PflegegeldbezieherInnen von 230.209 im Jahr 2003 auf 295.339 im Jahr 2004 gestiegen. Der Frauenanteil bei den PflegegeldempfängerInnen liegt je nach Pflegestufe zwischen 73,6 Prozent (Stufe 1) und 63,6 Prozent (Stufe 6) bzw. bei 68,2 Prozent im Durchschnitt. In Wien haben im Jahr 2002 57.870 Personen Pflegegeld bezogen, mehr als ein Drittel davon (34,6 Prozent) Pflegegeld der Stufe 2.

Tabelle 5.52: PflegegeldbezieherInnen (Bundespflegegeld, alle Entscheidungsträger) in Wien und Österreich 2002 nach Pflegestufe und Geschlecht

Pflegestufe	Wien		Österreich				
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	Frauen absolut	Männer absolut	Frauenanteil Prozent
Stufe 1	14.117	*24,4*	58.868	*19,4*	43.322	15.356	*73,6*
Stufe 2	20.013	*34,6*	109.502	*36,2*	72.957	36.545	*66,6*
Stufe 3	10.519	*18,2*	52.008	*17,2*	34.963	17.045	*67,2*
Stufe 4	7.993	*13,8*	45.658	*15,1*	30.455	15.203	*66,7*
Stufe 5	3.797	*6,6*	24.947	*8,2*	16.968	7.979	*68,0*
Stufe 6	834	*1,4*	7.027	*2,3*	4.466	2.561	*63,6*
Stufe 7	597	*1,0*	4.739	*1,6*	3.211	1.528	*67,8*
gesamt	57.870	*100*	302.749	*100*	206.352	96.397	*68,2*

Quelle: SOZIALE SICHERHEIT (2003), S. 250.

Sichtweise erst ins Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit und zum Teil auch des Gesundheitspersonals dringen. Behinderte Frauen berichten häufig von negativen Erfahrungen im Bereich der **gynäkologischen Versorgung:** Bei Verhütungsmitteln werden ohne auf die Wünsche der Patientin einzugehen langfristige Methoden empfohlen, bei Schwangerschaft wird zu Abtreibung geraten und eine humangenetische Beratung wird schwangeren behinderten Frauen grundsätzlich nahe gelegt.[694] Diese mangelnde Sensibilität für die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen mit Behinderung führt schließlich auch dazu, dass sexualisierte Gewalt oft übersehen wird.

In Wien wurde im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit das Projekt „**barrierefrei. Gynäkologische Vorsorge und Versorgung behinderter Frauen**"[695] durchgeführt. Im Rahmen dieses Projekts wurden GynäkologInnen zu ihren Erfahrungen in der Behandlung von Frauen mit Behinderungen mittels Fragebogen befragt. Ein Drittel der befragten ÄrztInnen betreut regelmäßig Patientinnen mit Behinderung, die Patientinnen sind körperbehindert (64 Prozent), lernbehindert (54 Prozent), gehörlos (38 Prozent) oder sehbehindert (10 Prozent). Als häufigste Barrieren in der Behandlung von Frauen mit Behinderung wurde die Tatsache genannt, dass der Zugang zur Praxis nicht behindertengerecht, das Fachwissen in Bezug auf Behinderung nicht ausreichend und der zeitliche Aufwand zu groß sei. Möglichkeiten einer Verbesserung der Situation sehen zwei Drittel der ÄrztInnen in einer Abgeltung des zusätzlichen Zeitaufwandes für Aus- und Ankleiden bzw. für die Untersuchung, 44 Prozent der ÄrztInnen wünschen sich Zuschüsse für Umbauten, 40 Prozent finanzielle Unterstützung für den Ankauf behindertengerechter Untersuchungsgeräte und 42 Prozent wünschen sich regelmäßige Fortbildung zum Thema Behinderung. Etwa zwei Drittel der befragten ÄrztInnen sind laut Eigenangaben in der fachärztlichen Ausbildung nicht auf den Umgang mit behinderten Frauen vorbereitet worden.

Rechtliche Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bei Behinderung

Es sind hauptsächlich zwei Gesetze, die für den Zusammenhang von sexueller und reproduktiver Gesundheit mit Behinderung wesentlich sind: das Sterilisationsgesetz (ABGB § 146d, § 282 Abs. 3, StGB § 90, Abs. 2) und die eugenische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch (StGB § 97). Frauen mit Behinderung müssen sich nach wie vor rechtfertigen, wenn sie Kinder wollen und sind dadurch in ihrem Lebensentwurf eingeschränkt. Auch existiert noch der Mythos, dass eine behinderte Frau in jedem Fall ein behindertes Kind zur Welt bringt.

Als Folge einer breiten Diskussion in der Öffentlichkeit wurde im Jahr 2001 im Kindschaftsrecht die **fremdbestimmte Sterilisation** eingeschränkt. Die Zustimmung zur Sterilisation wird als persönliches Recht definiert, es darf keine ersatzweise Einwilligung geben, auch nicht bei Jugendlichen. Ein/e SachwalterIn darf einer Sterilisation nur dann zustimmen, wenn eine ernste Gefahr für das Leben oder eine schwere Schädigung der Gesundheit der Person mit Behinderung besteht. Zusätzlich ist eine gerichtliche Genehmigung nötig.

Die **eugenische Indikation** erlaubt die Abtreibung von Embryonen, bei denen durch eine Genanalyse eine schwere geistige und körperliche Schädigung nachgewiesen wurde, bis zum Geburtstermin. Bis vor kurzem war es in Österreich Usus, dass Schwangerschaftsabbrüche bei Lebensfähigkeit des Kindes kaum durchgeführt wurden, betroffene Frauen wurden u. a. an ausländische Institutionen verwiesen. An der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien sind in den Jahren von 1998 bis 2001 rund 15 Spätabbrüche durch Gabe von Wehen einleitenden Mitteln (Prostaglandinen) erfolgt, wobei mehrere dieser Kinder lebend auf die Welt gekommen sind, vereinzelt über eine Stunde gelebt haben und dann erstickt sind.[696] Eine Möglichkeit, diese als unmenschlich anmutende Vorgehensweise zu verhindern, ist der **Fetozid**. Darunter versteht man die Tötung eines schwer behinderten, aber unter Umständen bereits lebensfähigen Kindes im Mutterleib nach der 24. Schwangerschaftswoche durch Stilllegung der Herzfunktion im Mutterleib. Eine von der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatalmedizin eingesetzte Arbeitsgruppe zum Thema **„Spätabbruch"** bezieht sich auf die Tatsache, dass der Wunsch einer Schwangeren nach Beendigung der Schwangerschaft nach der 22. Schwangerschaftswoche bei einer fetalen

694 BMFSFJ (2000), S. 52 ff.

695 WOLFF, WIMMER-PUCHINGER (2003); eine Beschreibung des gesamten Projekts findet sich in Kapitel 10.

696 DER STANDARD (online), 4. März 2003.

Frauen mit körperlicher Behinderung sind deutlich seltener erwerbstätig als Frauen ohne (43 vs. 65 Prozent der 15- bis 64-jährigen Frauen). Ein Ausdruck dessen ist u. a. der geringe Frauenanteil bei arbeitsmarkpolitischen Maßnahmen für Menschen mit Behinderung (Frauenanteil je nach Maßnahme zwischen 38 und 45 Prozent).

Tabelle 5.53: Erwerbstätigkeit und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für Frauen mit Behinderung 2002

Erwerbstätigkeit bei 15- bis 64-jährigen Frauen*	Prozent aller Frauen
mit körperlicher Beeinträchtigung	*43*
ohne körperliche Beeinträchtigung	*65*
Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen**	**Frauenanteil in Prozent**
der Bundessozialämter	*41*
der Behindertenmilliarde (2001)	*43*
des Europäischen Sozialfonds (ESF)	*45*
Rehabilitationsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice (AMS)	*38*

*Quellen: * Mikrozensus 2002; KLAPFER (2003);*
*** http://www.gem.or.at/repository/GeM-InfoLetter_Nr_8_2004.pdf*

Der Rat der Europäischen Union hat das Jahr 2003 zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung erklärt. In diesem Zusammenhang wurde im Jahr 2002 EU-weit eine Erhebung über die Beschäftigung behinderter Menschen im Rahmen der europäischen Arbeitskräfteerhebung durchgeführt. In Österreich fand die Erhebung im Rahmen des Sonderprogramms „**Beeinträchtigungen und Behinderungen**"[693] der Mikrozensus-Erhebung im Juni 2002 statt. Regionale Auswertungen für Wien liegen nicht vor, daher werden hier die Gesamt-Österreichischen Ergebnisse dargestellt. Gefragt wurde nach lang andauernden Gesundheitsproblemen oder Behinderungen, wie z. B. körperliche Schädigungen, sensorische Probleme (subjektiv empfundene Sehbeeinträchtigungen trotz Brille), Herz-, Atembeschwerden und Gehbeeinträchtigungen, fortschreitende Krankheiten (Krebs, Parkinson, …), psychische Probleme, Lernbehinderungen. Zusätzlich wurde erhoben, ob mit dem jeweiligen Gesundheitsproblem auch eine Einschränkung in der Ausübung von Tätigkeiten des täglichen Lebens verbunden ist. Aus den so erhaltenen Ergebnissen lässt sich hochrechnen, dass rund **1,26 Mio. Menschen in Österreich lang andauernde Gesundheitsprobleme oder Behinderungen haben.** Das sind 15,8 Prozent der österreichischen Bevölkerung in Privathaushalten: 16,2 Prozent der Frauen, 15,3 Prozent der Männer. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen ist die absolute Zahl von Frauen mit Gesundheitsproblemen im höheren Alter zwar höher, der relative Anteil von Frauen und Männern ist jedoch annähernd gleich. Häufigste Gesundheitsprobleme sind Beeinträchtigungen der Beine und Füße (21,9 Prozent der Frauen, 18,1 Prozent der Männer), Probleme mit dem Rücken oder Nacken (18,3 Prozent der Frauen, 19,7 Prozent der Männer) sowie Probleme mit dem Herz-Kreislauf-System (13,9 Prozent der Frauen, 14,9 Prozent der Männer). 29,8 Prozent der Frauen und 27,8 Prozent der Männer mit lang andauernden Gesundheitsproblemen fühlen sich bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erheblich, jeweils 51,0 Prozent bis zu einem gewissen Grad eingeschränkt. Von den Beeinträchtigten, die sich zumindest bis zu einem gewissen Grad eingeschränkt fühlen, sind 46,3 Prozent erwerbstätig (39,3 Prozent der Frauen, 51,9 Prozent der Männer).

5.10.2 Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen mit Behinderung

Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft und Mutterschaft sind für Frauen mit Behinderung in gleicher Weise wichtige Themen wie für nicht behinderte Frauen. Erst in jüngster Zeit werden Frauen mit Behinderung nicht mehr ausschließlich als geschlechtsneutrale Wesen gesehen und es wird ihnen Sexualität und ein Kinderwunsch zugestanden, allerdings muss diese

[693] STATISTIK AUSTRIA (2006), S. 284 ff.

Erkrankung eine extrem belastende Problematik darstellt und hat daher im Jahr 2002 ein Konzept zur Verbesserung der Bewältigung dieser Situation in der Praxis erarbeitet.[697] Prinzipiell besteht Konsensus darüber, dass es nach der 22. Schwangerschaftswoche Indikationen zur Beendigung einer Schwangerschaft gibt, die in gravierenden Fällen **sowohl rechtlich als auch ethisch legitimierbar** sind und zwar durch die Lebensumstände der Schwangeren und durch den Zustand und die Entwicklungsprognose des Ungeborenen. Hierbei ist das Konzept eines graduell abgestuften, sich im Fortgang der Schwangerschaft zunehmend verstärkenden **pränatalen Lebensschutzes** vorauszusetzen. Es besteht Einigkeit, dass der Entscheidungsprozeß im Einzelfall durch eine möglichst breit und interdisziplinär beschickte Beratungsgemeinschaft gelenkt werden muss. Kommt es in dieser Beratung zum einstimmigen Konsens darüber, dass der Wunsch der Frau aufgrund der vorliegenden individuellen Problematik für alle verständlich ist und legitim erscheint, so ist die Problemlösung aus humanitären, ethischen, medizinischen und rechtlichen Überlegungen primär die **Geburtseinleitung nach Fetozid.** Dies gilt, sofern die betroffene Mutter nicht ein anderes medizinisch und ethisch verantwortbares Procedere wünscht. Die praktische Durchführung des Fetozids hat nach internationalen Standards zu erfolgen. Die Sicherung der Diagnose muss durch die jeweils erforderlichen, fachkompetenten Personen erfolgen (z. B. aus Pränatalmedizin, Neonatologie, Pädiatrie, Urologie, Kinderchirurgie). Zur Absicherung der Diagnose ist die jeweils sinnvolle Kontaktaufnahme mit einem zweiten, in der Pränatalmedizin ausgewiesenem Zentrum zu empfehlen (**second opinion**). Der Eingriff kann nur in einem in der Pränatalmedizin ausgewiesenen Zentrum erfolgen. Der gesamte Prozess ist durch psychosoziale Begleitung zu unterstützen. Zwischen Diagnosesicherung und Konsequenz ist ein ausreichender Zeitraum zur Bildung eines möglichst ausgereiften Entschlusses erforderlich. Eine pathologische Untersuchung des Fötus wird naturgemäß in Übereinstimmung mit den Eltern gefordert. Hohe Qualität ist auch in diesem Bereich anzustreben. Konsens besteht darüber, dass die Entscheidungsfindung exakt zu dokumentieren ist. Gewünscht sind ein interdisziplinärer Gedanken- und Erfahrungsaustausch und eine zentrale, möglichst lückenlose Dokumentation der einzelnen Fälle.

5.10.3 Mobilitätsbarrieren und Zugang zum Gesundheitssystem

Bauliche Hürden, Broschüren, die nicht in Brailleschrift aufliegen, Mangel an Kompetenz für Gebärdensprachen, Schwierigkeiten im Umgang mit psychisch kranken Frauen sind nur einige der Barrieren, die für behinderte Frauen den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren. Als mobilitätsbehindert gelten insbesondere bewegungsbehinderte Menschen (Behinderung im Gehen, Stehen, Greifen, Mehrfachbehinderung, 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.[698]

In Österreich gibt es zwar seit 1994 Planungsgrundsätze für barrierefreies Bauen, die in der ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundsätze“ zusammengefasst sind, diese sind jedoch nicht verbindlich (z. B. stufenloses Erreichen zumindest des Haupteingangs, Niveauunterschiede dürfen nicht mehr als drei Zentimeter betragen, Hauptstiegen müssen beidseitig mit einem gut greifbaren Handlauf versehen sein, öffentliche Baulichkeiten müssen mit einem behindertengerechten WC-Raum ausgestattet sein).

Im Rahmen der 58. ASVG-Novelle vom August 2001 ist ein Gesetz in Kraft getreten, das einen behindertengerechten Zugang zu Gruppenpraxen vorschreibt. Demnach haben Gruppenpraxen spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen zu enthalten, die Mindeststandards der ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ müssen umgesetzt sein. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass sich Mobilitätsbarrieren in ländlichen Gegenden wesentlich stärker auf das Leben behinderter Frauen auswirken als im städtischen Umfeld und dadurch ihr Lebensradius um ein Vielfaches eingeschränkt ist. Veranlasst durch das Jahr der Behinderung 2003 hat der Österreichische Hauptverband der Sozialversicherungsträger gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für

697 ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR PRÄ- UND PERINATALMEDIZIN (2002).

698 BMSG (2003), S. 48.

Rehabilitation (ÖAR) und dem Dachverband der Vereinigung zur Vertretung der Interessen behinderter Menschen eine **Ist-Stand-Erhebung in allen Bundesländern** durchgeführt, inwieweit die ÄrztInnenpraxen der österreichischen VertragsärztInnen behindertengerecht ausgestattet sind.[699] Wien weist bei fast allen erhobenen Ausstattungselementen für einen barrierefreien Zugang zu ÄrztInnenpraxen deutliche Defizite auf als dies im österreichischen Durchschnitt der Fall ist.

Tabelle 5.54: Barrierefreie Ausstattung der österreichischen ÄrztInnenpraxen 2003 nach Bundesländern

Zahlen in Prozent	breite Türen	Schilder-höhe	Fax, E-Mail	Türklingel-höhe	stufenlos	Parkplatz	WC-Anla-gen	taktile Schilder	Hör-verstärker
Burgenland	95	90	90	63	57	35	25	17	1
Kärnten	94	88	87	74	62	45	25	13	2
Niederösterreich	93	91	88	73	52	27	19	14	1
Oberösterreich	96	92	88	80	64	40	20	15	1
Salzburg	90	89	88	73	56	33	23	11	1
Steiermark	92	85	90	71	54	35	20	10	1
Tirol	93	90	88	82	65	43	23	15	2
Vorarlberg	93	92	88	80	67	38	23	15	2
Wien	86	86	84	75	46	17	12	16	1
Österreich	92	89	88	76	55	31	19	14	1

Quelle: STOWASSER (2004), S. 192 ff.

Die Wiener Ärztekammer hat im November 2003 angekündigt, dass **12 Prozent der 1.800 Wiener Kassenordinationen** innerhalb der nächsten 5 Jahre behindertengerecht umgebaut werden sollen, um damit die freie ÄrztInnenwahl für behinderte Menschen zu gewährleisten. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus VertreterInnen der Behindertenverbände, der ÄrztInnen und der Gebietskrankenkasse soll eingerichtet werden, um festzustellen, welche Umbauten in den Ordinationen von den Verbänden gefordert werden und welche möglich sind.[700]

Der Verein „**Bizeps – Zentrum für Selbstbestimmtes Leben**" erstellte im Jahr 2001 im Rahmen des Projekts „Behinderte Menschen im Krankenhaus und in anderen Gesundheitseinrichtungen" in Kooperation mit unterschiedlichen Institutionen eine Broschüre „krank behindert ungehindert … in Wien",[701] welche im Jahr 2005 in einer erweiterten Ausgabe neu aufgelegt wurde. Die Broschüre richtet sich an behinderte Personen, aber auch an ÄrztInnen und Personen in anderen Gesundheitsberufen. Sie enthält Listen barrierefreier ÄrztInnenpraxen und von Krankenhäusern, die über gebärdenkompetentes Personal verfügen. Rechtliche Vorschriften werden ebenso thematisiert wie die Themen Sachwalterschaft oder persönliche Assistenz.

5.10.4 Lösungsansatz Persönliche Assistenz

Das System der Persönlichen Assistenz wurde von der Behindertenbewegung selbst entwickelt und von der Wiener Assistenzgenossenschaft wie folgt definiert: „Von Persönlicher Assistenz spricht man dann, wenn die KundInnen die notwendigen Kompetenzen für ein selbst bestimmtes Leben mit Persönlicher Assistenz in ihren Händen haben, bzw. wieder zurückerlangen. Das bedeutet, einfach gesagt, selbst entscheiden, wer, wann, wo und wie die Persönliche Assistenz leistet und die Kompetenz darüber haben, wer wofür wie viel bezahlt bekommt."[702] Persönliche Assistenz ist eine individuelle Leistung, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

699 STOWASSER (2004), S. 192 ff.
700 http://www.hausaerzteverband.at/down/akt12_03.pdf (S. 27)
701 http://www.bizeps.or.at/broschueren/krank/
702 http://www.wag.or.at

Notwendige Voraussetzungen für ein selbst bestimmtes Leben mit Persönlicher Assistenz:

Anleitungskompetenz: KundInnen sagen, wie die Assistenz zu verrichten ist. Sie lernen die AssistentInnen selbst für die benötigten Hilfeleistungen an. Sie wissen am besten, welche Assistenzleistungen sie in welchem Umfang benötigen. Sie sind Expertinnen in eigener Sache.

Raumkompetenz: KundInnen bestimmen, wo Assistenz erfolgt, an welchem Ort die Assistenz erbracht wird (z. B. in der eigenen Wohnung, am Urlaubsort, am Arbeitsplatz, bei Besuchen bei FreundInnen und Familienangehörigen).

Organisationskompetenz: KundInnen legen Zeiten fest, wann Assistenz erfolgt, der Assistenzplan wird nach dem Tagesablauf und Lebensstil der KundInnen eingeteilt.

Personalkompetenz: KundInnen bestimmen, wer Assistenz leistet, sie wählen AssistentInnen aus.

Finanzkompetenz: KundInnen bestimmen Zahlungsmodalitäten und kontrollieren die Verwendung der ihnen zustehenden Finanzmittel, wie z. B. Leistungen aus dem Bundespflegegeldgesetz.[703]

5.10.5 Forschung, Qualifizierung und Empowerment für Frauen mit Behinderung

Angeregt durch das Jahr der Behinderung im Jahr 2002 wurden mehrere Forschungs- und Qualifizierungsprojekte des Bundessozialamts Wien (BSB) eingeleitet.

Forschungsprojekte

- **Vita – Erkundungsstudie zur beruflichen Lebenssituation von gehörlosen Frauen im Raum Wien und Umgebung (2002),** Trägerverein: Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen, Ziel: Verbesserung der Schul-, Ausbildungs- und Weiterbildungssituation von gehörlosen Frauen.
- **Frau sein barrierefrei (2003),** Trägerverein: Online Schulungs- und Beratungs-GmbH, Ziel: Sensibilisierung für die Lebenssituation und Entwicklung von Maßnahmen im Bereich von Ausbildung und Qualifizierung von behinderten Frauen.
- **Perspektiva: Erkundungsstudie zur Lebens- und Berufssituation blinder und hochgradig sehbehinderter Frauen in Wien (2004),** Trägerverein: SOFIA – Institut für ganzheitliche Sozialforschung und ihre Anwendung, Ziel: Verbesesserung der Ausbildung und beruflichen Situation von blinden und sehbehinderten Frauen, Eröffnung neuer beruflicher Perspektiven.
- **Luzia: Erkundungsstudie der Lebenssituation von arbeitsmarktfernen Frauen mit Behinderungen (laufend),** Trägerverein: SOFIA – Institut für ganzheitliche Sozialforschung und ihre Anwendung, Ziel: Anhand von quantitativen und qualitativen Befragungen wird die Lebenssituation von arbeitsmarktfernen Frauen mit Behinderungen erforscht und Handlungsansätze abgeleitet.
- **Studie zur Lebenssituation von behinderten Frauen und Mädchen mit Migrationserfahrung (laufend),** Träger: Initiative Minderheiten, Ziel: Über die Lebenssituation der Betroffenen ist in Österreich wenig bekannt. Anhand von teilstrukturierten Interviews mit Betroffenen sollen Fakten gesammelt, ein Überblick geschaffen und Lösungsansätze aufgezeigt werden.

Qualifizierungsprojekte

- **Kursmaßnahme Doppelt-Stark (2004),** Trägerverein: „equalizent“ Schulungs- und Beratungs-GmbH, Ziel: Berufsqualifizierungsmaßnahme für gehörlose und schwerhörige Frauen, besonderes Hauptaugenmerk wird auf die Vermittlung von EDV- und Wirtschaftskenntnissen gelegt.
- **Kursmaßnahme Prima Donna (2004),** Trägerverein: Jugend am Werk, Ziel: Berufliche Orientierung für behinderte Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren nach Absolvierung der Sonderschule oder einer Integrationsklasse. Hauptaugenmerk wird auf persönliche Nachreifung und berufliche Integration (in Form von Praktika) gelegt.
- **Kursmaßnahme IT-Identity (2004),** Trägerverein: Online – Schulungs- und Beratungs-GmbH, Ziel: Die Teilnehmerinnen durch Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe zu befähigen und zu bestärken, wieder in die Arbeitswelt einzusteigen (ECDL-Zertifikat und Wirtschafsführerschein EBDL).

[703] http://www.bizeps.or.at/broschueren/pa/

Empowerment-Seminare für Frauen mit Behinderung

Der seit 1998 bestehende Verein „NINLIL – Verein wider die sexuelle Gewalt gegen Frauen, die als geistig oder mehrfach behindert klassifiziert werden“[704] hat das Ziel, betroffene Frauen ernst zu nehmen und bei der Überwindung des Gefühls, allein gelassen zu sein, zu unterstützen. Die betroffenen Frauen machen immer wieder die Erfahrung, dass nicht Betroffene glauben, sie hätten keine sexuellen Bedürfnisse, verstünden nichts von Sexualität. In weiterer Folge wird ihnen oft nicht geglaubt, wenn sie von Gewalterfahrungen berichten. Frauen, die als geistig behindert klassifiziert werden, erfahren die gesellschaftliche Benachteiligung und Ausgrenzung in doppelter Weise: Aufgrund ihres Frauseins und aufgrund ihrer medizinischen Diagnose. Dadurch leben diese Frauen in einem weitgehend fremdbestimmten Alltag, in sozialer und institutioneller Abhängigkeit und der gesellschaftlichen Vorstellung „geschlechtslose Neutren“ zu sein. Die mangelnde Ausdrucksmöglichkeit und das Vorurteil der Unglaubwürdigkeit tragen zu einem äußerst täterfreundlichen Umfeld bei. Sexuelle Begleitung erfolgt kaum oder nur im Sinne von Aufklären über biologische und technische Sachverhalte. Das Konzept der Unterstützungs- und Beratungsangebote von NINLIL ist so angelegt, dass Frauen mit unterschiedlichen Arten von Behinderungen teilnehmen können. Die Seminare finden außerhalb von Behinderteninstitutionen statt. Ideen, Anliegen und Bedürfnisse der Seminarteilnehmerinnen werden laufend berücksichtigt. Ziel ist es, die Seminare kostenlos anzubieten. Eigene individuelle Stärken der betroffenen Frauen sollen (wieder) entdeckt und gefördert werden, damit Selbstbestimmung, eigenes Handeln und Gestalten möglich werden und ein eigenes Kontrollbewusstsein (wieder) gewonnen werden kann. Ein Weg dahin ist die sexuelle Begleitung von Frauen, die als geistig oder mehrfach behindert klassifiziert werden, aber auch die Bewusstseinsbildung bei MultiplikatorInnen und in der Öffentlichkeit. Ein Beispiel für ein Angebot von NINLIL ist z. B. „Lust mich zu spüren“, eine Bewegungsgruppe für Frauen. Inhalt des Kurses ist Bewegung, Entspannung, Meditation, orientalischer Frauentanz. Weitere Kurstitel sind: Mein Körper gehört mir! Nein sagen ist erlaubt! Erzähle und suche Hilfe; Selbstverteidigung; Beziehungen – Mein Leben mit anderen. Der Verein NINLIL wird durch Subventionen des Frauenbüros der Stadt Wien, des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, der Grünen Frauen Wiens, der Alternativen und Grünen GewerkschafterInnen, der Grünen Landstraße und der Österreichischen Nationalbank unterstützt. Der Verein besteht aus einer Beraterin (auch zuständig für Öffentlichkeitsarbeit und Koordination) und einer Assistentin (zugleich Koordinatorin der women first-Gruppe). Pro Jahr werden rund 40 Seminare bzw. Gruppen abgehalten.

[704] http://www.ninlil.at; NINLIL ist der Name einer sumerischen Göttin, die sich gegen sexuelle Ausbeutung gewehrt hat. Sie ist sich der eigenen weiblichen Identität und sexuellen Bedürfnisse sehr bewusst und steht vor allem für das Wissen über die Möglichkeit eines selbstbewussten „Neins“ zu den unangemessenen Wünschen anderer Personen.

VI.
FRAUEN IN BESONDEREN SOZIALEN LAGEN, MIT SPEZIELLEN GESUNDHEITSBEDÜRFNISSEN

WOMEN IN SPECIAL SOCIAL SITUATIONS, WITH SPECIFIC HEALTH CARE NEEDS

INHALT

6 FRAUEN IN BESONDEREN SOZIALEN LAGEN, MIT SPEZIELLEN GESUNDHEITSBEDÜRFNISSEN 379

6.1 ALLEINERZIEHERINNEN 382

6.2 MIGRANTINNEN 384

6.2.1 Frauen mit Migrationshintergrund in Wien 385

6.2.2 Migrantinnen im Gesundheitssystem: gesundheitliche Lage, Inanspruchnahme 387

6.2.3 Altern und Migration 388

6.2.4 Interkulturelle Kompetenz und Öffnung des Gesundheitssystems 391

6.2.5 Gewalt gegen Migrantinnen, traditionsbedingte Gewalt 392

6.2.6 Genitalbeschneidung (FGM) 392

6.2.7 Frauen- und Mädchenhandel 395

6.2.8 Zwangsverheiratung 397

6.3 LESBISCHE FRAUEN 398

6.4 WOHNUNGSLOSE FRAUEN 401

6.5 PROSTITUIERTE 403

Notwendige Voraussetzungen für ein selbst bestimmtes Leben mit Persönlicher Assistenz:

Anleitungskompetenz: KundInnen sagen, wie die Assistenz zu verrichten ist. Sie lernen die AssistentInnen selbst für die benötigten Hilfeleistungen an. Sie wissen am besten, welche Assistenzleistungen sie in welchem Umfang benötigen. Sie sind Expertinnen in eigener Sache.

Raumkompetenz: KundInnen bestimmen, wo Assistenz erfolgt, an welchem Ort die Assistenz erbracht wird (z. B. in der eigenen Wohnung, am Urlaubsort, am Arbeitsplatz, bei Besuchen bei FreundInnen und Familienangehörigen).

Organisationskompetenz: KundInnen legen Zeiten fest, wann Assistenz erfolgt, der Assistenzplan wird nach dem Tagesablauf und Lebensstil der KundInnen eingeteilt.

Personalkompetenz: KundInnen bestimmen, wer Assistenz leistet, sie wählen AssistentInnen aus.

Finanzkompetenz: KundInnen bestimmen Zahlungsmodalitäten und kontrollieren die Verwendung der ihnen zustehenden Finanzmittel, wie z. B. Leistungen aus dem Bundespflegegeldgesetz.[703]

5.10.5 Forschung, Qualifizierung und Empowerment für Frauen mit Behinderung

Angeregt durch das Jahr der Behinderung im Jahr 2002 wurden mehrere Forschungs- und Qualifizierungsprojekte des Bundessozialamts Wien (BSB) eingeleitet.

Forschungsprojekte

- **Vita – Erkundungsstudie zur beruflichen Lebenssituation von gehörlosen Frauen im Raum Wien und Umgebung (2002),** Trägerverein: Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen, Ziel: Verbesserung der Schul-, Ausbildungs- und Weiterbildungssituation von gehörlosen Frauen.
- **Frau sein barrierefrei (2003),** Trägerverein: Online Schulungs- und Beratungs-GmbH, Ziel: Sensibilisierung für die Lebenssituation und Entwicklung von Maßnahmen im Bereich von Ausbildung und Qualifizierung von behinderten Frauen.
- **Perspektiva: Erkundungsstudie zur Lebens- und Berufssituation blinder und hochgradig sehbehinderter Frauen in Wien (2004),** Trägerverein: SOFIA – Institut für ganzheitliche Sozialforschung und ihre Anwendung, Ziel: Verbesesserung der Ausbildung und beruflichen Situation von blinden und sehbehinderten Frauen, Eröffnung neuer beruflicher Perspektiven.
- **Luzia: Erkundungsstudie der Lebenssituation von arbeitsmarktfernen Frauen mit Behinderungen (laufend),** Trägerverein: SOFIA – Institut für ganzheitliche Sozialforschung und ihre Anwendung, Ziel: Anhand von quantitativen und qualitativen Befragungen wird die Lebenssituation von arbeitsmarktfernen Frauen mit Behinderungen erforscht und Handlungsansätze abgeleitet.
- **Studie zur Lebenssituation von behinderten Frauen und Mädchen mit Migrationserfahrung (laufend),** Träger: Initiative Minderheiten, Ziel: Über die Lebenssituation der Betroffenen ist in Österreich wenig bekannt. Anhand von teilstrukturierten Interviews mit Betroffenen sollen Fakten gesammelt, ein Überblick geschaffen und Lösungsansätze aufgezeigt werden.

Qualifizierungsprojekte

- **Kursmaßnahme Doppelt-Stark (2004),** Trägerverein: „equalizent“ Schulungs- und Beratungs-GmbH, Ziel: Berufsqualifizierungsmaßnahme für gehörlose und schwerhörige Frauen, besonderes Hauptaugenmerk wird auf die Vermittlung von EDV- und Wirtschaftskenntnissen gelegt.
- **Kursmaßnahme Prima Donna (2004),** Trägerverein: Jugend am Werk, Ziel: Berufliche Orientierung für behinderte Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren nach Absolvierung der Sonderschule oder einer Integrationsklasse. Hauptaugenmerk wird auf persönliche Nachreifung und berufliche Integration (in Form von Praktika) gelegt.
- **Kursmaßnahme IT-Identity (2004),** Trägerverein: Online – Schulungs- und Beratungs-GmbH, Ziel: Die Teilnehmerinnen durch Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe zu befähigen und zu bestärken, wieder in die Arbeitswelt einzusteigen (ECDL-Zertifikat und Wirtschafsführerschein EBDL).

[703] http://www.bizeps.or.at/broschueren/pa/

Beispiele der Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Wiener Stadtplanung

Geschlechtsspezifische Parkgestaltung

Grün- und Freiräume haben im bebauten Stadtgebiet auch soziale Funktionen. Durch die Gestaltung einer Grünfläche oder Parkanlage werden die Nutzungsmöglichkeiten und NutzerInnen vordefiniert. Geschlechtssensible Parkgestaltung bedeutet deshalb, die Organisation und Ausstattung der Freiflächen so vorzunehmen, dass Mädchen die gleichen Chancen und Entfaltungsmöglichkeiten bekommen wie Buben. Ziel der **Leitstelle alltags- und frauengerechtes Planen und Bauen**[691] ist es, die Präsenz von Mädchen im öffentlichen Raum zu stärken, ihre Raumaneignung zu unterstützen, und ein ausgewogenes Verhältnis von weiblichen und männlichen Parkbesuchenden zu erreichen. In diesem Sinne wurden der Einsiedlerplatz und der St.-Johann-Park geschlechtssensibel gestaltet. Ein partizipativer Prozess durch Befragungen (Parkbetreuung, Gebietsbetreuung, aktive Mütter, Bezirksvertretung, Jugendkontaktbeamte der Polizei sowie LehrerInnen der nahe gelegenen Schule) und die gemeinsame Diskussion möglicher Lösungsansätze sind Merkmale dieser innovativen Methode. Die Parkplanung mit Mädchenbeteiligung am Donaukanal/Odeongasse verfolgte die Idee, Mädchen direkt an der Parkgestaltung zu beteiligen. Sie artikulierten ihre Wünsche und Bedürfnisse und konnten unter professioneller Anleitung ihre Anliegen zu Planungsvorschlägen verdichten. Es waren dies ein Rückzugsraum, ein Kommunikationsraum, ein Raum für Spiel und Sport, der nicht von Burschen vereinnahmt wird.

Öffentliche Beleuchtung

Frauen werden – neben Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen – häufiger als Männer Opfer von Kriminaldelikten. Nach dem Prinzip „Sehen und gesehen werden“ bemüht sich die MA 33 den persönlichen Schutz und das Sicherheitsgefühl durch die Verminderung von Angsträumen zu erhöhen und so Chancengleichheit in der Mobilität zu erreichen.

5.10 Frauen mit Behinderung

Siehe auch: „barrierefrei“ – Gynäkologische Vorsorge und Versorgung von Frauen mit Behinderung (Kapitel 10.1.10).

Zusammenfassung

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

Summary: Women with disabilities

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

[691] http://www.wien.gv.at/mdbd/ (Geschäftsbereich Bauten und Technik, Stadtbaudirektion MD-BD) und http://www.opening-net.info/docs/OPENING_Stadtplanung_PraesKail_dt.pdf