

Einleitung

Das Gesundheitsverhalten, die Betroffenheit von bestimmten Krankheitsformen sowie der Zugang zum Gesundheitswesen sind nicht nur durch das biologische und soziale Geschlecht, sondern auch durch eine Reihe weiterer soziodemografischer Merkmale geprägt (vgl. Statistik Austria 2008). So steigt mit dem Bildungsstand die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und damit die Bereitschaft an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen sowie der Wissensstand um gesunde Ernährung oder gesunden Lebensstil. Der Zugang zum Gesundheitswesen basiert in den meisten Fällen auf eigener Erwerbstätigkeit oder der Erwerbstätigkeit der Partnerin/des Partners oder er hängt von anderen finanziellen Ressourcen ab. Neben diesen sozioökonomischen Charakteristika ist der Zugang zum Gesundheitswesen aber auch vom (sozio-)kulturellen Hintergrund bzw. unterschiedlichen kulturellen Einstellungen zu Körper und Krankheit geprägt (vgl. Wimmer-Puchinger et al. 2006).

Eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung wird den Bedürfnissen und Lebensrealitäten von Frauen und Männern gleichermaßen gerecht (vgl. WHO 2009). Wenn es um eine Gender-Perspektive im Kontext von Gesundheit geht, ist mehr gemeint, als die geschlechtsspezifische Betroffenheit von Krankheiten, wie z.B. Schwangerschaftsbeschwerden oder Prostataerkrankungen. Vielmehr geht es darum, dass geschlechtsspezifische Lebensrealitäten das Entstehen aber auch Erkennen von typisch weiblichen und typisch männlichen Erkrankungen bedingen. So gelten Essstörung und Depression als typisch weibliche Erkrankungen, weil überwiegend Frauen betroffen sind. Darüber hinaus gibt es Krankheiten, die bei Frauen und Männern unterschiedlich entstehen, sich unterschiedlich entfalten und unterschiedlich behandelt werden, wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. Biesig/Gutzwiller 2002). Diese Unterschiede in Krankheitsbildern und Behandlungen werden durch die Lebensumstände von Frauen und Männern noch verstärkt. So nehmen Frauen mit Herzerkrankungen aufgrund familiärer Verpflichtungen deutlich seltener als Männer stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch (vgl. BMG 2011).

Die Integration einer Gender-Perspektive im Gesundheitswesen erfordert unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der Gender-Medizin die Entwicklung und Verbesserung von Angeboten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Sie erfordert aber auch die systematische Berücksichtigung einer Gender-Perspektive in der Aus- und Weiterbildung von Personen in Gesundheits- und Pflegeberufen wie auch von Angehörigen der Verwaltung im Gesundheitswesen, um eine Unter- oder Fehlversorgung von Frauen zu vermeiden.

Mit dem Frauengesundheitsbericht wird in regelmäßigen Abständen der Gesundheitszustand von Frauen und Männern sowie die unterschiedliche Betroffenheit von bestimmten Erkrankungen dargestellt, wobei auf unterschiedliche Lebenswelten und sozioökonomische Determinanten des Gesundheitszustandes eingegangen wird (vgl. BMG 2011). Aus diesem Grund werden im Wiener Gleichstellungsmonitor andere thematische Schwerpunkte gesetzt.

Konkret wurden folgende gleichstellungspolitisch relevanten Handlungsfelder und Gleichstellungsziele für das Thema Gesundheit definiert:

- . Verbesserung des Zugangs von Frauen zum Gesundheitssystem
- . Aufbau von Gesundheitskompetenz (Health Literacy)
- . Stärkere Verankerung von Gender-Medizin und ihren Erkenntnissen in der Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen und Pflegepersonal wie auch in der medizinischen und pharmazeutischen Forschung
- . Infragestellen von Schönheitsnormen und Rollenbildern
- . Unterstützung selbstbestimmter Reproduktion
- . Gleiche Zugangschancen zu und Aufstiegschancen in medizinischen Berufen

Indikator 1 zeigt, in welchem Ausmaß Frauen und Männer **gesundheitliche Risikofaktoren**, wie Rauchen, problematischer Alkoholkonsum, Übergewicht oder Bewegungsmangel, aufweisen. Hierfür wird auf Befragungsdaten, konkret die ↗ Gesundheitsbefragung 2006/2007, zurückgegriffen. **Indikator 2** stellt die Inanspruchnahme von allgemeinen und gynäkologischen **Vorsorgeuntersuchungen** dar. Die Datengrundlage bilden Verwaltungsdaten, konkret Daten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger. Diese beiden Aspekte (Risikofaktoren und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen) sind zentrale Elemente der **Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz** (Health Literacy), die mit **Indikator 3** abgebildet wird. Hierfür wird auf die Wien-Daten aus einer 2011 EU-weit durchgeführten ↗ Health Literacy Survey zurückgegriffen.

Indikator 4 repräsentiert den Frauenanteil unter Patientinnen und Patienten mit **Esstörungen**, die stationär in Wiener Spitälern behandelt wurden. Dafür wird die Spitalsentlassungsstatistik herangezogen, die jedoch nur die „Spitze des Eisberges“ abdeckt, da stationäre Aufenthalte nur in sehr schweren Fällen erfolgen. Essstörungen gehen zumeist mit einer gestörten Körperwahrnehmung einher und sind im Zusammenhang mit medial transportierten und gesellschaftlich vorherrschenden Schönheitsnormen und Rollenbildern zu sehen. **Indikator 5** greift diese Problematik auf, indem die **Körperwahrnehmung von Mädchen und Buben** in Abhängigkeit vom ↗ Body Mass Index (BMI) auf Basis einer Befragung zum Gesundheitsverhalten von Jugendlichen (↗ HBSC-Studie, Sonderauswertung für Wien) thematisiert wird.

Die Indikatoren 6 bis 9 sprechen unterschiedliche Aspekte der Reproduktion an: **Indikator 6** bildet den Anteil von **Teenagerschwangerschaften** an allen Schwangerschaften ab, wofür auf die Geburtenstatistik zurückgegriffen wird. **Indikator 7** stellt **Verhütung und Verhütungsmethoden** dar und bezieht sich dafür auf Befragungsdaten des Gynmed ↗ Verhütungsreports. **Indikator 8** thematisiert **künstliche Befruchtung**, wofür Verwaltungsdaten des In-vitro-Fertilisations-Fonds (IVF-Fonds) herangezogen werden. **Indikator 9** stellt den Anteil von Geburten durch **Kaiserschnitt** an allen Geburten dar, wofür auf die Geburtenstatistik zurückgegriffen wird.

Anschließend werden mit **Indikator 10 Beschäftigte in Wiener Krankenhäusern** die Beschäftigungs- und Aufstiegschancen von Frauen in Wiener Krankenhäusern und Krankenanstalten beleuchtet. Mit **Indikator 11 Fachliche Spezialisierung von Ärztinnen und Ärzten** wird die Segregation innerhalb dieser Berufsgruppe thematisiert. Hierfür werden Daten der Ärztekammer Wien und des Krankenanstaltenverbundes (KAV) verwendet. **Indikator 12 Fremdsprachenkenntnisse in Ordinationen** adressiert Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen für Menschen mit Migrationshintergrund und bildet den Anteil von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ab, in deren Ordination die in Wien am häufigsten vorkommenden Fremdsprachen gesprochen werden.

In Hinblick auf die formulierten Gleichstellungsziele im Bereich Gesundheit zeigen sich mehrere gravierende Datenlücken: Eine dieser Datenlücken bezieht sich auf die Etablierung von Gender-Medizin sowie auf die Verankerung von gendermedizinischen Erkenntnissen in der Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen oder Pflegepersonal sowie in der Forschung. Für diesen Bereich werden derzeit keine standardisierten Informationen erhoben. So liegen beispielsweise keine Informationen darüber vor, inwieweit in der Pharmaforschung bereits im Studiendesign auf geschlechtsspezifische Analysen Rücksicht genommen wird. Eine zweite Datenlücke bilden fehlende Informationen über Ausmaß und Zusammensetzung jener Gruppe von Personen, die keinen sozialversicherungsrechtlichen Schutz aufweisen. Vielmehr liegen mit Verwaltungs- oder Befragungsdaten punktuelle Informationen vor, wie z.B. über jene in der Mindestsicherung erfassten Personen oder über Studierende an österreichischen Universitäten und Fachhochschulen, die keine Krankenversicherung haben. 2% aller Studierenden – Frauen und Männer gleichermaßen – sind nicht sozialversichert (vgl. Unger et al. 2012). Doch nicht nur über die Risikogruppe derer ohne Krankenversicherung, sondern auch über Frauen und Männer, die eine Zusatz- oder private Krankenversicherung haben, liegen keine umfassenden Statistiken vor.

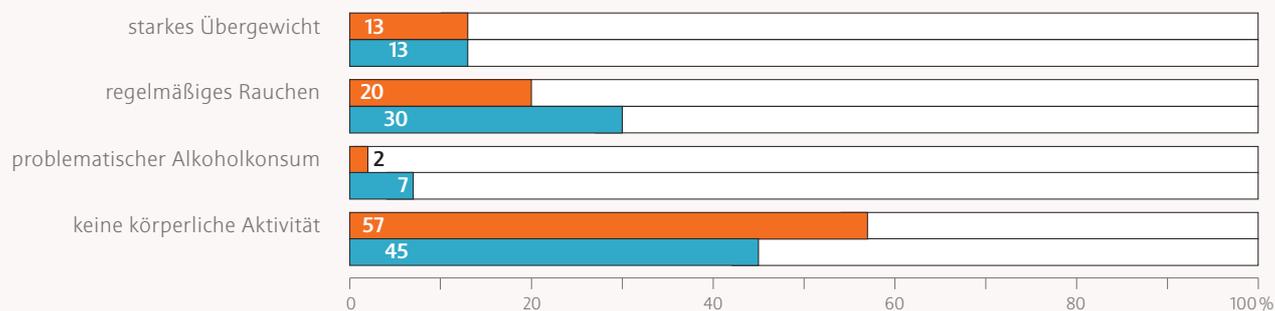
Weiters bestehen im Zusammenhang mit selbstbestimmter Reproduktion Datenlücken: Aus einer Gleichstellungsperspektive ist es von zentraler Bedeutung, dass Frauen frei und eigenverantwortlich über die Anzahl ihrer Kinder, den Zeitpunkt und die Geburtenabstände entscheiden können. Es gilt also einerseits, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden und die Notwendigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen zu verringern. Für ein regelmäßiges Monitoring wären daher Informationen über Methoden der Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbrüche, Kinderwunsch und realisierte Kinderzahl erforderlich. Für diese Themen stellt sich die Datenlage dürrtig bzw. fragmentiert dar: Schwangerschaftsabbrüche können jeweils zum Teil durch Abrechnungsdaten der Sozialversicherung, durch die Kostenübernahmen der MA 40 - Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht und/oder über ausgewählte Kliniken erfasst werden, da es sich bei medizinisch nicht indizierten Schwangerschaftsabbrüchen um keine Versicherungsleistung handelt. Zum anderen geht es darum, nicht realisierte oder unerfüllte Kinderwünsche zu erfassen. Mit der „Generation and Gender Survey“, einer international durchgeführten Befragung zum generativen Verhalten, in der auch der Kinderwunsch thematisiert wird, liegen auch für Österreich Daten zur gewünschten und realisierten Kinderzahl vor (vgl. Buber/Neuwirth 2012; Buber-Ennser et al. 2014). Diese bestätigen für Österreich das Ideal der Zwei-Kind-Familie und zeigen gleichzeitig, dass vermutlich 20% der Frauen, die um 1970 geboren wurden, kinderlos bleiben werden. Allerdings ist diese Kinderlosigkeit nur von 8% der Frauen gewünscht. Neuwirth und Wernhart (2013) zeigen, dass die Realisierungserwartung des Kinderwunsches durch die Erwerbsintegration von Frauen, durch stabile PartnerInnenschaft und stabile Wohnverhältnisse positiv beeinflusst wird. Künstliche Befruchtung ist eine Möglichkeit, mit ungewollter Kinderlosigkeit umzugehen. Eine aktuelle Befragung von Frauen im Wochenbett in Wiener Spitälern zeigt, dass 2% der Geburten eine künstliche Befruchtung zugrunde liegt (vgl. Wimmer-Puchinger et al. 2013a). Administrative und damit laufend verfügbare Daten über künstliche Befruchtungen liegen nur für jene Fälle vor, in denen eine Kostenbeteiligung durch den IVF-Fonds erfolgt. Dies ist nur dann der Fall, wenn die Frau noch keine 40 Jahre alt ist, d.h., es wird auch hier nur ein Teil des Phänomens erfasst.

Gesundheitliche Risikofaktoren

Dieser Indikator bildet anhand der Gesundheitsbefragung 2006/2007 den Anteil von Frauen und Männern ab, die gesundheitliche Risikofaktoren aufweisen, wobei konkret starkes Übergewicht, regelmäßiges Rauchen, problematischer Alkoholkonsum und körperliche Inaktivität berücksichtigt werden.

Von starkem Übergewicht sind rund 13% der Frauen und Männer betroffen, wobei mit dem Alter die Betroffenheit bei Frauen und Männern gleichermaßen zunimmt: In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen haben rund 20% starkes Übergewicht. Regelmäßige RaucherInnen sind 30% der Männer und 20% der Frauen, wobei jüngere Frauen am häufigsten angeben regelmäßig zu rauchen (29% der Frauen bis 24 Jahre rauchen regelmäßig und 22% der Frauen im Haupterwerbssalter zwischen 15 und 64 Jahren). Bei Männern zeigen sich über die Altersgruppen hinweg wenig Veränderungen, erst ab 65 Jahre geht der Anteil regelmäßiger Raucher zurück (15%). Problematischer Alkoholkonsum betrifft Männer häufiger als Frauen (7% der Männer und 2% der Frauen). Auch hier sind jüngere Frauen am stärksten betroffen (5% der Frauen

1.1 Gesundheitliche Risikofaktoren nach Geschlecht



Definition: Anteil der Frauen und Männer in der Wiener Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, die die genannten Risikofaktoren aufweisen in Prozent.

Datenquelle: Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Statistik Austria), Berechnungen: IHS.

Methodische Hinweise: Risiko wurde wie folgt definiert: Starkes Übergewicht liegt bei einem BMI (Body-Mass-Index) über 30 vor. Regelmäßiges Rauchen ist definiert als tägliches Rauchen mindestens einer Zigarette. Keine körperliche Aktivität liegt vor, wenn Befragte nicht mindestens ein Mal pro Woche durch körperliche Betätigung, wie z.B. Laufen, Radfahren und Aerobic, ins Schwitzen kommen. Problematischer Alkoholkonsum liegt nach Definition der WHO (vgl. Nosikov/Gudex 2003) vor, wenn mindestens zwei der folgenden vier Fragen mit „Ja“ beantwortet werden: Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, dass Sie ihren Alkoholkonsum verringern sollten? Hat jemand Sie durch Kritisieren ihres Alkoholkonsums ärgerlich gemacht? Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen ihres Alkoholtrinkens? Haben Sie einmal morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?

Frauen ■
Männer ■

unter 25 Jahren). Körperliche Inaktivität betrifft verstärkt Frauen, da 57% der Frauen und 45% der Männer nicht mindestens einmal pro Woche in ihrer Freizeit körperlich aktiv sind. Jüngere Frauen sind öfter körperlich aktiv, allerdings im Vergleich zu Männern in deutlich geringerem Ausmaß: 47% der Frauen unter 25 Jahren sind nicht körperlich aktiv im Vergleich zu nur 15% der gleichaltrigen Männer. Die Risikofaktoren starkes Übergewicht, Rauchen und körperliche Inaktivität treten mit höherem Bildungsstand seltener auf (vgl. Statistik Austria 2008). Beim problematischen Alkoholkonsum stellt sich der Zusammenhang jedoch umgekehrt dar: Während 2% der Frauen und 3% der Männer mit Pflichtschulabschluss einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, trifft dies auf 4% der Akademikerinnen und 10% der Akademiker zu.

Vorsorgeuntersuchungen

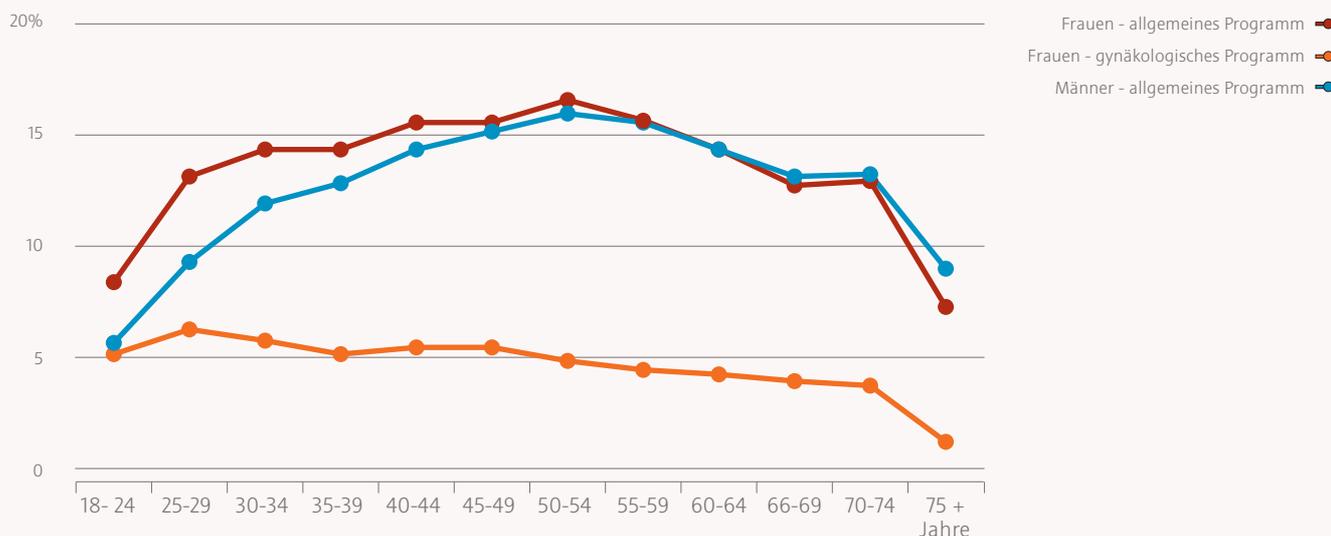
Indikator 2 bildet die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch Frauen und Männer ab. Die Vorsorgeuntersuchung als regelmäßige Untersuchung des allgemeinen Gesundheitszustandes ist eine Leistung der österreichischen Sozialversicherungsträger und steht allen Personen ab dem 18. Lebensjahr einmal im Jahr offen. Ziel ist es, Erkrankungen möglichst schon im Frühstadium zu erkennen und mit einer frühzeitigen Therapie oder der Änderung von Gewohnheiten (Ernährung, Bewegung) schweren Erkrankungen vorzubeugen. Vorsorgeuntersuchungen können bei allen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie in den Gesundheitszentren der Stadt Wien in Anspruch genommen werden.

Im Jahr 2011 wurden in Wien insgesamt 216.800 Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, wovon 181.540 auf das allgemeine Untersuchungsprogramm und 35.260 auf gynäkologische Untersuchungen entfielen. Die allgemeine Vorsorgeuntersuchung nehmen Frauen etwas häufiger als Männer in Anspruch (13% der in Wien lebenden Frauen ab 18 Jahren und 12% der Männer). Damit entspricht der Abdeckungsgrad der Wohnbevölkerung in Wien dem österreichweiten Durchschnitt, liegt aber deutlich niedriger als in anderen Bundesländern. So nehmen beispielsweise im Burgenland 21% der Wohnbevölkerung an Vorsorgeuntersuchungen teil, 19% in Tirol, 18% in Kärnten und 17% in Vorarlberg.

Männer beginnen im Durchschnitt später als Frauen, an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen. Während bereits 8% der Frauen bis 24 Jahre und 13% der Frauen zwischen 25 und 29 Jahren an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, sind es nur 6% bzw. 9% der Männer in diesen Altersgruppen. Ab dem 40. Lebensjahr stellt sich bei Frauen und Männern die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen stabil dar und geht erst ab dem 65. Lebensjahr wieder zurück.

Laut der österreichweit durchgeführten Gesundheitsbefragung 2006/2007 haben zwei Drittel aller österreichischen Frauen zwischen 15 und 60 Jahren in den letzten 12 Monaten eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufgesucht. Bei den 60- bis 74-jährigen Frauen liegt dieser Anteil immerhin noch bei 42%, während er bei den über 75-Jährigen nur mehr 15% beträgt. Im Rahmen dieser Besuche erfolgen zumeist auch Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen (vgl. Statistik Austria 2007). Aus diesem Grund liegt der Anteil der Frauen, die gesondert eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, deutlich niedriger (in den Altersgruppen bis zum 50. Lebensjahr zwischen 5% und 6%).

2.1 Vorsorgeuntersuchungen nach Altersgruppen und Geschlecht



Definition: Der Abdeckungsgrad des allgemeinen Untersuchungsprogramms bildet den Anteil der Frauen und Männer, die die allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung ab. Der Abdeckungsgrad des gynäkologischen Programms bildet den Anteil der Frauen, die die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung ab.

Datenquelle: Sonderauswertung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für das Jahr 2011.

Methodische Hinweise: Erfasst sind Vorsorgeuntersuchungen, die über den Hauptverband der Sozialversicherungsträger abgerechnet wurden.

Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz

Indikator
3

Gesundheitskompetenz (Health Literacy) bezeichnet das Wissen, die Motivation und die Kompetenz einer Person, im Alltag relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und anzuwenden, um Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten und verbessern (vgl. Sorensen et al. 2012). Dabei wird zwischen den Domänen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung unterschieden. Indikator 3 bildet die Gesundheitskompetenz von Frauen und Männern in Wien auf Basis von Befragungsdaten des Health Literacy Survey Europe 2011 (HLS-EU) ab, wobei die Gesundheitskompetenz durch 47 Fragen gemessen wurde.¹ Für die drei Domänen und für „Gesamt“ wurden Indices gebildet, die zwischen 0 und 50 Punkten variieren konnten. Für die Indices wurden jeweils vier Levels definiert: inadäquate, problematische, ausreichende und exzellente Gesundheitskompetenz.²

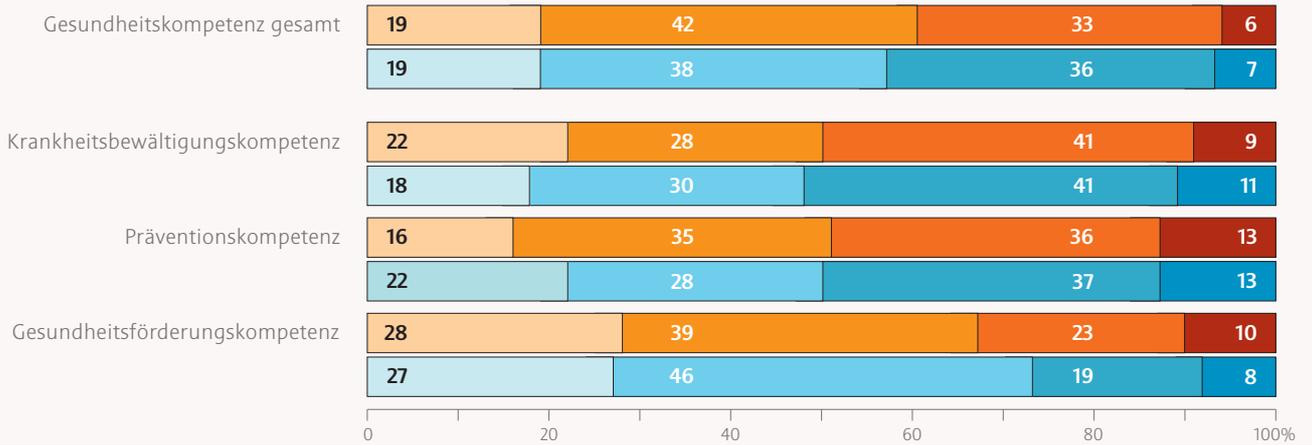
¹ Dabei beziehen sich 16 Fragen auf die Dimension Krankheitsbewältigung, 15 Fragen auf Prävention und 16 Fragen auf Gesundheitsförderung.

² Personen, die weniger als 25 Punkte bei den Indices erreichen, fallen in die Kategorie „inadäquate Gesundheitskompetenz“. Auf diesem Kompetenzlevel wurden zumindest 50% der Items als schwierig oder sehr schwierig bewertet. Der nächste Grenzwert, der die beiden Kategorien „problematische Gesundheitskompetenz“ und

„ausreichende Gesundheitskompetenz“ trennt, wurde bei 33 Punkten, das heißt, bei etwa zwei Drittel des erreichbaren Punktemaximums fixiert. Dieser Wert liegt in der österreichischen sowie in der 8-Länder-Stichprobe der HLS-EU-Studie in der Nähe der Mediane der Index-Verteilungen. Der Grenzwert zwischen den Levels „ausreichend“ und „exzellent“ wurde bei 42 Punkten festgelegt und entspricht etwa fünf Sechstel der möglichen Maximalpunktzahl (vgl. Pelikan et al. 2013).

In Wien weisen knapp zwei Drittel der Frauen und 57% der Männer eine mangelnde oder problematische Gesundheitskompetenz auf. Von den drei einbezogenen Dimensionen ist insbesondere die Gesundheitsförderungskompetenz niedrig ausgeprägt. Hinsichtlich der Gesundheitskompetenz zeigen sich insofern geschlechtsspezifische Unterschiede, als Frauen im Vergleich zu Männern eine etwas niedrigere Gesamtgesundheitskompetenz aufweisen. Die Gesundheitskompetenz von Frauen ist etwas öfter als bei Männern als problematisch zu bezeichnen, während jene der Männer etwas öfter ausreichend ist. Dies gilt auch für die Teildimensionen Krankheitsbewältigung und Prävention. Bei der insgesamt schwach ausgeprägten Dimension Gesundheitsförderung schneiden Frauen dagegen etwas besser ab als Männer.

3.1 Gesundheitskompetenz gesamt, Krankheitsbewältigungskompetenz, Präventionskompetenz und Gesundheitsförderungskompetenz nach Geschlecht

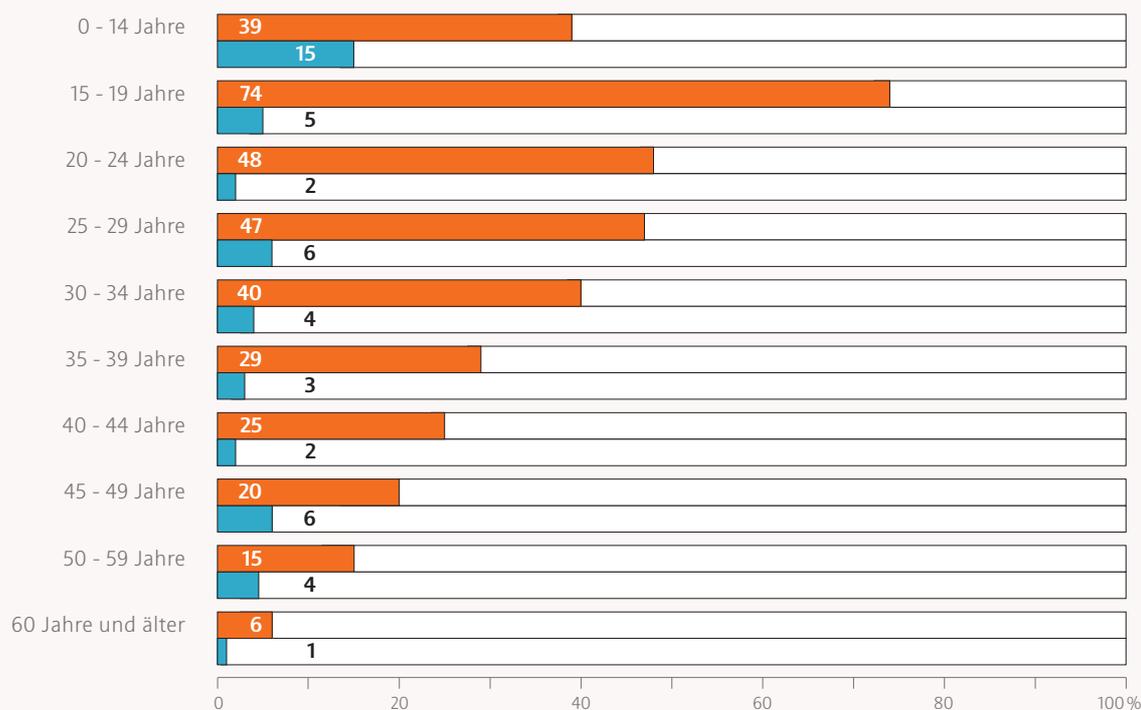


Definition: Gesundheitskompetenz gesamt sowie die Teildimensionen Krankheitsbewältigungskompetenz, Präventionskompetenz, Gesundheitsförderungskompetenz nach Geschlecht in Prozent.
Datenquelle: Health Literacy Survey Europe 2011, Sonderauswertung für Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.
Methodische Hinweise: Gewichtete Daten. Folgende Intervalle wurden für die Definition der Gesundheitskompetenz-Level gewählt: 0-25 Punkte für „inadäquat“, 26-33 Punkte für „problematisch“, 34-42 Punkte für „ausreichend“ und 43-50 Punkte für „exzellent“.

Esstörungen

Unter dem Begriff Esstörungen werden psychische Erkrankungen zusammengefasst, die schwere Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben und mit einem gestörten Selbstwertgefühl, niedrigem Selbstvertrauen oder Identitätsstörungen einhergehen (vgl. BMG 2011). Esstörungen haben darüber hinaus gravierende Auswirkungen auf Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Geburt. Langer und Wimmer-Puchinger (2009) gehen davon aus, dass viele Frauen, die sich einer Fruchtbarkeitsbehandlung unterziehen, eine nicht diagnostizierte Essstörung haben. Frauen mit Esstörungen sind überdurchschnittlich häufig von Schwangerschaftsproblemen, Fehlgeburten und Kaiserschnitten betroffen. Sie haben auch überdurchschnittlich oft untergewichtige Kinder.

4.1 Personen in stationärer Behandlung aufgrund von Esstörungen nach Geschlecht und Alter



Definition: Anzahl von Frauen und Männern in stationärer Behandlung aufgrund von Esstörungen in Wiener Spitälern nach Alter.

Datenquelle: Spitalsentlassungsstatistik 2012.

Methodische Hinweise: Personen mit F50-Diagnosen (International Classification of Diseases, WHO).

Frauen ■
Männer ■

3 Damit werden nur die schwersten Fälle erfasst, da grundsätzlich eine ambulante Behandlung angestrebt wird (vgl. Wiener Initiative gegen Essstörungen 2011).

Konkret zählen zu den Essstörungen Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) und Binge Eating Disorder (Ess-Attacken ohne Erbrechen). Der Indikator 4 bildet Fälle schwerer Essstörungen ab, die eine stationäre Behandlung erfordern.³ Essstörungen betreffen überwiegend Mädchen und Frauen. Laut Spitalsentlassungsstatistik waren im Jahr 2012 343 Mädchen bzw. Frauen und 48 Buben bzw. Männer in stationärer Behandlung aufgrund von Essstörungen, wobei von einer deutlich höheren Anzahl an Betroffenen auszugehen ist. Ein Drittel der Mädchen bzw. Frauen in stationärer Behandlung und 41% der Buben bzw. Männer sind maximal 19 Jahre alt.

Eine Person kann mehrere stationäre Aufenthalte pro Jahr aufweisen. 2012 wurden in Wiener Spitälern 723 Aufenthalte von Mädchen bzw. Frauen und 121 Aufenthalte von Buben bzw. Männern aufgrund von Essstörungen gezählt. D.h., auf eine weibliche Person mit Essstörungen entfallen im Schnitt 2,1 Aufenthalte, der Vergleichswert für Buben bzw. Männer liegt bei 2,5 Aufenthalten.

Indikator

5

Körperwahrnehmung von Mädchen und Buben

 siehe Kunst und Medien Indikator 9 Sexistische Werbung

Grundlage für Essstörungen sind häufig unrealistische Schönheitsideale, die auch durch die öffentliche Darstellung von Frauen und Mädchen in den Medien verstärkt werden. Im Rahmen des Wiener Frauengesundheitsprogramms wird daher einerseits mit den Medien und der Wirtschaft kooperiert, um ein anderes Frauenbild in der öffentlichen Darstellung zu verankern („S-O-Ess Initiative gegen ungesunde Schlankheitsideale“) und auf der anderen Seite wird Präventionsarbeit in Schulen geleistet. Der Indikator 5 bildet daher zum einen die Einschätzung ihres Aussehens von unter- bzw. normalgewichtigen und übergewichtigen bzw. adipösen Jugendlichen ab und zum anderen den Anteil der Mädchen und Buben, die gefährdet sind, an einer Essstörung zu erkranken.

Insgesamt denken 42% der Mädchen und rund die Hälfte der Buben, dass sie ungefähr das richtige Gewicht haben. Von den übergewichtigen Mädchen sind 7% der Meinung, ungefähr das richtige Gewicht zu haben, jedoch etwas mehr als ein Viertel der Buben. Vielmehr halten sich 92% der übergewichtigen Mädchen und etwas mehr als zwei Drittel der Buben für zu dick. Von den unter- bzw. normalgewichtigen Buben bezeichnen 57% ihr Gewicht als richtig und 19% sehen sich als zu dick. 48% der unter- bzw. normalgewichtigen Mädchen bezeichnen ihr Gewicht als gerade richtig, aber 39% finden sich zu dick.

Mädchen schätzen ihr Gewicht deutlich kritischer ein als Buben. Ob sie sich selbst als gut aussehend einschätzen, ist deutlich stärker von ihrem Gewicht geprägt als bei Buben. Insgesamt 5% aller Buben – unabhängig von ihrem Gewicht – bezeichnen sich als nicht gut aussehend. Bei den Mädchen sind es doppelt so viele (10% bezeichnen sich als nicht gut aussehend), allerdings 9% der unter- bzw. normalgewichtigen Mädchen und 17% der übergewichtigen bzw. adipösen Mädchen.

Eine Befragung unter Wiener Schülerinnen und Schülern (Wimmer-Puchinger et al. 2013b) setzte sich ebenfalls mit Körperbild, Selbstwert und Essstörungen bei Wiener Jugendlichen

5.1 Einschätzung des eigenen Gewichts nach Geschlecht und Body Mass Index (BMI)

	Unter-/Normalgewicht		Übergewicht/Adipositas		Gesamt	
	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben
Viel zu dünn	1,9%	4,4%	0%	1,0%	1,6%	3,6%
Etwas zu dünn	11,5%	20,3%	1,4%	4,0%	10,0%	16,7%
Gerade richtig	47,6%	56,7%	6,9%	27,3%	41,7%	50,1%
Etwas zu dick	35,9%	18,3%	61,1%	52,5%	39,6%	26,0%
Viel zu dick	3,1%	0,3%	30,6%	15,2%	7,1%	3,6%

Definition: Einschätzung des eigenen Gewichts durch Mädchen und Buben in Prozent.

Datenquelle: HBSC-Studie (Schuljahr 2009/2010), Sonderauswertung für Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.

Methodische Hinweise: Die konkrete Frageformulierung lautet: Glauben Sie, dass Sie viel zu dünn sind, ein bisschen zu dünn sind, ungefähr das richtige Gewicht haben, ein bisschen zu dick sind oder viel zu dick sind?

5.2 Einschätzung des eigenen Aussehens nach Geschlecht und Body Mass Index (BMI)

	Unter-/Normalgewicht		Übergewicht/Adipositas		Gesamt	
	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben
Sehr gut	12,0%	23,7%	8,3%	15,3%	11,5%	21,8%
Ganz gut	29,6%	32,4%	19,4%	25,5%	28,1%	30,9%
Durchschnittlich	49,5%	38,7%	55,6%	53,1%	50,3%	41,9%
Eher nicht gut	6,7%	4,0%	13,9%	5,1%	7,8%	4,3%
Gar nicht gut	2,2%	1,2%	2,8%	1,0%	2,3%	1,1%

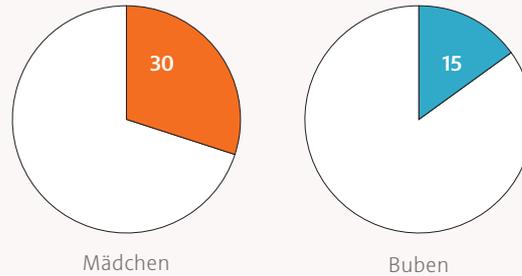
Definition: Einschätzung des eigenen Aussehens durch Mädchen und Buben in Prozent.

Datenquelle: HBSC-Studie (Schuljahr 2009/2010), Sonderauswertung für Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.

Methodische Hinweise: Die konkrete Frageformulierung lautet: Glauben Sie, sehen Sie sehr gut aus, ziemlich gut aus, normal aus, nicht sehr gut aus, überhaupt nicht gut aus?

auseinander und erfasste nicht nur die Körperwahrnehmung, sondern auch den Unterschied zwischen aktuellem Gewicht und Wunschgewicht, die Angst vor Gewichtszunahme sowie Strategien zur Gewichtsreduktion (z.B. exzessives Sporttreiben). Der Fragebogen enthält darüber hinaus ein Screening Instrument für Essstörungen (SCOFF-Test), das es erlaubt, jene Gruppe zu identifizieren, die gefährdet ist, an einer Essstörung zu erkranken. Insgesamt zählen 23% der Jugendlichen zur Risikogruppe, 30% der Mädchen und 15% der Buben.

5.3 Mädchen und Buben, die gefährdet sind, an einer Essstörung zu erkranken



4 SCOFF ist ein Akronym, das sich auf die fünf einbezogenen Fragen bezieht: Sick, Control, One stone (6.5 kg), Fat, Food.

Definition: Anzahl der Mädchen und Buben in Prozent, die gefährdet sind, an einer Essstörung zu erkranken.
Datenquelle: Unveröffentlichter Bericht zur Befragung „Körperbild, Selbstwert und Essstörungen bei Wiener Jugendlichen“ im Auftrag des Wiener Frauengesundheitsprogramms (Wimmer-Puchinger et al. 2013b).
Methodische Hinweise: Der Anteil der SchülerInnen, die gefährdet sind, an einer Essstörung zu erkranken, wurde anhand eines Screening-Instruments (SCOFF⁴) zur Identifizierung von Essstörungssymptomen berechnet. Der Fragebogen enthält fünf Fragen, die die Kernsymptome von Magersucht und Ess-Brech-Sucht beinhalten. Werden zwei oder mehr Fragen mit „Ja“ beantwortet, liegt der Verdacht auf eine Essstörung vor. Im Einzelnen lauten die Fragen: Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst? Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst? Hast du in der letzten Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten abgenommen? Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden? Würdest du sagen, dass Essen dein Leben sehr beeinflusst?

Indikator

6

Teenagerschwangerschaften

Der Indikator 6 bildet den Anteil der Geburten von Müttern unter 20 Jahren an allen Geburten ab. Das durchschnittliche Alter bei der ersten Geburt liegt in Wien bei 29,3 Jahren (österreichweit 2012 bei 28,8 Jahren). Im Jahr 2012 haben 8.927 Frauen in Wien ihr erstes Kind zur Welt gebracht. Eine Frau war zum Zeitpunkt der Geburt jünger als 15 Jahre und 503 Frauen waren zwischen 15 und 19 Jahre alt. D.h., insgesamt waren 6% der Frauen zum Zeitpunkt der ersten Geburt jünger als 20 Jahre.

Teenagerschwangerschaften betrafen in den letzten Jahren überdurchschnittlich oft Frauen mit türkischer oder südosteuropäischer Staatsbürgerinnenschaft. Dementsprechend liegt auch das durchschnittliche Alter bei der ersten Geburt bei Müttern mit türkischer Staatsbürgerinnenschaft bei 26,3 Jahren und bei Müttern mit südosteuropäischer Staatsbürgerinnenschaft bei 26,5 Jahren.

6.1 Anteil der Teenagerschwangerschaften nach Staatsbürgerinnenschaft der Mutter (2011, 2012) und durchschnittlichem Alter bei der ersten Geburt (2012)

	Anteil Teenager- schwangerschaften	Ø Alter bei der ersten Geburt (2012)
Österreich	6%	29,8 Jahre
Türkei	9%	26,3 Jahre
Süd-/Osteuropa	13%	26,5 Jahre
EU-27/EFTA-Länder	3%	30,5 Jahre
Sonstige Länder	3%	29,2 Jahre
Gesamt	6%	29,3 Jahre

Definition: Der Anteil der Teenagerschwangerschaften ist der Anteil der Geburten von Müttern bis 20 Jahre an allen Erstgeburten in Prozent.

Datenquelle: Geburtenstatistik 2011 und 2012 (Statistik Austria), Berechnung: MA 23.

Methodischer Hinweis: Erstgeburten von Frauen mit Wohnort in Wien. Nur Lebendgeburten, d.h., die Angaben beziehen sich auf die erste Lebendgeburt. Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen wurden für die Berechnung des Anteils der Teenagerschwangerschaften nach Staatsbürgerinnenschaft der Mutter die Jahre 2011 und 2012 zusammengefasst.

Verhütung und Verhütungsmethoden

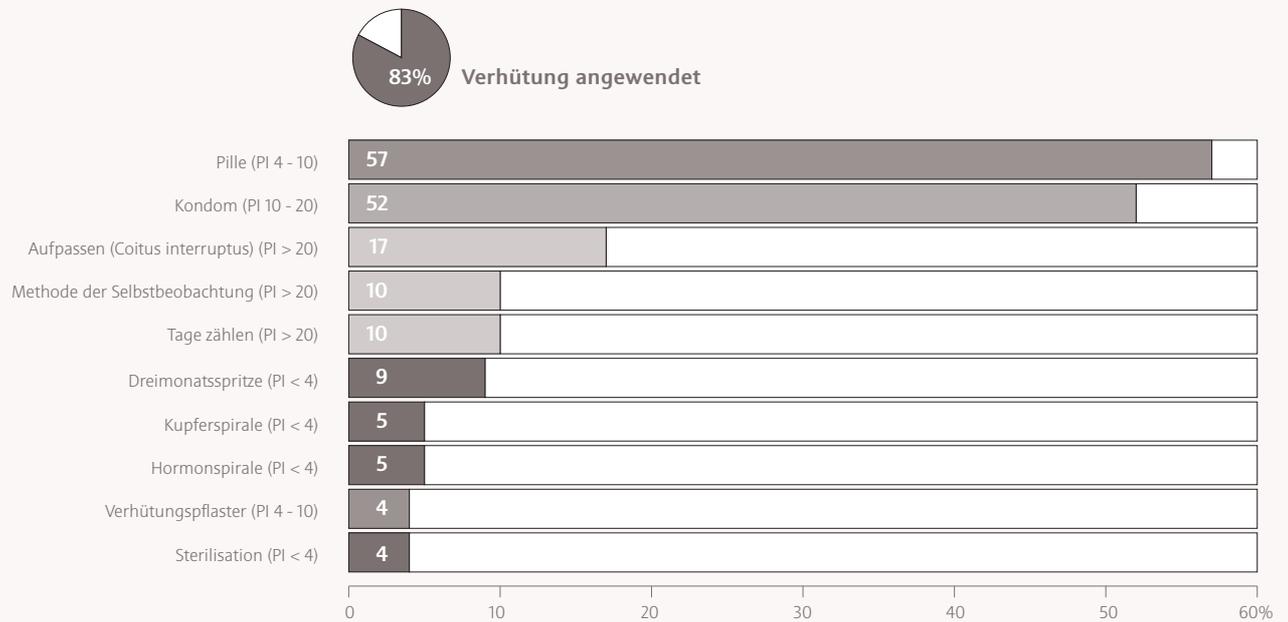
Laut Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (vgl. BZgA 2009 und 2013) in Deutschland ist der Hauptgrund für ungewollte und frühe Schwangerschaften die nicht erfolgte oder falsche Verwendung von Verhütungsmitteln. Indikator 7 bildet daher den Anteil der Paare ab, die eine Verhütungsmethode anwenden sowie die Art der gewählten Verhütungsmethode. Die Datengrundlage bildet eine 2012 von Gynmed durchgeführte standardisierte Befragung, die für Wien gesondert ausgewertet wurde.

83% der Befragten geben an, dass sie in den letzten 12 Monaten eine Verhütungsmethode angewendet haben. Wenn keine Verhütungsmethode angewandt wurde, wird dies mit Kinderwunsch (5%), eigener Unfruchtbarkeit bzw. Unfruchtbarkeit der Partnerin/des Partners (24%), fehlendem Sex (50%) oder anderen Gründen (Schwangerschaft, Stillen etc.: insgesamt 11%) begründet. 3% der Befragten geben an, dass Verhütung zu teuer sei.

Die wichtigsten Formen der Verhütung sind Pille (57%) und Kondom (52%), gefolgt von Coitus interruptus (17%), Methode der Selbstbeobachtung (10%), Tage zählen (10%) und Dreimonatsspritze (9%). Andere Formen der Verhütung werden jeweils von 2% bis 5% der Befragten genannt (Hormonspirale, Kupferspirale, Verhütungspflaster, Verhütungsring, Sterilisation der Frau, Sterilisation des Mannes, Hormonstäbchen). Entsprechend dem Pearl Index (PI), der die Sicherheit von Verhütungsmethoden abbildet, gelten Dreimonatsspritze, Hormonspirale, Kupferspirale sowie die Sterilisation des Mannes bzw. der Frau als sehr wirksame Verhütungsme-

thoden. Pille und Verhütungspflaster gelten als wirksame und das Kondom als mäßig wirksame Methode. „Aufpassen“, Tage zählen sowie die Methode der Selbstbeobachtung gelten dagegen als wenig wirksame Verhütungsmethoden (vgl. Gynmed 2012). 68% der Befragten, die eine Verhütungsmethode anwenden, schätzen deren Wirksamkeit als sehr hoch ein, weitere 26% als hoch.

7.1 Anteil der Befragten, die verhütet haben und Art der Verhütung



Definition: Anteil der Wiener Befragten, die in den letzten 12 Monaten die angeführten Verhütungsmethoden angewendet haben in Prozent.

Datenquelle: Verhütungsreport 2012, Berechnungen: Gynmed.

Methodische Hinweise: Mehrfachnennungen bei der Art der Verhütung möglich. Nicht dargestellt wurden Verhütungsmethoden, die von weniger als 4% der Befragten genannt wurden: Sterilisation der Frau, Verhütungsring, Implantat, andere Methode. Der Pearl Index (PI) gibt an, wie viele von 100 sexuell aktiven Frauen innerhalb eines Jahres schwanger werden. Je niedriger der Indexwert ist, umso wirksamer ist die Methode.

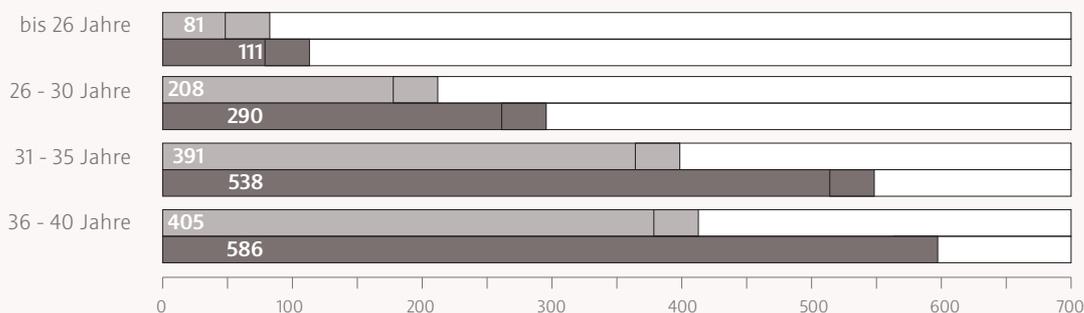
Künstliche Befruchtung

Buber und Neuwirth (2012) schätzen in ihrer Studie, dass zwei von zehn um 1970 geborene Frauen kinderlos bleiben werden. Dies ist nur zum Teil so gewünscht, da nur 8% der Frauen und 9% der Männer im fortpflanzungsfähigen Alter keine Kinder wollen. Ungewollte Kinderlosigkeit kann für Betroffene zu einer hohen psychischen Belastung werden. Künstliche Befruchtung ist eine mögliche Strategie, um mit ungewollter Kinderlosigkeit umzugehen. Nach Wimmer-Puchinger et al. (2013a) sind 2% der Geburten auf künstliche Befruchtung zurückzuführen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen weiter, dass Frauen, die eine Fertilitätsbehandlung vornehmen ließen, eine wesentlich höhere Kaiserschnittquote aufweisen. Nach einer künstlichen Befruchtung kommt es in 64% aller Fälle zu einem Kaiserschnitt.

Seit dem Jahr 2000 gibt es in Österreich einen Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF), der 70% der Kosten für vier IVF-Behandlungen (im Folgenden „künstliche Befruchtung“ genannt) für heterosexuelle Paare übernimmt.⁵ Indikator 8 bildet die Zahl der Paare und die Zahl der Versuche ab, für die der IVF-Fonds die Kosten übernommen hat.

⁵ Laut §2 Fortpflanzungsmedizingesetz ist eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur in einer Ehe oder Lebensgemeinschaft von Personen verschiedenen Geschlechts zulässig.

8.1 Künstliche Befruchtung nach Zahl der Paare, Zahl der Versuche und Alter der Frau



Definition: Anzahl der Paare und Anzahl der Versuche von künstlicher Befruchtung.

Datenquelle: GÖG/ÖBIG, IVF-Register 2012.

Methodische Hinweise: Alter der Frau, Frauen mit Wohnort in Wien, auch wenn die künstliche Befruchtung in einem anderen Bundesland erfolgte (betrifft 32 Paare). Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass nach dem IVF-Fonds-Gesetz nur Kosten für Versuche von Paaren übernommen werden, wenn die Frau das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Künstliche Befruchtungen älterer Frauen sind damit nicht erfasst.

Paare ■
Versuche ■

Indikator
9

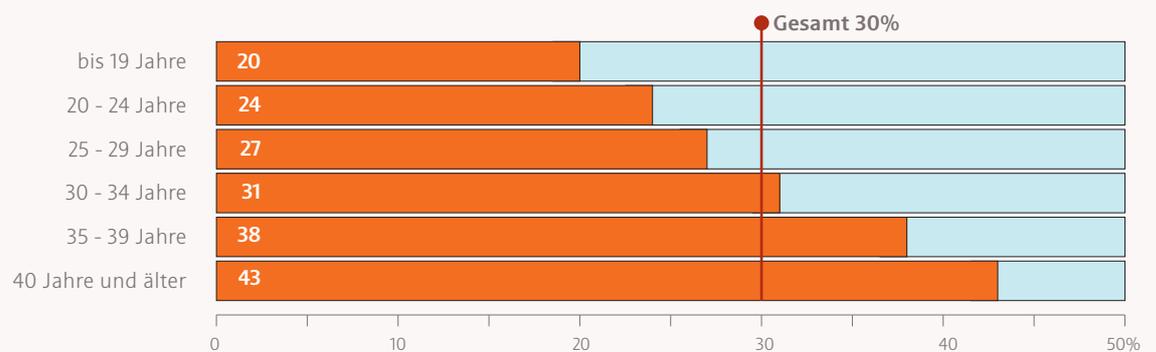
Im Jahr 2012 wurden für 1.085 Paare aus Wien künstliche Befruchtungen durch den IVF-Fonds mitfinanziert. Bei rund einem Drittel der künstlichen Befruchtungen kommt es zu einer Schwangerschaft. Aus den künstlichen Befruchtungen resultierten 351 Geburten (298 Einlingsgeburten und 53 Mehrlingsgeburten), in weiteren 67 Fällen kam es zu einem Schwangerschaftsabbruch.

37% der Frauen, die sich einer künstlichen Befruchtung unterziehen, sind zwischen 36 und 40 Jahren alt, 36% zwischen 31 und 35 Jahren und nur 26% aller künstlichen Befruchtungen erfolgen bei Frauen bis 30 Jahre. Bei zwei Dritteln aller Paare erfolgt ein Versuch, bei einem Drittel zwischen zwei und vier Versuchen. Der Durchschnitt liegt bei 1,4 Versuchen pro Frau, wobei sich hier kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigen.

Kaiserschnittrate

Indikator 9 repräsentiert den Anteil der Geburten durch Kaiserschnitt an allen Lebendgeburten. Im Jahr 2012 wurden in Wien 5.544 Kinder durch Kaiserschnitt entbunden, das sind 30% aller Lebendgeburten. Dieser Wert liegt etwas über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt von 29%. In den letzten Jahren ist die Kaiserschnittrate in Wien deutlich angestiegen, lag sie doch 2001 noch bei 20% (vgl. Wiener Programm für Frauengesundheit 2013). Die Kaiserschnittrate steigt von 20% bei Müttern bis 20 Jahre auf 43% bei Geburten von Frauen ab dem 40. Lebensjahr.

9.1 Kaiserschnittrate nach Alter



Definition: Anteil der durch Kaiserschnitt entbundenen Kinder an allen Lebendgeburten in Prozent.

Datengrundlage: Geburtenstatistik 2012 (Statistik Austria).

Methodische Hinweise: Die Grundgesamtheit bilden alle Geburten von Frauen, die in Wien wohnen.

In der Literatur werden unterschiedliche Gründe für den Anstieg der Kaiserschnitttrate diskutiert, wie z.B. ein Anstieg der Risikofaktoren in der Schwangerschaft, eine veränderte Einstellung von geburtshilfflichen Teams und Frauen (vermehrtes Sicherheitsdenken, verringerte Schwelle zum Eingriff, bessere Planbarkeit) sowie geringe Erfahrungen von Geburtshelferinnen und -helfern bei schwierigen Geburtssituationen (vgl. ebd.). Das durchschnittlich steigende Geburtsalter stellt somit nur einen von mehreren Einflussfaktoren auf die Kaiserschnitttrate dar. Laut einer Studie aus Deutschland sind 90% der Kaiserschnitte nicht durch medizinische Risikofaktoren alleine erklärbar (vgl. Kolip et al. 2012). Nach Wimmer-Puchinger et al. (2013a) stehen hinter dem Kaiserschnittwunsch zumeist Gründe, die mit Angst oder psychischer Belastung zusammenhängen. Sie problematisieren, dass nicht medizinisch indizierte Kaiserschnitte auch negative Konsequenzen für die mütterliche Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis, das Wohlbefinden und die Selbstsicherheit von Frauen nach der Geburt nach sich ziehen können.

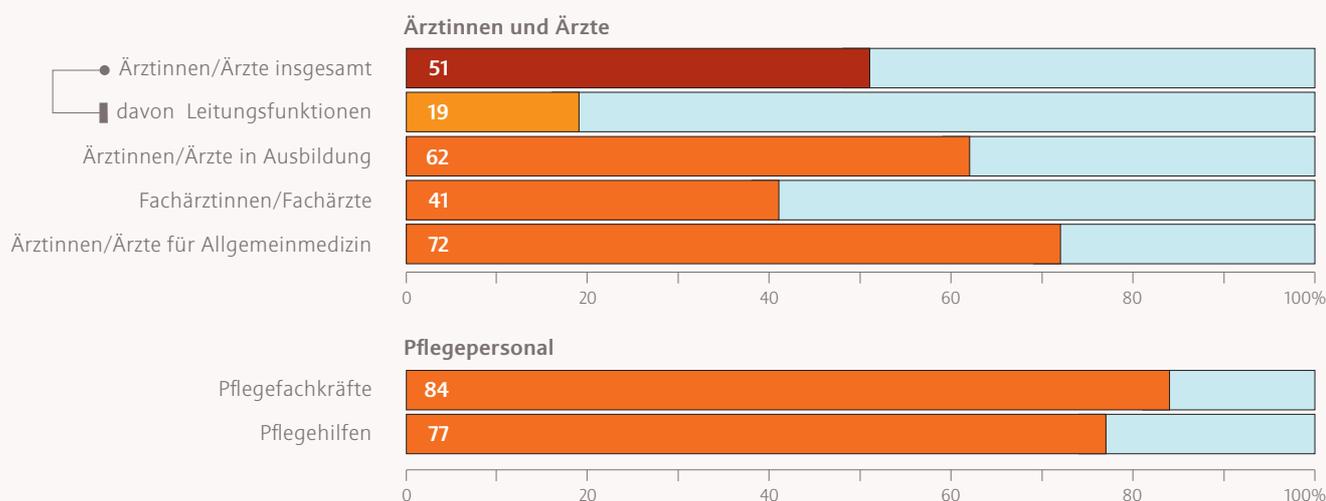
Beschäftigte in Wiener Krankenhäusern

Indikator 10 bildet den Frauenanteil unter angestellten Ärztinnen und Ärzten und den Frauenanteil unter Pflegekräften in Wiener Krankenhäusern und Krankenanstalten ab. Er zeigt, dass es sich beim Pflegebereich um ein frauendominiertes Beschäftigungssegment handelt.



siehe Bezahlte und unbezahlte Arbeit
Indikator 9 Berufliche Tätigkeiten -
horizontale Segregation

10.1 Frauenanteil unter angestellten Ärztinnen und Ärzten in Wien



Definition: Frauenanteil unter angestellten Ärztinnen und Ärzten in Wien (Krankenhäuser und Krankenanstalten) bzw. Frauenanteil unter Pflegepersonal des Krankenanstaltenverbundes (KAV).

Datenquelle: Ärztekammer Wien; KAV.

Methodische Hinweise: Ärztinnen und Ärzte in einem Angestelltenverhältnis in Wien lt. Ärztekammer per 14.01.2013; Beschäftigte des KAV im ersten Halbjahr 2013.

▲
siehe Aus- und Weiterbildung
Indikator 3 Tertiäre Bildung

●
siehe Politische Partizipation
Indikator 4 Gesetzliche
Interessensvertretungen

Bei Pflegekräften ist die Dominanz von Frauen am deutlichsten sichtbar – 84% der qualifizierten Pflegekräfte (Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger) und 77% der PflegehelferInnen sind Frauen. Unter den rund 7.800 in Wiener Spitälern beschäftigten Ärztinnen und Ärzten besteht mit einem Frauenanteil von 51% ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. Der Frauenanteil sinkt in spezialisierten Bereichen und in Leitungsfunktionen deutlich ab. So sind Frauen unter den Ärztinnen und Ärzten in Ausbildung mit 62% stark vertreten und gegenüber dem Frauenanteil unter Studierenden der Medizinischen Universität überrepräsentiert. Allerdings geht der Frauenanteil nach der Ausbildung zur Allgemeinmedizin bei einer anschließenden fachärztlichen Ausbildung deutlich zurück und liegt nur noch bei 41%. In Leitungsfunktionen (Klinikvorstehung, Primariat, ärztliche Leitung) sind Frauen mit 19% vertreten. Demgegenüber dominieren Frauen unter den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin (72%).

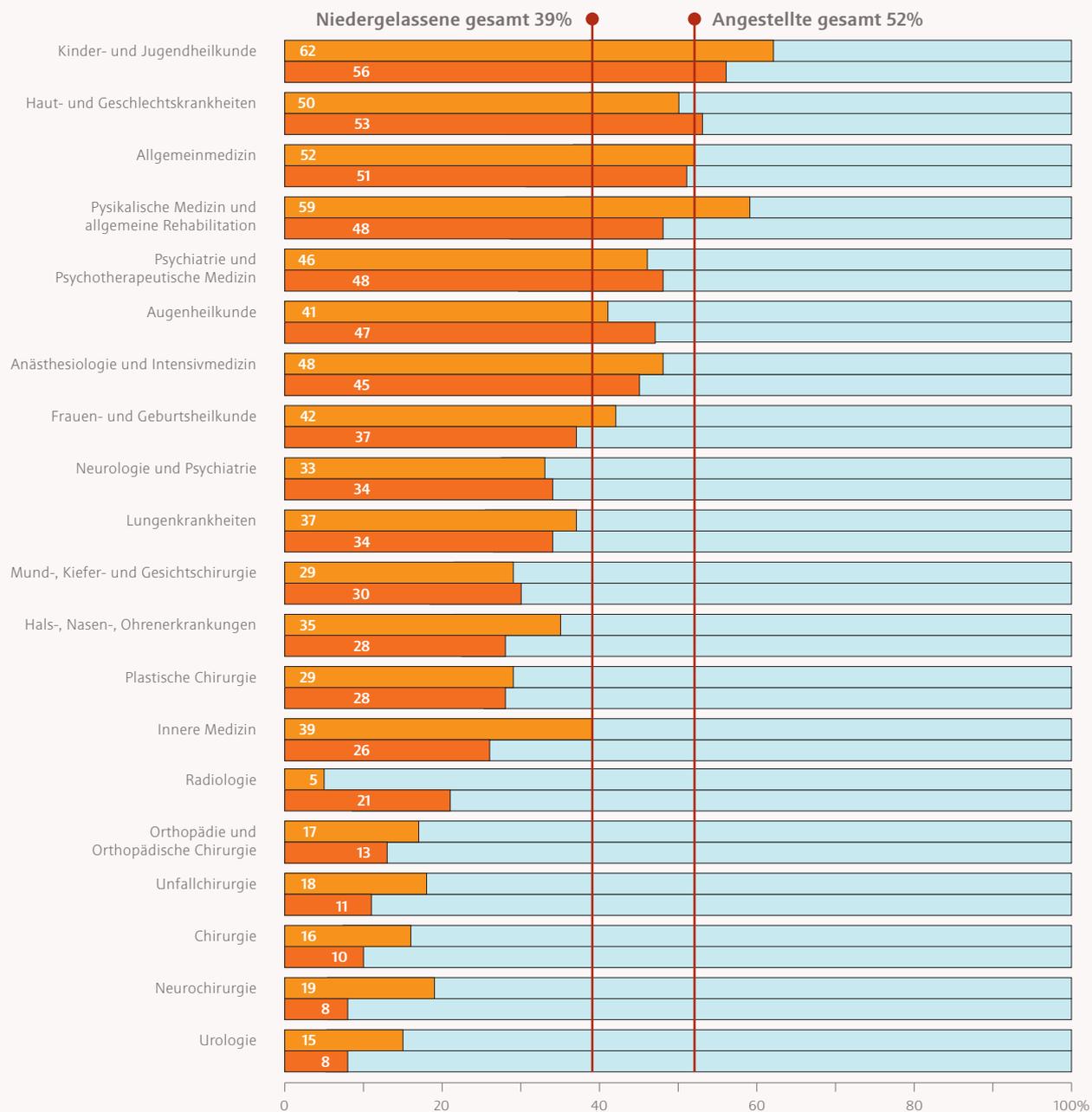
Die Aufstiegsbarrieren für Frauen in ärztliche Leitungsfunktionen setzen sich auch in der gesetzlichen Interessensvertretung fort, da Frauen in Leitungsfunktionen der Ärztekammer gemessen an ihrem Anteil an Mitgliedern deutlich unterrepräsentiert sind.

Demgegenüber ist der Frauenanteil im Landessanitätsrat (mit Stand Mai 2014) ausgeglichen. Der Landessanitätsrat ist ein beratendes Organ der Landesregierung für Angelegenheiten des Gesundheitswesens, das u.a. Gutachten über die Qualifikation von Bewerberinnen und Bewerbern für Leitungsfunktionen im Gesundheitsbereich erstellt. Die Hälfte der ordentlichen Mitglieder und 38% der außerordentlichen Mitglieder des Landessanitätsrats sind weiblich.

Fachliche Spezialisierung von Ärztinnen und Ärzten

Indikator 11 bildet die geschlechtsspezifische Segregation in der Ärzteschaft ab, konkret den Frauenanteil unter niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen. Insgesamt sind 39% aller niedergelassenen und 52% aller angestellten Ärztinnen und Ärzte in Wien Frauen. Frauen stellen die Mehrheit in der Kinder- und Jugendheilkunde sowie die Hälfte der AllgemeinmedizinerInnen und in der Dermatologie (Hauterkrankungen). Darüber hinaus weisen die Physikalische Medizin, die Psychiatrie, die Augenheilkunde und die Anästhesiologie annähernd ausgeglichene Geschlechterverhältnisse auf. In allen anderen Bereichen sind Frauen unterrepräsentiert. In der Frauen- und Geburtshilfe sind Frauen mit 37% unter den niedergelassenen und mit 42% unter den angestellten Ärztinnen und Ärzten vertreten. Die niedrigsten Frauenanteile weisen die chirurgischen Bereiche und die Urologie auf, wobei hier der Frauenanteil unter den angestellten Ärztinnen und Ärzten höher ist als unter den niedergelassenen.

11.1 Frauenanteil von Ärztinnen und Ärzten nach Fachrichtung



Definition: Frauenanteil unter niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten in Wien nach Fachrichtung in Prozent.

Datenquelle: Ärztekammer Wien, www.praxisplan.at, Stand März 2014, Datenaufbereitung: IHS.

Methodische Hinweise: Mehrfachzählungen sind möglich, berücksichtigt sind nur Fachbereiche mit mindestens 30 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ohne Berücksichtigung zusätzlicher Spezialisierungen.

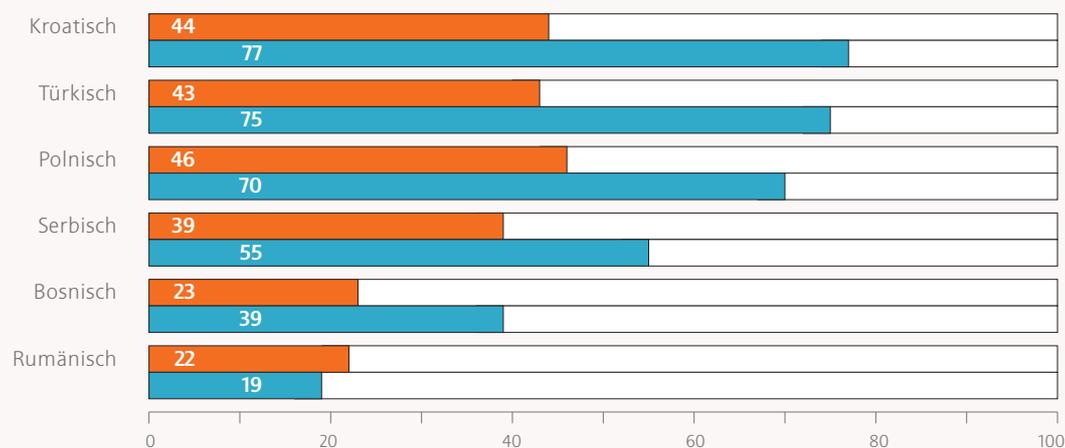
Angestellte Ärztinnen ■
Niedergelassene Ärztinnen ■

Fremdsprachenkenntnisse in Ordinationen

Indikator 12 bildet den Anteil von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ab, in deren Ordination nach Eigendarstellung die in Wien am häufigsten gesprochenen Fremdsprachen beherrscht werden. Die Sprachkompetenz gilt als eine zentrale Zugangsbarriere zum Gesundheitssystem (vgl. Wimmer-Puchinger et al. 2006), der von den Krankenkassen und der Stadt Wien u.a. auch

12.1 Sprachkenntnisse in Ordinationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

■ Frauen
■ Männer



Definition: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Wien, in deren Ordination die angeführten Fremdsprachen gesprochen werden.

Datenquelle: Ärztekammer Wien, www.praxisplan.at, Stand März 2014, Datenaufbereitung: IHS.

Methodische Hinweise: Mehrfachzählungen möglich, Selbstauskunft der Ärztinnen und Ärzte. Die Angabe von Fremdsprachenkenntnissen bedeutet nicht, dass die Ärztin bzw. der Arzt selbst die Sprache spricht, sondern dass diese in der Ordination gesprochen wird. Es wurden jene Sprachen ausgewählt, die den größten Gruppen ausländischer Staatsangehöriger in Wien im Jahr 2012 entsprachen (mehr als 15.000 Personen in der Wohnbevölkerung wiesen die jeweilige Staatsangehörigkeit auf).

durch mehrsprachiges Informationsmaterial oder muttersprachliche Beratungsangebote (z.B. durch das Institut für Frauen- und Männergesundheit) begegnet wird. In den Ordinationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte selbst ist es jedoch nur selten der Fall, dass Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in ihrer Muttersprache betreut werden können. So wird beispielsweise in den Ordinationen von 121 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kroatisch, in 118 Ordinationen türkisch und in 116 Ordinationen polnisch gesprochen (entweder von den Ärztinnen und Ärzten oder von ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern). Türkische Sprachkompetenz ist also in etwas weniger als 2% der Ordinationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Wien verfügbar, obwohl der Anteil türkischer StaatsbürgerInnen an der Wiener Wohnbevölkerung 2,5% beträgt (vgl. Stadt Wien/MA 23 2014) und der Anteil der türkisch sprechenden

Wohnbevölkerung vermutlich deutlich höher ist. Ähnlich stellen sich die Werte für Serbisch oder Kroatisch dar. In 31 allgemeinmedizinischen Ordinationen in Wien wird türkisch gesprochen, in sechs Ordinationen von Frauenärztinnen und Frauenärzten und in 13 Ordinationen der Kinder- und Jugendheilkunde.

Doch nicht nur die Sprache kann eine Zugangsbarriere für Menschen mit Migrationshintergrund zum Gesundheitssystem darstellen, sondern auch ein nicht vorhandener Kassenvertrag der Ärztin bzw. des Arztes. Dies kann insbesondere bei Gynäkologinnen und Gynäkologen ein Problem darstellen. Derzeit haben 61% der Gynäkologinnen und 55% der Gynäkologen in Wien keinen Kassenvertrag.

Das Wichtigste in Kürze

Im vorliegenden Kapitel werden drei zentrale Bereiche von Frauengesundheit herausgegriffen: gesundheitliche Risikofaktoren und Vorsorgeuntersuchungen als Aspekte von Gesundheitskompetenz, Essstörungen und Reproduktion als Beispiele für Gesundheitsbereiche, die allein oder primär Frauen betreffen und der Gesundheitsbereich als ein Arbeitsmarktsegment, das durch ausgeprägte horizontale und vertikale Segregation charakterisiert ist.

Frauen und Männer sind in unterschiedlichem Ausmaß von gesundheitlichen Risikofaktoren betroffen: Während Männer öfter rauchen und einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, sind Frauen öfter körperlich nicht aktiv. Starkes Übergewicht betrifft dagegen Frauen und Männer gleichermaßen. Frauen nutzen im Vergleich zu Männern etwas öfter und bereits in jüngeren Jahren die Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchung. Auch wenn Frauen seltener rauchen oder seltener einen problematischen Alkoholkonsum haben, so weisen sie doch öfter als Männer eine problematische Gesundheitskompetenz auf.

Essstörungen gelten als frauenspezifische Erkrankungen, da überwiegend Frauen betroffen sind (88% der Spitalsentlassungen nach stationären Aufenthalten wegen Essstörungen betreffen Frauen). Im Zusammenhang mit Essstörungen spielen gestörte Selbstwertgefühle, ein niedriges Selbstbewusstsein und die dominierenden Körperbilder und Schönheitsnormen zentrale Rollen. Bereits unter Schülerinnen und Schülern zeigt sich, dass Mädchen deutlich kritischer ihrem Körper und ihrem Aussehen gegenüberstehen. Ob sich Mädchen als gut aussehend beschreiben, ist stärker vom Gewicht abhängig als bei Buben.

Aus einer Gleichstellungsperspektive sind mit Reproduktion verknüpfte Themen, wie z.B. Teenagerschwangerschaften, Verhütung, künstliche Befruchtung und die Kaiserschnittquote nicht nur relevant, weil sie die gesundheitliche Situation von Frauen betreffen, sondern weil sie Indikatoren dafür sind, ob Frauen frei und eigenverantwortlich über die Anzahl ihrer Kinder, den Zeitpunkt und die Geburtenabstände entscheiden können. Bei 6% aller Geburten waren die Mütter noch keine 20 Jahre alt (Teenagerschwangerschaften), wobei Mütter aus Südosteuropa und der Türkei überdurchschnittlich oft betroffen waren. Der IVF-Fonds unterstützte im Jahr 2012 für rund 1.100 Paare aus Wien eine künstliche Befruchtung, woraus in einem Drittel der Fälle eine Schwangerschaft resultierte. 30% aller Geburten in Wien erfolgten durch Kaiserschnitt, wobei dieser nur zum Teil medizinisch indiziert war.

Der Gesundheitsbereich als Beschäftigungssegment ist durch eine ausgeprägte vertikale und horizontale Segregation gekennzeichnet: Die vertikale Segregation lässt sich zum einen an der Frauendominanz im Pflegebereich ablesen (Frauenanteil von rund 80%), während Frauen rund die Hälfte der Ärzteschaft stellen. Doch auch innerhalb der Ärzteschaft ist der Aufstieg in Leitungsfunktionen primär Männern vorbehalten (Frauenanteil: 19%). Innerhalb der Ärzteschaft spezialisieren sich Frauen und Männer auf unterschiedliche Bereiche (horizontale Segregation), wobei diese Tendenz bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten noch stärker ausgeprägt ist als unter Angestellten in Wiener Krankenhäusern und Krankenanstalten. Frauen dominieren beispielsweise die Kinder- und Jugendheilkunde, die Dermatologie und die Allgemeinmedizin, sind jedoch in der Chirurgie kaum vertreten.

Zugangsbarrieren von Frauen zur Gesundheitsversorgung sind schwer über Indikatoren abbildbar, da sie primär durch kulturelle Faktoren geprägt sind. Eine Annäherung erfolgt hier über den Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, in deren Ordinationen Fremdsprachen gesprochen werden. Nur in Ausnahmefällen sind Fremdsprachenkompetenzen in Ordinationen verfügbar. So wird beispielsweise in 31 allgemeinmedizinischen Ordinationen, in sechs gynäkologischen Ordinationen und in 13 Ordinationen der Kinder- und Jugendheilkunde türkisch gesprochen.





Gesundheit