

Kapitel 5
Gesundheit und Pflege

Frauenbericht 2010
Teil I: Statistische Analysen zur Entwicklung
der Situation von Frauen in Österreich

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	259
Results at a glance	260
5 Gesundheit und Pflege	261
5.1 Gesundheit, Krankheit, Beeinträchtigung/Behinderung.....	261
5.1.1 Entwicklung und Leitlinien der Frauengesundheit.....	261
5.1.2 Gesundheitsbezogener Lebensstil und Gesundheitsrisiken.....	262
5.1.3 Gesundheitszustand (Erkrankungen, Todesursachen).....	265
5.1.4 Frauen mit Beeinträchtigungen/Behinderungen.....	270
5.1.5 Geschlechtsspezifische Nutzung des Gesundheitssystems.....	272
5.1.6 Sexuelle und reproduktive Gesundheit	274
5.1.7 Aktuelle frauengesundheitspolitische Entwicklungen.....	279
5.2 Pflege.....	282
5.2.1 Pflegebedarf, Pflegevorsorge, formelle und informelle Kosten der Pflege.....	282
5.2.2 Frauen als pflegende Angehörige.....	284
5.2.3 Frauen in den Pflegeberufen.....	285
Literaturverzeichnis	286
Tabellenverzeichnis	289
Abbildungsverzeichnis	289

Das Wichtigste in Kürze

Gesundheit und Krankheit, aber auch der Zugang zum Gesundheitssystem werden wesentlich von sozialen Faktoren bestimmt. Geschlechtsunterschiede spielen dabei eine große Rolle, aber auch das Alter, die Familien- und Lebensform, die ethnische Zugehörigkeit, Bildung und soziale Schicht. Das Sichtbarmachen der Diversität der KlientInnen und PatientInnen des Gesundheits- und Pflegesystems stellt einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung des Gesundheitswesens dar.

Frauen sind zunehmend von Erkrankungen betroffen, die bislang als typische Erkrankungen von Männern galten, wie z. B. von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, im Besonderen von Herzinfarkten. Auch der Lungenkrebs ist bei Frauen aufgrund steigender Raucherinnenquoten häufiger geworden, während bei Männern die Neuerkrankungs- und Sterberaten sinken. Das Erkennen dieser geschlechtsspezifischen Entwicklungen ist zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung unabdingbar.

Das Wissen über den geschlechtsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensstil (Rauchen, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung) ermöglicht eine zielgruppenspezifische und somit treffsichere Planung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung.

Grundsätzliche Fragen der Frauengesundheit sind aber nicht nur jene zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten, sondern auch zur Rolle der Frauen im Gesundheitssystem – sowohl als Patientinnen und Klientinnen als auch als Akteurinnen. Frauen sind im Gesundheitssystem in Entscheidungspositionen noch immer unterrepräsentiert, obwohl sie die Mehrheit der MitarbeiterInnen stellen.

Pflege ist weiblich: Zum überwiegenden Teil sind die zu Pflegenden aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung Frauen. Aber auch das Pflegepersonal ist mehrheitlich weiblich, sowohl als professionell Pflegenden als auch als pflegende Angehörige sowie als legale oder illegale Pflegerinnen aus Südost-/Osteuropa. Somit ist die Altenpflege zwar ein Bereich des Gesundheits- und Sozialsystems, den Frauen mehr in Anspruch nehmen als Männer, sie leisten aber durch die meist geringfügig oder gar nicht bezahlten informellen Pflegeleistungen einen unverzichtbaren Beitrag.

Obwohl sich gerade im Bereich der Frauengesundheit und der Pflege die Verfügbarkeit statistischer Daten im vergangenen Jahrzehnt stark verbessert hat, ist im Bereich der gesundheitswissenschaftlichen Forschung noch weiterer Handlungsbedarf gegeben. Vor allem in den Bereichen der Epidemiologie, der Versorgungsforschung und der Evaluation fehlen Daten, die für ein gendersensibles Monitoring von Effektivität und Effizienz gesundheitspolitischer Maßnahmen dringend erforderlich wären.

Results at a glance

Health and disease as well as access to health care system are strongly influenced by social determinants. Gender differences play an important role, but also age, family status and partnership, ethnic background, education and social condition. To reveal diversity of clients and patients in health care and nursing systems is a vital contribution to quality assurance in the health system.

Women are increasingly affected by diseases which have so far been considered to be typical male diseases, like e. g. cardiovascular diseases, particularly myocardial infarctions. Also an increasing number of women suffer from lung cancer due to rising rates of women who smoke, while for men the rate of new diagnoses and morbidity for lung cancer decreases. Identification of these gender specific trends in health system is essential to avoid under-, over- or mis-provision in health care.

Knowledge about gender specific health related lifestyle (smoking, physical inactivity, unhealthy eating) allows the planning of measures in health promotion, prevention or early detection, which are custom-tailored and subsequently the target groups fit accurately.

Basic items in women's health are not only those of health status or a health related lifestyle, but also concern the social role of women in the health system – as patients, clients and health professionals. Women continue to be underrepresented in leading positions within the health system although they are the majority of health workers.

Nursing is female: Due to their longer life expectancy those in need for nursing care are predominantly women. Women also account for the majority of nursing staff, in professional nursing, as informal caregivers or as legal or illegal nurses coming from southern or Eastern Europe to Austria. Thus, care of the elderly is a sector of health and social system, which is more frequently utilized by women, but women also contribute an essential share as ill-paid or unpaid informal caregivers.

Although the availability of statistical data in the field of women's health and nursing care has strongly improved in the last decade. There is still further need for action in the area of public health. First and foremost data are lacking in epidemiology, health services research and evaluation, which are urgently needed for a gender sensitive monitoring of effectiveness and efficiency of measures in health policy.

5 **Gesundheit und Pflege**

5.1 **Gesundheit, Krankheit, Beeinträchtigung/Behinderung**

Erika Baldaszi

5.1.1 **Entwicklung und Leitlinien der Frauengesundheit**

In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurde der Gesundheit von Frauen zunehmend besondere öffentliche Aufmerksamkeit zugemessen: Sowohl die Weltgesundheitsorganisation als auch die europäischen und angloamerikanischen Gesundheitsbehörden haben spezielle Frauengesundheitsprogramme etabliert, allen voran jene in den USA und Kanada sowie in Glasgow. Das europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation in Kopenhagen hat im Jahr 1995 die europaweite Frauengesundheitsinitiative „Investition in die Gesundheit von Frauen“ eingeleitet, diese stand unter dem Leitmotiv „Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden“ (WHO, 1995). In Österreich hat Wien im Jahr 1998 das Wiener Frauengesundheitsprogramm ins Leben gerufen, andere Bundesländer folgten. Basis dieser Programme waren spezifische Frauengesundheitsberichte, die Frauen betreffende gesundheitliche Probleme und Bedürfnisse beschrieben und Defizite in der Datenlage, aber auch in der Versorgungssituation benannten. Grundtenor dieser Berichte ist, dass es eine Vielzahl von Erkrankungen gibt, die bei Frauen besonders häufig sind, ausschließlich Frauen oder Frauen in stärkerem Ausmaß betreffen. Daraus lässt sich ableiten, dass das Gesundheitssystem frauengerecht gestaltet werden muss.

Bereits im Jahr 1995 hat die Weltgesundheitsorganisation Richtlinien zur Erstellung von Berichten zur Frauengesundheit empfohlen, welche rund 90 Indikatoren umfassen, an denen sich auch der vorliegende Text orientiert. Neben Indikatoren zur Demographie, zur politischen und sozioökonomischen Situation sowie zu frauenspezifischen gesundheitspolitischen Entwicklungen umfasst diese Empfehlung als Gesundheitsindikatoren im engeren Sinn Aspekte des gesundheitsbezogenen Lebensstils, der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie des Gesundheitszustandes (Erkrankungen, Todesursachen). Weiters werden frauenspezifische Angebote des Gesundheitssystems und aktuelle, für Frauen relevante gesundheitspolitische Entwicklungen thematisiert. Eine zentrale Forderung der Weltgesundheitsorganisation war, dass Frauengesundheitsberichte regelmäßig erstellt werden müssen und eine Monitoring-Funktion für Fortschritte in der Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Frauen haben.

Als allgemeine Grundprinzipien der Frauengesundheit haben sich in den vergangenen Jahrzehnten folgende Leitlinien im Umgang mit Gesundheit herauskristallisiert:

- die Berücksichtigung des Einflusses sozialer Ungleichheiten auf die Gesundheit;
- die Unterscheidung der einzelnen Lebensphasen bei Aussagen über die Gesundheit und das Auftreten von Krankheiten;
- die Beachtung des Einflusses unterschiedlicher Lebenswelten bzw. Settings auf die Gesundheit, z. B. des Arbeitsplatzes;
- die besondere Aufmerksamkeit für die Gesundheit von Frauen in marginalisierten gesellschaftliche Gruppen, wie etwa Obdachlose oder Prostituierte, sowie für von stigmatisierten Erkrankungen betroffene Frauen, wie beispielsweise HIV/AIDS, psychische Erkrankungen oder von Frauen, die unter gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt leiden.

5.1.2 Gesundheitsbezogener Lebensstil und Gesundheitsrisiken

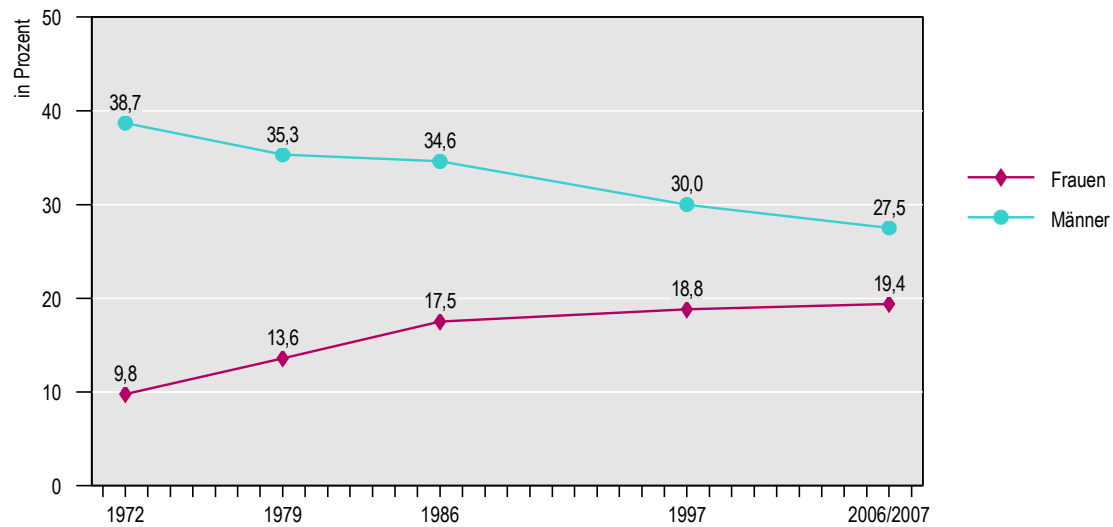
Ein ungesunder Lebensstil – im Besonderen übermäßiger Tabakkonsum, Fehlernährung und körperliche Inaktivität – gilt bei beiden Geschlechtern als der wesentlichste vermeidbare Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der häufigsten Todesursache in Industrieländern. Der Lebensstil ist auch Ansatzpunkt für Programme der Primärprävention und Gesundheitsförderung – inzwischen gilt es als Standard, dass diese geschlechtsspezifisch angelegt sind.

Übermäßiger Tabakkonsum, Fehlernährung, körperliche Inaktivität, Übergewicht

Der gesundheitsbezogene Lebensstil der ÖsterreicherInnen weist deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern auf. Rund ein Fünftel der Österreicherinnen und mehr als ein Viertel der Österreicher im Alter ab 15 Jahren rauchen täglich (Frauen: 19,4 %, Männer: 27,5 %).

Insgesamt rauchen also weniger Frauen als Männer, bei einer Betrachtung der unterschiedlichen Altersgruppen zeigt sich jedoch besonders bei jüngeren Frauen ein höherer Anteil an Raucherinnen (15 bis 29 Jahre: Frauen 28,6 %, Männer 31,7 %). Die Ergebnisse unterschiedlicher Befragungen seit dem Jahr 1972 zeigen einen kontinuierlich steigenden Anteil von Raucherinnen und eine stetige Abnahme der Raucher. Diese Entwicklung zeigt noch weitere längerfristige negative Auswirkungen: Sowohl die Neuerkrankungen als auch die Sterblichkeit an Lungenkrebs steigen bei Frauen kontinuierlich an (siehe Kapitel 5.1.3).

Abbildung 5.1 Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung ab 16 Jahren



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (2007, S. 37, S. 179)

Tabelle 5.1 Ausgewählte Aspekte des Lebensstils von Frauen und Männern (in %)

Altersgruppe	Tägliche Raucherinnen	Übergewicht ¹ BMI 25 bis unter 30		Adipositas ¹ BMI 30 und mehr		Mischkost mit viel Fleisch	Körperlich inaktiv ²
		1999	2006/2007	1999	2006/2007		
Frauen							
Zusammen	19,4	21,5	29,9	9,1	13,4	14,2	22,3
15-29 Jahre	28,6	9,1	14,1	3,4	5,8	16,4	26,5
30-44 Jahre	24,5	15,8	23,4	6,3	9,4	16,2	20,5
45-59 Jahre	21,1	26,9	33,3	11,9	16,5	15,0	22,3
60-74 Jahre	9,4	32,0	41,3	15,6	20,9	11,4	20,6
75 und mehr Jahre	2,2	26,9	40,7	8,2	15,0	8,5	21,3
Männer							
Zusammen	27,5	54,4	44,9	9,1	12,8	40,3	18,2
15-29 Jahre	31,7	42,4	24,0	3,9	5,7	52,8	15,3
30-44 Jahre	34,6	53,4	44,0	7,4	10,8	43,3	18,0
45-59 Jahre	28,3	59,9	52,2	12,9	17,2	39,5	19,5
60-74 Jahre	15,2	60,1	52,9	13,5	18,6	27,8	20,4
75 und mehr Jahre	6,3	56,1	51,5	6,7	8,1	16,8	19,0
Sex-Ratio (Männer=1) ³	0,7	0,4	0,7	1,0	1,0	0,4	1,2
Veränderung (1999=100)							
Frauen			139		147		
Männer			83		141		

¹ Um einen Vergleich mit dem Mikrozensus-Programm „Fragen zur Gesundheit“ aus dem Jahr 1999 anstellen zu können, wurde in die BMI-Berechnung nur die Bevölkerung im Alter ab 20 Jahren einbezogen.

² Frage nach körperlichen Aktivitäten während des letzten Jahres: Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten weniger als vier Stunden pro Woche.

³ Verhältnis der Zahl der Frauen im Vergleich zu den Männern, ausgedrückt als Anteil der Frauen gemessen an den Männern.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (2007, S. 59ff.)

Frauen und Männer unterscheiden sich stark hinsichtlich ihrer Ernährungsgewohnheiten: Frauen bevorzugen Mischkost mit viel Obst und Gemüse, Männer hingegen Mischkost mit viel Fleisch (Männer: 40,3 %, Frauen: 14,2 %). Mit zunehmendem Alter nimmt der Fleischkonsum bei beiden Geschlechtern ab, während bei den Frauen die Vorliebe für Obst und Gemüse relativ konstant bleibt.

Rund ein Fünftel der ÖsterreicherInnen ist körperlich inaktiv, das heißt, die Personen haben bei der Befragung angegeben, weniger als vier Stunden pro Woche leichte Aktivitäten wie z. B. Spazieren gehen oder Radfahren durchzuführen. Frauen sind etwas häufiger körperlich inaktiv als Männer, jedoch vor allem in der Altersgruppe von 15 bis 29 Jahren, wo etwas mehr als ein Viertel der Frauen (26,5 %), aber nur 15,3 % der Männer körperlich inaktiv sind.

Deutliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich auch hinsichtlich des Übergewichts, nicht aber beim extremen Übergewicht, der Adipositas. Frauen sind deutlich seltener übergewichtig (Frauen: 29,9 %, Männer: 44,9 %), aber in annähernd gleichem Ausmaß adipös wie Männer (jeweils 13 %).

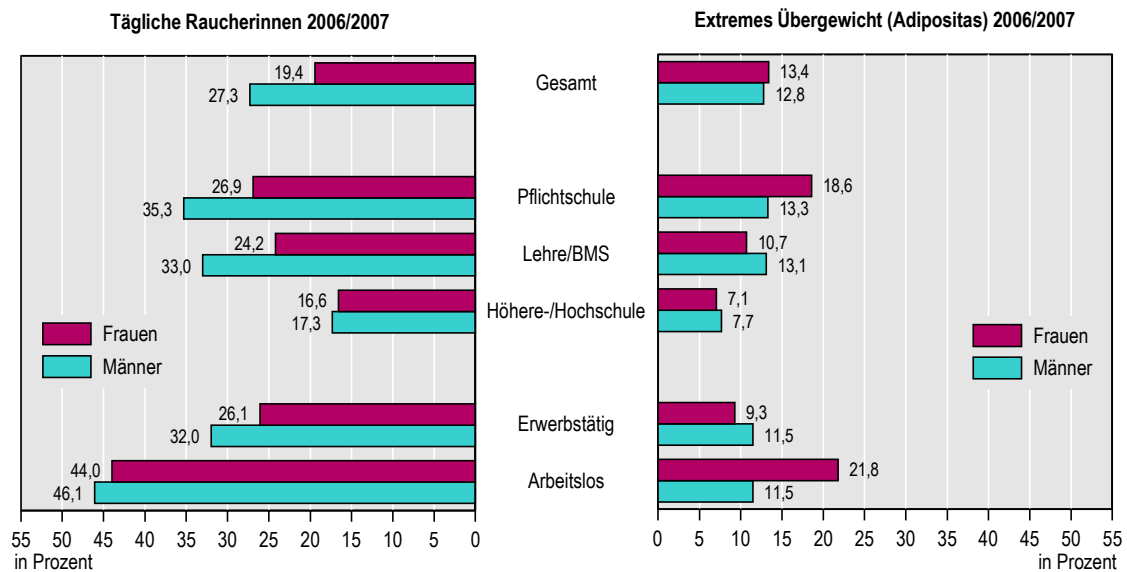
Einfluss der sozialen Lage auf den gesundheitsbezogenen Lebensstil

Es liegen zahlreiche Befunde vor, dass soziale Faktoren den gesundheitsbezogenen Lebensstil und die Gesundheit maßgeblich beeinflussen. Wesentliche Einflussfaktoren sind vor allem die Bildung, aber auch das Einkommen, die berufliche Tätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit oder ein Migrationshintergrund. Dieser soziale Gradient von Gesundheit und Krankheit zeigt bei Frauen und Männern unterschiedlich starke Auswirkungen. Letztendlich wirkt er sich auch auf die Sterblichkeit aus: Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen höchster und niedrigster Bildungsstufe (Abschluss einer Hochschule bzw. der Pflichtschule) beträgt bei Männern 6,2 Jahre, bei Frauen 2,6 Jahre (Klotz, 2007).

Frauen und Männer der niedrigsten Bildungsstufe rauchen häufiger täglich, und auch extremes Übergewicht ist weiter verbreitet als bei den höchsten Bildungsschichten. Männer der niedrigsten Bildungsstufe rauchen doppelt so häufig wie Männer der höchsten (35,3 % vs. 17,3 %), bei Frauen ist der Bildungsunterschied etwas geringer (26,9 % vs. 16,6 %). Das heißt, Akademikerinnen rauchen gleich häufig wie Akademiker – aber doch deutlich weniger als Frauen der niedrigeren Bildungsstufen.

Extrem hohe Raucherquoten finden sich bei Frauen und Männern, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, wobei hier der Unterschied zwischen den Geschlechtern gering ist (Männer: 46,1 %, Frauen: 44 %).

Abbildung 5.2 Einfluss der sozialen Lage auf den gesundheitlichen Lebensstil



Quelle: Statistik Austria, Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten der Gesundheit (2008, S. 39ff)

Hinsichtlich des extremen Übergewichts (Adipositas) ist der Einfluss der sozialen Lage bei den Frauen besonders deutlich erkennbar. Extremes Übergewicht ist bei den Frauen der untersten Bildungsstufe 2,6-mal so häufig wie bei Akademikerinnen. Ebenso ist Adipositas bei arbeitslosen Frauen 2,3-mal so häufig wie bei erwerbstätigen Frauen, bei Männern ist diesbezüglich kein Unterschied zu erkennen.

5.1.3 Gesundheitszustand (Erkrankungen, Todesursachen)

Die Frage, ob Frauen oder Männer das gesündere Geschlecht sind, ist nicht einfach zu beantworten. Härtester Indikator ist wohl die Lebenserwartung, die bei Frauen um rund sechs Jahre höher liegt als bei Männern (siehe auch Kapitel 1.2 in Teil I). Tatsache ist weiters auch, dass viele der schweren Erkrankungen Frauen und Männer in unterschiedlichem Ausmaß betreffen und es eine Reihe von Erkrankungen gibt, die ausschließlich Frauen betreffen.

Die schwerwiegendsten Erkrankungen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Industrieländern sowohl bei Frauen als auch bei Männern die häufigste Ursache für Spitalsaufenthalte und Sterblichkeit.

Tabelle 5.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht

Herz-Kreislauf-Erkrankung		1998		2007		Veränderung (1998=100)		Sex-Ratio ¹ (Männer=1)	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	1998	2007
Krankheiten des Kreislaufsystems insgesamt <I00-I99>									
Spitalsentlassungen	N	154.826	151.976	161.764	175.496	104	115	1,0	0,9
	R	3.753,7	3.945,2	3.796,5	4.343,9	101	110	1,0	0,9
Todesursachen	N	24.958	17.586	19.466	13.398	78	76	1,4	1,5
	R	204,9	330,8	127,4	198,6	62	54	0,6	0,7
Bluthochdruck/Hypertonie <I10-I15>									
Spitalsentlassungen	N	18.129	11.076	22.015	12.497	121	113	1,6	1,8
	R	439,5	287,5	516,7	309,3	118	108	1,5	1,7
Todesursachen	N	856	417	1.951	875	228	210	2,1	2,2
	R	6,9	7,8	12,2	12,8	177	164	0,9	1,0
Akuter Myokardinfarkt <I21-I22>									
Spitalsentlassungen	N	5.192	7.616	6.908	10.614	133	139	0,7	0,7
	R	125,9	197,7	162,1	262,7	129	133	0,6	0,6
Todesursachen	N	3.946	4.684	2.608	3.166	66	68	0,8	0,8
	R	76,8	89	19,3	48	25	54	0,9	0,4
Cerebrovasculäre Krankheiten <I60-I69>									
Spitalsentlassungen	N	29.468	26.225	24.289	25.405	82	97	1,1	1,0
	R	714,4	680,8	570	628,8	80	92	1,0	0,9
Todesursachen	N	6.160	3.469	3.392	2.031	55	59	1,8	1,7
	R	51,1	65,2	26,2	29,6	51	45	0,8	0,9
Alle Diagnosen									
Spitalsentlassungen	N	1.213.270	985.429	1.462.473	1.230.901	121	125	1,2	1,2
	R	29.415,30	25.581,20	34.323,40	30.467,20	117	119	1,1	1,1
Todesursachen	N	41.957	36.382	39.647	34.978	94	96	1,2	1,1
	R	405,7	708,6	327	548,9	81	77	0,6	0,6

Legende: N = Absolutzahlen; R = Rate (Spitalsentlassungen: auf 100.000 der Bevölkerung, Todesursachen: altersstandardisierte Rate); Spitalsentlassungen: alle Spitäler, PatientInnen mit Wohnsitz Österreich.

¹ Verhältnis der Zahl der Frauen im Vergleich zu den Männern, ausgedrückt als Anteil der Frauen gemessen an den Männern.

Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik, Todesursachenstatistik (2009)

In Österreich dominieren Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs bei den Ursachen für stationäre Aufenthalte in Krankenanstalten: Im Jahr 2007 waren 13 % aller Spitalsentlassungsfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 14 % auf Krebs zurückzuführen. Weiters waren im Jahr 2007 14 % aller stationären Aufenthalte von Männern und 11 % jener von Frauen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht (1998: 15 % vs. 12 %).

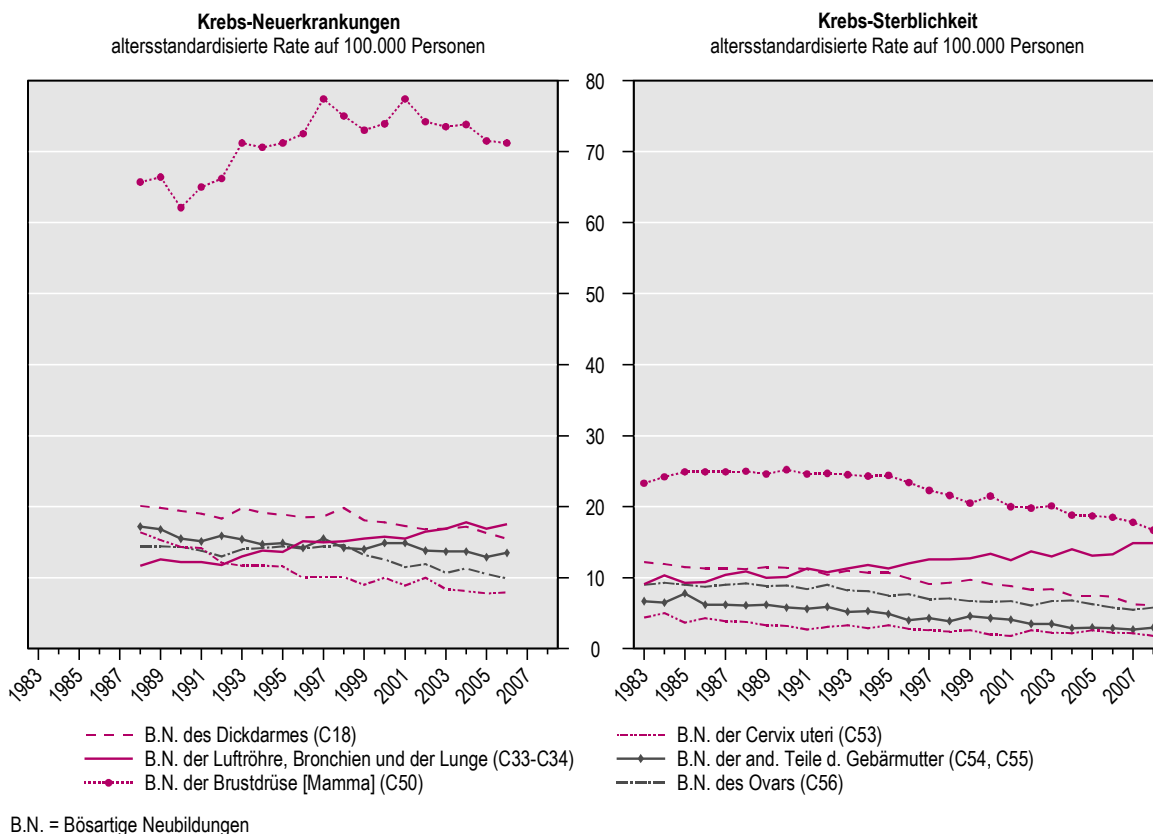
Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind mit einem Anteil von 44 % aller Verstorbenen (im Jahr 2007) bereits seit Jahren die häufigste Todesursache. Gemeinsam mit Krebs, der die Ursache für rund 25 % aller Todesfälle ist, sind diese beiden Erkrankungsgruppen für mehr als zwei Drittel aller Todesfälle verantwortlich. Aufgrund des größeren Anteils an Frauen in den höheren Altersgruppen sind mehr Frauen als Männer vom Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen. Im Jahr 2007 hatten 49 % aller weiblichen vs. 38 % aller männlichen Verstorbenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache (1998: 59 % vs. 48 %). An Herz-Kreislauf-Erkrankungen versterben Frauen 1,5-mal häufiger als Männer. Betrachtet man jedoch die altersspezifischen Raten, sieht man die

stärkere Betroffenheit von Männern durch die Todesursache Herz-Kreislauf-Erkrankungen (siehe Tabelle 5.2).

Krebs-Neuerkrankungen und Krebssterblichkeit bei Frauen

Krebs zählt nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den häufigsten schwerwiegenden Erkrankungen von Frauen und Männern.

Abbildung 5.3 Entwicklung der Krebs-Erkrankungen von Frauen



Quelle: Statistik Austria, Krebsstatistik, Todesursachenstatistik (2009).

In Österreich sind im Jahr 2006 17.202 Frauen und 19.717 Männer an Krebs neu erkrankt, im Jahr 2008 sind 9.224 Frauen und 10.556 Männer daran verstorben (siehe Tabelle 5.3). Derzeit leben in Österreich rund 250.000 Menschen, die jemals in ihrem Leben Krebs hatten oder derzeit haben.

Besonders der Brustkrebs ist national und international das häufigste onkologische Problem. An Brustkrebs sind im Jahr 2006 4.841 Frauen neu erkrankt und 1.490 Frauen verstorben. Das heißt, Brustkrebs ist die Ursache für 28 % aller Neuerkrankungen und 16 % aller Sterbefälle bei Frauen aufgrund von Krebs.

Tabelle 5.3 Neuerkrankungen und Sterblichkeit an Krebs nach Geschlecht

Krebserkrankung		1997 (Krebs- Neuerkrankungen)		2006 (Krebs- Neuerkrankungen)		Veränderung (1997 bzw. 1999=100)		Sex-Ratio ¹ (Männer=1)	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	1997 bzw. 1999	2006 bzw. 2008
Bösartige Neubildungen (Krebs) zusammen <C00-C43,C45-C97>									
Neuerkrankungen	N	17.948	18.147	17.202	19.717	96	109	1,0	0,9
	R	258,9	395,2	233,6	327,1	90	83	0,7	0,7
Todesursachen	N	9.100	9.610	9.244	10.566	102	110	0,9	0,9
	R	108,3	180,6	97,1	159	90	88	0,6	0,6
Bösartige Neubildungen des Dickdarms <C18>									
Neuerkrankungen	N	1.552	1.665	1.437	1.663	93	100	0,9	0,9
	R	18,6	32,3	15,5	26,2	83	81	0,6	0,6
Todesursachen	N	940	864	701	836	75	97	1,1	0,8
	R	9,7	15,9	6,1	12,2	63	77	0,6	0,5
Bösartige Neubildungen der Lunge <C33-C34>									
Neuerkrankungen	N	1.078	2.628	1.310	2.593	122	99	0,4	0,5
	R	15	51,5	17,5	42,3	117	82	0,3	0,4
Todesursachen	N	951	2.296	1.222	2.386	128	104	0,4	0,5
	R	12,5	43,2	14,7	36,7	118	85	0,3	0,4
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse <C50>									
Neuerkrankungen	N	4.882	53	4.841	56	99	106	-	-
	R	77,4	1	71,2	0,9	92	90	-	-
Todesursachen	N	1.562	15	1.490	9	95	60	-	-
	R	20,5	0,3	16,7	0,1	81	33	-	-
Alle Diagnosen									
Todesursachen	N	42.320	35.880	39.927	35.156	94	98	1,2	1,1
	R	403,6	686,5	325	593,3	81	86	0,6	0,5

Legende: N = Absolutzahlen; R = Rate = altersstandardisierte Rate auf 100.000 der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts.

¹ Verhältnis der Zahl der Frauen im Vergleich zu Männern, ausgedrückt als Anteil der Frauen gemessen an den Männern.

Quelle: Statistik Austria, Krebsstatistik, Todesursachenstatistik (2009)

Nach dem Brustkrebs ist der Lungenkrebs eine für Frauen relevante Krebserkrankung. Seit der Einrichtung des Österreichischen Krebsregisters im Jahr 1988 hat sich der Lungenkrebs bei Frauen von einer der seltensten Krebslokalisationen bei Neuerkrankung zur zweithäufigsten entwickelt. Dies ist in engem Zusammenhang mit dem steigenden Tabakkonsum von Frauen zu sehen (siehe Kapitel 5.1.2).

Geschlechtsunterschiede bei häufigen Erkrankungen und Todesursachen

Das Krankheitsspektrum von Frauen und Männern unterscheidet sich deutlich. Zu vielen, auch sehr häufigen und schweren Erkrankungen lassen sich jedoch keine genauen Aussagen treffen, da in Österreich nur sehr wenige epidemiologische Studien vorliegen. Die Statistik Austria kann auf die Gesundheitsbefragung 2006/2007 (selbst berichtete Erkrankungen), auf die Spitalsentlassungs-Statistik (stationäre Aufenthalte in Krankenanstalten) und auf die Todesursachen-Statistik Bezug nehmen.

Tabelle 5.4 Geschlechtsunterschiede bei häufigen Erkrankungen und Todesursachen

Diagnosen <ICD-10. Rev.>	Personen/Fälle		pro 100.000 der Bevölkerung		Sex-Ratio ¹ (Männer=1)
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	
Ein-Jahres-Prävalenz, selbst berichtete Erkrankungen lt. Gesundheitsbefragung 2006/2007, Bevölkerung 15 Jahre u. älter					
Diabetes mellitus <E10-E14>	215.300	174.200	5.940	5.188	1,2
Depression, affektive Störungen <F30-F39>, Angststörungen <F40, F41>	299.500	178.000	8.264	5.301	1,7
Migräne, Kopfschmerz-Syndrome <G43, G44>	744.600	306.500	20.545	9.129	2,4
Asthma <J45, J46>	91.100	138.000	2.514	4.110	0,7
Chronische Atemwegserkrankungen, COPD <J40-J44, J47>	150.700	118.800	4.158	3.538	1,3
Magen-, Zwölffingerdarm-Geschwür <K25-K28>	102.500	81.400	2.828	2.424	1,3
Rheumatoide Arthritis <M05, M06>, Arthrose <M15-M19>	673.600	400.200	18.586	11.919	1,7
Spondylopathien, Dorsopathien <M45-M54>	1.249.800	1.025.500	34.484	30.543	1,2
Osteoporose <M80-M82>	327.200	53.500	9.028	1.593	6,1
Allergien	639.200	455.600	17.637	13.569	1,4
Harninkontinenz	258.900	109.300	7.143	3.255	2,4
Spitalsentlassungen 2006					
Demenz <F00-F03>	6.583	3.188	155	79	2,1
Femurfrakturen <S72>	13.305	5.819	313	144	2,3
Entzündungen der weiblichen Beckenorgane <N70-N77>	5.582	-	131	-	-
Menstruations- und klimakterische Störungen <N91-N95>	15.330	-	360	-	-
Curettagen der Gebärmutter ²	42.012	-	988	-	-
Gebärmutterentfernungen ²	10.794	-	254	-	-
Todesursachen 2006					
Selbstmord und Selbstschädigung <X60-X84>	296	997	5	20	0,6
Unfälle <V01-X59>	977	1.543	11	30	0,6
darunter:					
Transportmittelunfälle <V01-V99>	192	534	4	12	0,4
Unfälle durch Sturz <W00-W19>	447	507	4	8	0,9

¹ Verhältnis der Zahl der Frauen im Vergleich zu Männern, ausgedrückt als Anteil der Frauen gemessen an den Männern.

² Medizinische Einzelleistungen laut Leistungskatalog des Gesundheitsministeriums.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (2007), Spitalsentlassungsstatistik (2008), Todesursachenstatistik (2007)

Laut Gesundheitsbefragung 2006/2007 zählen bei Frauen und Männern Rückenschmerzen und Wirbelsäulenbeschwerden (Dorsopathien, Spondylopathien) zu den am häufigsten genannten Erkrankungen, Frauen sind um das 1,2fache häufiger davon betroffen (Frauen: 1.249.800, Männer: 1.025.500). Frauen sind um das 6,1fache häufiger von Osteoporose betroffen als Männer: Rund 327.200 Frauen und 53.500 Männer leiden darunter. Frauen berichten weiters um das 2,4fache häufiger als Männer, an Migräne bzw. Kopfschmerz-Syndromen (746.600 Frauen, 306.500 Männer) und an Harninkontinenz zu leiden (258.900 Frauen, 109.300 Männer). Depressionen und Angststörungen werden von Frauen um das 1,7fache häufiger genannt (Frauen: 299.700, Männer: 178.000).

Die typischen Alterserkrankungen Demenz und Femurfrakturen (Oberschenkelbruch) führen bei Frauen mehr als doppelt so häufig zu Spitalsaufenthalten wie bei Männern. Aufgrund von Demenz waren im Jahr 2006 bei Frauen rund 6.600, bei Männern 3.200 Spitalsaufenthalte erforderlich. Femurfrakturen führten zu 13.300 Spitalsaufenthalten bei Frauen, bei Männern zu 5.800. Diese Geschlechtsunterschiede sind überwiegend auf den größeren Frauenanteil in den höheren Altersgruppen zurückzuführen.

Häufige operative Eingriffe, die bei Frauen im Rahmen eines stationären Aufenthalts im Jahr 2006 durchgeführt wurden, waren Curettagen der Gebärmutter (42.000) und Gebärmutterentfernungen (10.800). Aufgrund von Menstruations- und klimakterischen Störungen kam es zu 15.300 stationären Aufenthalten.

Was die Todesursachen betrifft, fällt auf, dass Frauen deutlich seltener Selbstmord begehen (296 Frauen vs. 997 Männer) und seltener tödliche Unfälle erleiden (977 Frauen vs. 1.543 Männer).

5.1.4 Frauen mit Beeinträchtigungen/Behinderungen

Im vergangenen Jahrzehnt hat in der Behindertenpolitik eine positive Entwicklung eingesetzt, die die spezifischen Bedürfnisse von Frauen mit Behinderung vermehrt thematisiert. Frauen mit Behinderung sind häufig mehrfach belastet: Zur tradierten Mehrfachbelastung als Frau kommt die Belastung durch die Behinderung hinzu.

Begriffe und Definitionen von Beeinträchtigungen/Behinderungen

Ein wichtiger Aspekt und Grundlage der Behindertenpolitik war zunächst das Bemühen um eine Eingrenzung der betroffenen Zielgruppe und um eine nicht diskriminierende Definition des Begriffs der Behinderung. Besonders im vergangenen Jahrzehnt ist eine Abkehr von einer rein medizinisch bzw. gesundheitlich bestimmten Auffassung von Behinderung als physisches, geistiges oder psychisches Defizit hin zu einem ganzheitlich orientierten „bio-psycho-sozialen“ Verständnis zu erkennen. Die Weltgesundheitsorganisation hat in der Weiterentwicklung ihres Klassifikationsschemas für Behinderung nicht nur die Defizite einer Person im Sinne einer Beeinträchtigung von Körperfunktionen berücksichtigt, sondern auch die persönlichen Fähigkeiten zur Aktivität und gesellschaftlichen Teilhabe sowie unterschiedliche Kontextfaktoren (ICIDH-2 International Classification of Impairments, Activities and Participation, 1999).

Im österreichischen Behinderteneinstellungsgesetz (§ 3) und im Bundespflegegeldgesetz (§ 4) werden jene Personen als behindert bezeichnet, die eine subjektiv wahrgenommene starke Beeinträchtigung bei der Verrichtung täglicher Arbeiten haben, die mindestens schon sechs Monate andauert.

Datenlage zu Behinderungen und lang andauernden Beeinträchtigungen

Eine umfassende amtliche Statistik aller von einer länger dauernden schweren Beeinträchtigung oder Behinderung betroffenen Menschen ist nicht vorhanden. In jüngster Zeit hat das Sozialministerium einen „Bericht zur Lage von Menschen mit Behinderungen“ erstellt, der eine Vielzahl von Aspekten und für Menschen mit Behinderungen relevanten Lebensbereichen abzudecken versucht (BMSK, 2008).

Amtliche Statistiken gibt es lediglich über verschiedene Gruppen behinderter Menschen, die Sozialleistungen beziehen. Einzelne Personen können jedoch mehreren der folgenden Gruppen angehören (insgesamt rd. 1.154.000 Sozialleistungs-Bezüge, rund die Hälfte betreffen Frauen):

- ▶ Invaliditätspensionen der Pensionsversicherung (rd. 445.000, 40 % Frauen);
- ▶ Bundes-Pflegegeld (rd. 350.000, 68 % Frauen);
- ▶ Landes-Pflegegeld (rd. 60.000, 66 % Frauen);
- ▶ begünstigte Behinderte nach dem Behinderten-Einstellungs-Gesetz (rd. 93.000, 40 % Frauen);
- ▶ vorgemerkte Arbeitslose mit Behinderung laut Arbeitsmarktservice (rd. 30.000, 40 % Frauen);
- ▶ Versehrtenrente der Unfallversicherung (rd. 89.000; 25 % Frauen);
- ▶ erhöhte Familienbeihilfe nach dem Familien-Lastenausgleichs-Gesetz (rd. 68.000);
- ▶ Beschädigte nach dem Kriegsopferversorgungs-Gesetz (rd. 17.000);
- ▶ Beschädigte nach dem Heeresversorgungs-Gesetz (rd. 1.700).

Neben diesen Statistiken hat die Statistik Austria drei weitere Datenquellen aufzuweisen, die Menschen mit Behinderung betreffen:

- Die Ergebnisse der EU-weiten jährlichen „Erhebung zu den Einkommen und Lebensbedingungen“ (EU Statistics on Income and Living Conditions – EU-SILC): Hochgerechnet beträgt die Zahl der Menschen mit Behinderungen im engeren Sinn (länger als sechs Monate beeinträchtigt) in Österreich 633.000 Personen bzw. 9 % der Bevölkerung ab 16 Jahren. Der Frauenanteil bei Menschen mit Behinderung im engeren Sinn beträgt 54 %. Knapp zwei Drittel der Frauen mit Behinderung – aber nur 38 % der Männer – sind 65 Jahre oder älter. Eine Behinderung im weiteren Sinn weisen rund eine Million Menschen auf. Insgesamt weisen also rund 1,6 Mio. Menschen dauerhafte Beeinträchtigungen unterschiedlichen Grades auf. Die EU-SILC-Erhebung ermöglicht umfassende Analysen der sozialen Situation von Haushalten mit Menschen mit Behinderung in Österreich.
- In der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurde – vergleichbar den in der EU-SILC gestellten Fragen – Behinderung als starke Einschränkung bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens definiert. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung entsprechen jenen von EU-SILC: 9,1 % bzw. 636.000 Personen beschreiben sich selbst als stark eingeschränkt. Vergleichbar mit den Ergebnissen von EU-SILC beträgt der Frauenanteil 56 %.

Eine vom Sozialministerium beauftragte Befragung zum Thema „Menschen mit Behinderungen“ im Jahr 2007 verwendete eine Definition von Beeinträchtigung, die von leichten Sehbeeinträchtigungen bis zu Fällen vollständiger Immobilität reichte. Die Befragung ergab, dass sich hochgerechnet 1,7 Mio. Menschen der österreichischen Wohnbevölkerung in Privathaushalten als dauerhaft eingeschränkt bezeichnen, was annähernd dem Wert von EU-SILC entspricht.

5.1.5 Geschlechtsspezifische Nutzung des Gesundheitssystems

Inanspruchnahme von Angeboten des Gesundheitssystems

Frauen und Männer haben einen unterschiedlichen Bedarf und spezifische Bedürfnisse hinsichtlich der Nutzung der Angebote des Gesundheitssystems.

Während bei der Inanspruchnahme von Vorsorge-Untersuchungen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern eher gering sind, nehmen Frauen deutlich häufiger Medikamente oder suchen ÄrztInnen und andere Gesundheitseinrichtungen auf.

Frauen lassen um das 1,2fache häufiger als Männer Blutdruck- und Cholesterin-Kontrollen vornehmen, bei Gesundenuntersuchungen und Grippe-Impfung liegen jedoch die Männer geringfügig vor den Frauen. Rund 779.200 Frauen (35 % der Frauen im Alter ab 40 Jahren) haben in den 12 der Befragung vorangegangenen Monaten eine Mammografie, rund 1,7 Mio. Frauen (46 % der Frauen im Alter ab 40 Jahren) einen Krebsabstrich durchführen lassen.

Die Häufigkeit des Medikamentenkonsums überwiegt ganz deutlich bei den Frauen: Sie nehmen laut Selbstauskunft 2,8-mal so häufig wie Männer Medikamente gegen Kopfschmerzen und etwa doppelt so häufig wie Männer Antidepressiva, Schlafmittel oder Mittel gegen Gelenkschmerzen.

Beinahe 160.000 Frauen – das sind rund 10 % der Frauen ab 50 Jahren – geben an, Hormon-Ersatztherapie im Zusammenhang mit der Menopause zu nehmen. Bei den Männern sind es nur rund 15.800 (rund 1 % der Männer ab 50 Jahren), die Hormone aufgrund der Andropause nehmen.

Am häufigsten von Frauen in Anspruch genommene ÄrztInnen sind GynäkologInnen und AllgemeinmedizinerInnen. Rund 84 % der Frauen haben im Jahr vor der Befragung eine/n GynäkologIn, 81 % eine/n AllgemeinmedizinerIn aufgesucht. Frauen nehmen generell ÄrztInnen, Ambulanzen, Physiotherapie oder Psychotherapie etwas häufiger in Anspruch als Männer. Deutlich häufiger jedoch – nahezu um das Dreifache – nutzen Frauen Hauskrankenpflege, Homöopathie und komplementäre Behandlungsmethoden.

Tabelle 5.5 Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge und Gesundheitseinrichtungen

Behandlungsangebot	Personen/Fälle		pro 100.000 der Bevölkerung 15 Jahre und älter		Sex-Ratio ¹ (Männer=1)
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	
Vorsorge-Untersuchungen in den letzten 12 Monaten					
Blutdruck-Kontrolle	2.625.300	2.208.800	72.437	65.589	1,2
Cholesterin-Kontrolle	1.927.700	1.641.300	53.189	48.738	1,2
Mammografie (Alter 40 Jahre und älter)	779.200	0	34.731	0	0
Krebsabstrich	1.680.800	0	46.376	0	0
Darmspiegelung (Alter 40 Jahre und älter)	178.100	157.000	7.938	8.009	1,1
Gesundenuntersuchung	727.300	716.100	20.067	21.264	1
Aufrechter Grippe-Impfschutz	746.800	740.100	20.606	21.977	1
Medikamentenkonsum in den letzten zwei Wochen					
Bluthochdruck	713.300	544.500	19.681	16.169	1,3
Cholesterin	216.900	193.670	5.985	5.751	1,1
Diabetes	187.200	149.300	5.165	4.433	1,3
Gelenkschmerzen	499.800	267.700	13.790	7.949	1,9
Kopfschmerzen	373.200	131.000	10.297	3.890	2,8
Andere Schmerzen	576.800	376.800	15.915	11.189	1,5
Depression	209.900	114.500	5.792	3.400	1,8
Schlafstörungen	232.700	111.800	6.421	3.320	2,1
Antibiotika	142.200	99.400	3.924	2.952	1,4
Verhütungsmittel (Rate: Alter 15- 50 Jahre)	279.500	0	13.648	0	0
Hormone/Andropause/Menopause (Rate: Alter 50 Jahre und älter)	159.800	15.800	10.252	1.256	10,1
Inanspruchnahme von Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitseinrichtungen in den letzten 12 Monaten					
AllgemeinmedizinerIn	2.964.500	2.545.600	81.796	75.591	1,2
Spitals-, Unfallambulanz	684.900	616.400	18.898	18.304	1,1
Betriebsärztin/Betriebsarzt	123.900	246.800	3.419	7.329	0,5
GynäkologIn	3.030.700	0	83.622	0	0
Hautärztin/Hautarzt	572.600	416.300	15.799	12.362	1,4
Augenärztin/Augenarzt	1.083.900	778.000	29.907	23.102	1,4
InternistIn	607.300	485.100	16.756	14.405	1,3
OrthopädiIn	454.300	332.700	12.535	9.879	1,4
HNO-Ärztin/HNO-Arzt	385.000	331.500	10.623	9.844	1,2
Zahnärztin/Zahnarzt	2.241.500	1.982.600	61.847	58.872	1,1
Physiotherapie	435.700	290.600	12.022	8.629	1,5
Psychotherapie	84.000	50.000	2.318	1.485	1,7
Hauskrankenpflege	21.300	6.200	588	184	3,4
Homöopathie	127.800	39.500	3.526	1.173	3,2
Komplementäre Behandlungsmethoden	119.300	48.300	3.292	1.434	2,5

¹ Verhältnis der Zahl der Frauen im Vergleich zu Männern, ausgedrückt als Anteil der Frauen gemessen an den Männern.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (2007)

Geschlechtsspezifische Kosten der Gesundheitsversorgung

Da Frauen und Männer unterschiedliche Gesundheitsbiografien aufweisen – beispielsweise durch Schwangerschaften und Geburten, die längere Lebenserwartung von Frauen oder unterschiedliches Gesundheitsverhalten –, sind auch Unterschiede in den Kosten der Gesundheitsversorgung zu erwarten.

Insgesamt wurden im Jahr 2006 26.057 Mio. € für Gesundheit ausgegeben, das sind 10,3 % des BIP (Statistik Austria, 2008c, S. 49). Das Institut für Höhere Studien hat eine Berechnung der öffentlichen Gesundheitsausgaben des Jahres 2003 nach Alter und Geschlecht vorgenommen, wobei die nach Geschlecht aufgeschlüsselten Ausgaben für die stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung, nicht aber für Pflegeheime, Prävention, den öffentlichen Gesundheitsdienst und öffentliche Investitionen zur Verfügung standen (IHS, 2006). Generell war zu beobachten, dass die Gesundheitsausgaben für beide Geschlechter mit zunehmendem Alter stark ansteigen. Hinsichtlich der stationären Versorgung sind lediglich im Alter von 15 bis 49 Jahren, also in der reproduktiven Phase, die Kosten bei Frauen durchschnittlich um 27 % höher als bei Männern. Bei über 50-Jährigen übersteigen jedoch die öffentlichen Spitalsausgaben für Männer jene für Frauen deutlich, in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen liegen die Spitalsausgaben für Männer um rund 30 % über jenen für Frauen. Die öffentlichen Spitalsausgaben sind sowohl bei den Frauen mit rund 2.600 € pro Kopf als auch bei den Männern mit 3.000 € pro Kopf in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen am höchsten. Die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante Gesundheitsdienste liegen deutlich unter jenen für die stationäre Versorgung, auch sind die Geschlechtsunterschiede und der Anstieg mit zunehmendem Alter geringer. Bei älteren Personen nehmen bei beiden Geschlechtern in ähnlichem Ausmaß die Medikamentenkosten den größten Anteil – rund die Hälfte – der ambulanten Kosten ein. Am deutlichsten ist dies in der Altersgruppe der 80- bis 90-Jährigen ausgeprägt, in der mit 937 € pro Kopf die höchsten jährlichen Arzneimittelkosten anfallen.

5.1.6 Sexuelle und reproduktive Gesundheit

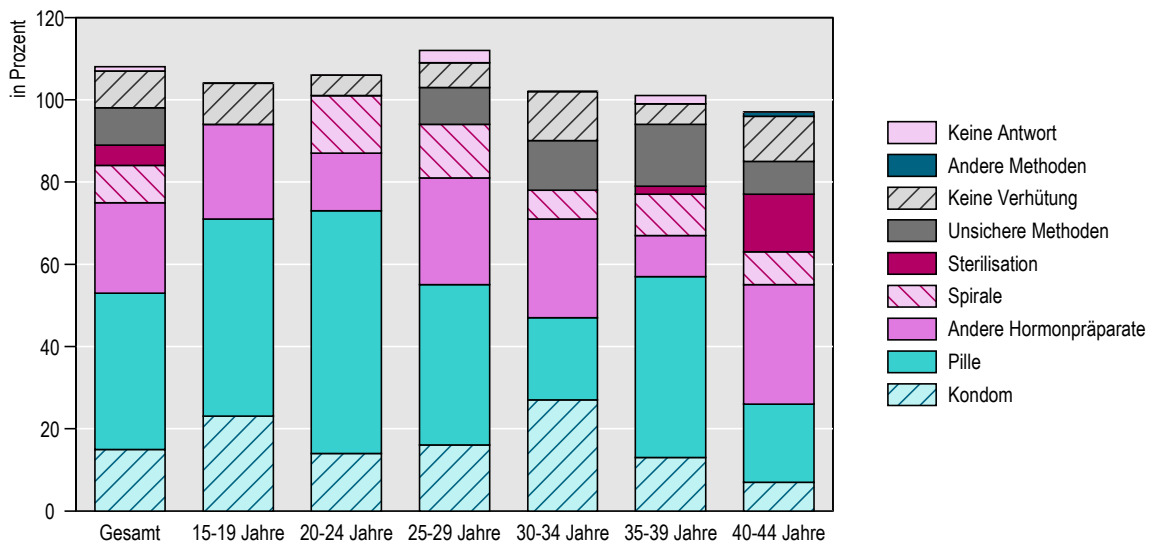
Das vergangene Jahrzehnt ist von zahlreichen internationalen Bemühungen um sexuelle und reproduktive Rechte gekennzeichnet. Die Weltgesundheitsorganisation hat das Konzept der sexuellen Gesundheit propagiert und bezeichnet damit ein über die bloße Abwesenheit von Krankheit hinausgehendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden in Bezug auf Sexualität. Gemeinsam mit internationalen Familienplanungsorganisationen wird das Respektieren, Einhalten und Schützen von sexuellen und reproduktiven Rechten gefordert. Das wichtigste ist die individuelle freie Entscheidung, ob und wann die Geburt eigener Kinder erwünscht ist einschließlich des Rechts, sich für einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden. Weiters das Recht über Sexualität und Verhütung informiert zu werden, das Recht auf Zugang zu sicheren, wirksamen und kostengünstigen Familienplanungsmethoden sowie das Recht auf den Zugang zu angemessenen Gesundheitseinrichtungen, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen und die für Paare die bestmöglichen Voraussetzungen schaffen, ein gesundes Kind zu bekommen.

Kontrazeption, unerwünschte Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch

Seit die „Pille“ im Jahr 1960 erstmals auf den Markt gekommen ist, haben im Bereich der Kontrazeption (Verhütung von Schwangerschaften) starke Veränderungen stattgefunden. Erst in jüngster Zeit steht eine breite Palette an Verhütungsmethoden zur Verfügung. Die am häufigsten zur Kontrazeption verwendete Methode ist die Pille (38 %), gefolgt von anderen Hormonpräparaten (22 %, Hormonimplantat, Hormonpflaster, Depot-Spritze, Vaginalring, Hormonspirale), dem Kondom (15 %), der Spirale (9 %), Sterilisation (5 %) und unsicheren Methoden (9 %, Diaphragma, Spermizide, Zyklusmonitoring) (LBI für Frauengesundheitsforschung, 2005).

Trotz des breiten Angebots an sicheren Verhütungsmitteln wählen rund ein Drittel der österreichischen Frauen unsichere Methoden bzw. wenden keine Verhütung an (Kondom: 15 %, andere unsichere Methoden: 9 %, keine Verhütung: 9 %). Die „Pille danach“ (Notfallkontrazeption) ist in Österreich relativ schwer zugänglich, da sie rezeptpflichtig ist. Im überwiegenden Teil der europäischen Länder wird sie ohne Rezept in Apotheken abgegeben, um sie rasch und leicht zugänglich zu machen und somit eine unerwünschte Schwangerschaft zu verhindern.

Abbildung 5.4 Aktuell von Frauen angewendete Methode zur Kontrazeption



Quelle: Ludwig-Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung (2005, S. 157)

Es liegen internationale Schätzungen vor, dass in den Industrieländern jede zweite Schwangerschaft ungeplant ist, ein Drittel der ungeplanten Schwangerschaften endet mit einem Abbruch (Allan Guttmacher Institute, 1999). Österreich hat keine Statistik zu Schwangerschaftsabbrüchen, in Deutschland gibt es diese seit 1976, in der Schweiz besteht seit 2002 eine Meldepflicht für Schwangerschaftsabbrüche. In Österreich werden lediglich die in Krankenanstalten durchgeführten Abbrüche im Rahmen der Spitalsentlassungs-Statistik gezählt (1998: rd. 2.400 Abbrüche; 2006: rd. 1.800 Abbrüche). Vorliegende Schätzungen gehen von 19.000 bis 25.000 Abbrüchen pro Jahr aus (Tazi-Preve, 1999). Lediglich rund 10 % der Abbrüche finden in Krankenanstalten statt, der überwiegende Teil wird in privaten Ambulatorien und niedergelassenen Ordinationen durchgeführt. Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs trägt die Frau.

In jüngster Zeit wird von österreichischen PolitikerInnen die Kostenübernahme von Verhütung und Schwangerschaftsabbruch durch die Krankenkassen diskutiert, beides muss derzeit von den Frauen selbst getragen wird. In Deutschland werden beispielsweise – mit dem Ziel der Prävention von unerwünschten Schwangerschaften – Verhütungsmittel bei unter 20-Jährigen von den Krankenkassen bezahlt. In den Niederlanden, Schweden, Italien und der Schweiz werden die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs von der Krankenkasse übernommen.

Teenager-Schwangerschaften und späte Mutterschaft

Das durchschnittliche Alter von Müttern bei der Geburt des ersten Kindes ist in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen (1998: 26,9 Jahre, 2007: 28 Jahre). Das bedeutet auch eine

Veränderung der Häufigkeiten von „Teenager-Schwangerschaften“ und später Mutterschaft – also Geburten in Alter von 15 bis 19 Jahren bzw. 40 bis 44 Jahren: Teenager-Schwangerschaften nehmen ab (1999: 4 % aller Geburten, 2008: 3,5 %), späte Mutterschaft wird häufiger (1999:1,8 %, 2008: 3,3 %). Sowohl biografisch frühe als auch späte Geburten sind mit höheren Raten an Frühgeburten, Wachstumsstörungen des Kindes und perinataler Sterblichkeit verbunden.

Diese beiden Phänomene sind aber auch stark kultur- und bildungsabhängig. Beispielsweise sind in den USA, in England und in einigen osteuropäischen Ländern die Raten von Geburten minderjähriger Mütter sehr hoch. Österreich liegt im europäischen Vergleich sowohl hinsichtlich früher als auch später Geburten im Mittelfeld (EURO-PERISTAT, 2008).

Tabelle 5.6 Teenager-Schwangerschaften und späte Mutterschaft nach sozialen Merkmalen

Merkmal	1999						2008					
	Zusammen		Alter der Mutter				Zusammen		Alter der Mutter			
			15-19 Jahre		40-44 Jahre				15-19 Jahre		40-44 Jahre	
	n	in %	n	in %	n	in %	n	in %	n	in %	n	in %
Gesamt	78.138	100	3.094	4,0	1.417	1,8	77.752	100	2.747	3,5	2.573	3,3
Bildung												
Universität	4.555	100	0	0	213	4,7	8.386	100	0	0	522	6,2
Akademien	3.265	100	0	0	102	3,1	3.801	100	0	0	164	4,3
Matura	10.688	100	150	1,4	163	1,5	12.451	100	64	0,5	396	3,2
Mittlere Schule	13.125	100	246	1,9	237	1,8	10.895	100	175	1,6	388	3,6
Lehre	28.844	100	1.132	3,9	373	1,3	23.190	100	819	3,5	533	2,3
Pflichtschule	15.890	100	1.468	9,2	284	1,8	13.064	100	1.430	10,9	353	2,7
Unbekannt	1.771	100	90	5,1	45	2,5	5.965	100	253	4,2	217	3,6
Staatsbürgerschaft												
Österreich	64.112	100	2.377	3,7	1.215	1,9	60.209	100	2.039	3,4	2.147	3,6
Ehem. Jugoslawien	5.889	100	337	5,7	50	0,8	4.813	100	259	5,4	70	1,5
Türkei	3.187	100	292	9,2	30	0,9	3.002	100	186	6,2	64	2,1
Andere	4.950	100	88	1,8	122	2,5	9.728	100	263	2,7	292	3,0

Quelle: Statistik Austria, Geburtenstatistik (2009)

Der Einfluss der Bildung ist besonders deutlich: Während bei Maturantinnen der Anteil der Teenager-Schwangerschaften im Jahr 2008 bei 0,5 % lag, gehen 10,9 % der Geburten von Pflichtschulabsolventinnen auf Teenager-Schwangerschaften zurück. Korrespondierend dazu erfolgten im Jahr 2008 6,2 % der Geburten von Universitätsabsolventinnen im Alter von 40 bis 44 Jahren, aber nur 2,7 % jener von Pflichtschulabsolventinnen. Auch hinsichtlich der Staatsbürgerschaft der Mütter von biografisch extrem frühen oder späten Geburten sind Unterschiede zu erkennen, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Bildungsunterschiede zurückzuführen sind.

In-vitro-Fertilisation

Im Jahr 2000 wurde in Österreich per Bundesgesetz ein Fonds zur finanziellen Unterstützung von ungewollt kinderlosen Paaren eingerichtet, die sich einer künstlichen Befruchtung unterziehen wollen. Der Fonds übernimmt 70 % der Kosten. Seit dem Jahr 2001 hat sich die Zahl der für eine In-vitro-Fertilisation (IVF) zugelassenen Anstalten von 22 auf 26 Anstalten im Jahr 2007 erhöht. Die Zahl der vom Fonds unterstützten Paare ist in diesem Zeitraum von 3.283 auf 4.332 gestiegen,

ebenso hat die Zahl der Schwangerschaften von 986 auf 1.738 zugenommen. Die Schwangerschaftsrate, also die Zahl der Schwangerschaften pro Befruchtung, ist von 22,8 auf 32,6 angestiegen. Über die Zahl der Geburten liegen keine vollständigen Informationen vor, da diese nicht alle IVF-Anstalten melden (ÖBIG, 2008a).

Rund ein Viertel aller Schwangerschaften durch IVF sind Mehrlingsschwangerschaften. Dies schlägt sich auch in der allgemeinen Geburtenstatistik nieder: Der Prozentsatz der Mehrlingsgeburten ist in Österreich in den letzten Jahren von rund 1 % auf 1,7 % gestiegen.

Tabelle 5.7 Schwangerschaften bei durch den IVF-Fonds unterstützten Paaren

Merkmal	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Paare	3.283	3.384	3.539	3.614	3.998	4.070	4.332
Versuche	4.726	4.680	4.836	4.878	5.506	5.575	5.932
Versuche pro Paar	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,4
Follikelpunktionen	4.333	4.375	4.540	4.575	5.028	5.035	5.324
Schwangerschaften	986	1.193	1.340	1.320	1.564	1.568	1.738
Schwangerschaften pro Follikelpunktion, in %	22,8	27,3	29,5	28,9	31,1	31,1	32,6

Quelle: ÖBIG (2008, S. 17)

Kaiserschnitte

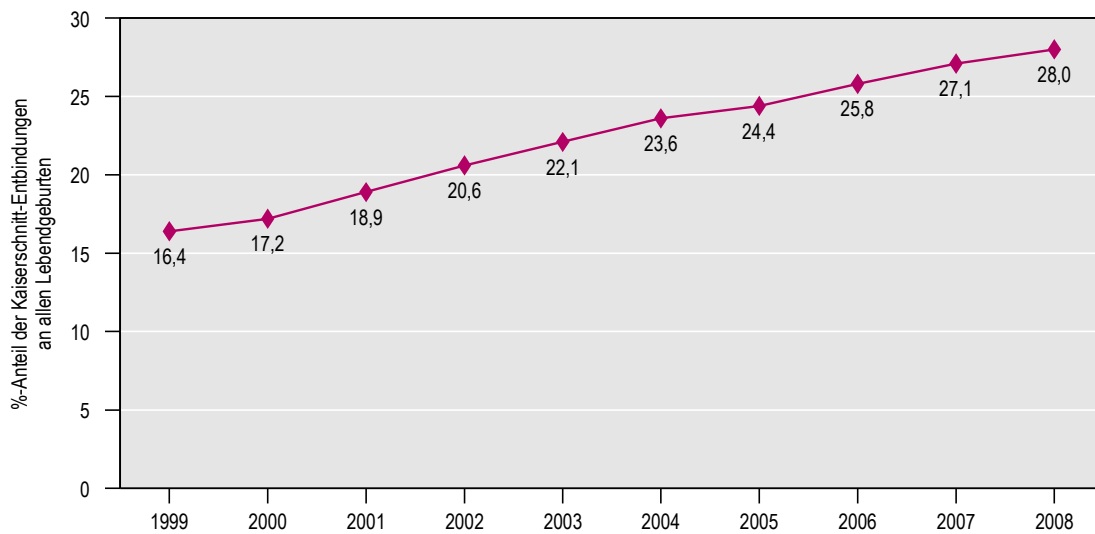
Seit den 1970er-Jahren ist die Kaiserschnitt-Rate in den meisten entwickelten Ländern massiv gestiegen. Dem steht die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation gegenüber, dass die Kaiserschnitt-Rate nicht über 15 % liegen sollte (WHO, 1985). In einigen südamerikanischen Ländern, beispielsweise Brasilien, liegt die Rate bei 70 %. In Europa haben Italien und Portugal Kaiserschnitt-Raten von über 30 %, die niedrigsten Raten von rund 15 % haben Slowenien und die Niederlande (EURO-PERISTAT, 2008).

Der starke Anstieg der Kaiserschnitt-Rate in Österreich entspricht demnach dem internationalen Trend. In Österreich ist die Kaiserschnitt-Rate zwischen 1999 und 2008 von 16,4 % auf 28 % gestiegen. Es gibt starke regionale Unterschiede, beispielsweise hat diese im Burgenland, in Kärnten, in der Steiermark und in Tirol aktuell bereits die 30 %-Marke erreicht bzw. überschritten. Generell ist die Kaiserschnitt-Rate bei älteren Frauen höher als bei jüngeren, bei unter 20-jährigen Frauen beträgt sie rund 20 %, bei 40- bis 44-jährigen Frauen rund 40 % (Statistik Austria, Geburtenstatistik, 2009).

Die Ursachen des starken Anstiegs der Kaiserschnitt-Rate sind vielfältig, und die Diskussion darüber wird selbst unter den MedizinerInnen kontrovers geführt. Als Grund für den Anstieg wurde zunächst angenommen, es handle sich um „Wunsch-Kaiserschnitte“, d. h. Frauen beschließen auch ohne medizinische Notwendigkeit, ihr Kind aus Gründen der besseren Planbarkeit per Kaiserschnitt zu bekommen, da prinzipiell ein relativ geringes Gesundheits- und Sterberisiko für die Mutter besteht. Dieser Ansicht widerspricht eine rezente Studie der Universität Bremen (Lutz/Kolip, 2006): Fast 90 % der im Jahr 2004 befragten 1.300 Frauen, die eine Kaiserschnitt-Geburt hinter sich hatten, waren der Ansicht, dass diese nur im Notfall durchgeführt werden sollte und nur 2 % der Kaiserschnitte fanden auf ausschließlichen Wunsch der Frauen und ohne medizinische Gründe statt. 60 % der Frauen gaben an, einer Empfehlung der ÄrztInnen gefolgt zu sein. Die Studienautorinnen vermuten, dass das höhere Durchschnittsalter der Gebärenden, die stärkere Beachtung

körperlicher Folgen einer Spontangeburt für die Frau, aber auch die Sorge vor Haftungsprozessen die ÄrztInnen beeinflussen. Auch erhielten die Kliniken für einen Kaiserschnitt mehr Geld als für eine natürliche Geburt. Hebammenwissen, wie die Betreuung einer Steißlage, komme selten zum Einsatz und es fehle an Angeboten zur Betreuung von Risikoschwangerschaften, weshalb in solchen Fällen eher zur operativen Geburt geraten werde. Rund die Hälfte aller befragten Mütter war der Ansicht, dass die ÄrztInnen zu schnell zum Kaiserschnitt raten. 42 % glaubten außerdem, dass weniger Frauen mit Kaiserschnitt gebären würden, wenn die Betreuung besser wäre. 86 % stimmten der Aussage zu, die Folgen eines Kaiserschnitts würden häufig unterschätzt.

Abbildung 5.5 Entwicklung der Kaiserschnitt-Raten in Österreich



Quelle: Statistik Austria, Geburtenstatistik (2009)

Postpartale Depressionen

Die Zeit nach der Geburt ist für viele Frauen nicht ausschließlich von Glück geprägt. Neben leichten depressiven Verstimmungen und Angstsymptomen (Baby Blues), die zwischen 30 % und 75 % der Frauen betreffen können, treten auch schwere, lang anhaltende Depressionen auf (Wochenbett-Depression). Zwischen 8 % und 10 % aller Frauen, das sind 8.000 bis 10.000 Frauen in Österreich jährlich, erleiden nach der Geburt eine postpartale Depression. Postpartale Psychosen sind deutlich seltener und betreffen rund ein bis zwei Frauen pro 1.000 Frauen nach der Geburt. Risikofaktoren für die Entwicklung postpartaler Depressionen sind depressive Zustände während der Schwangerschaft, frühere depressive Episoden, chronische psychosoziale Belastungen wie Partnerschaftsprobleme, finanzielle Schwierigkeiten oder mangelnde soziale Unterstützung durch das Umfeld. Ein besonders hohes Risiko für postpartale Depressionen haben allein erziehende Mütter (Riecher-Rössler, 2005, S. 375-386).

Stillen

Trotz seiner unbestrittenen gesundheitlichen Vorteile wurde das Stillen in den vergangenen Jahrzehnten recht unterschiedlich bewertet. In den 1950er-Jahren sank die Häufigkeit des Stillens aufgrund der steigenden Verwendung von industrieller Fertignahrung für Säuglinge. Seit Anfang der 1970er-Jahre ist jedoch ein Wiederanstieg der Häufigkeit des Stillens zu beobachten. Laut einer

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation sollten alle Kinder zumindest in den ersten sechs Monaten ausschließlich gestillt werden. Während im Jahr 1985 lediglich 7 % der Frauen ihr Kind in den ersten sechs Lebensmonaten voll gestillt haben, waren es im Jahr 1998 46 %, und im Jahr 2006 betrug der Prozentsatz 36 % (Haschke, 1985; ÖBIG, 1998; BMGFJ, 2007).

Eine Befragung aller Geburtenkliniken Österreichs im Jahr 2006, an der drei Viertel der Geburtenkliniken teilnahmen, ergab, dass 80 % dieser Kliniken über eine geprüfte Still- und Laktationsberaterin und rund die Hälfte über eine Stillambulanz verfügen (BMGFJ, 2007).

Wechseljahre

Die „Wechseljahre“ (Menopause) sind eine Lebensphase der Frau, die sich über mehrere Jahre erstrecken kann. Die „Perimenopause“ ist laut Weltgesundheitsorganisation die zwei bis acht Jahre dauernde Phase vor und ein Jahr nach der letzten Menstruation (Regelblutung). Der überwiegende Teil der Frauen erfährt Veränderungen der Menstruation – im Besonderen starke Regelblutungen – bereits Jahre vor der Menopause, bei nur 10 % der Frauen endet die Menstruation plötzlich. Das Durchschnittsalter für die Menopause beträgt in westlichen Gesellschaften 51 Jahre – das heißt, dass Frauen mehr als ein Drittel ihres Lebens postmenopausal verbringen.

Bereits im Jahr 1981 betonte die Weltgesundheitsorganisation, dass der Gesundheitszustand von Frauen in den Wechseljahren nicht als endokrinologischer Mangelzustand zu bewerten sei, der durch Hormonsubstitution korrigiert werden könne (WHO, 1981). Das Auftreten und die Stärke von Wechseljahr-Symptomen variieren sehr stark zwischen den Frauen und zeigen auch starke interkulturelle Unterschiede. Es wird geschätzt, dass rund ein Drittel der Frauen die Wechseljahre als belastend erlebt. Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2006/2007 nahmen zum Zeitpunkt der Befragung rund 160.000 Frauen bzw. rund 10 % der Frauen im Alter ab 50 Jahren eine Hormonersatz-Therapie (Statistik Austria, 2007).

Seit die größte Studie zu Nutzen und Risiken der Hormonersatz-Therapie im Jahr 2002 abgebrochen wurde, weil in der behandelten Gruppe das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Brustkrebs höher waren als in der Kontrollgruppe, wird dieses Thema kontrovers diskutiert (WHI, 2002). Im Jahr 2004 hat das Österreichische Gesundheitsministerium ein Konsensuspapier veröffentlicht, welches eine genaue Indikationsstellung und individuelle Risikoevaluation sowie ausführliche Beratung zur Hormonersatz-Therapie postuliert. Zudem sei die niedrigste mögliche Dosis so kurz wie möglich zu verabreichen.

5.1.7 Aktuelle frauengesundheitspolitische Entwicklungen

Politik und Programme zur Frauengesundheit

Der politische Ursprung der Frauengesundheit und das erste Frauengesundheitsprogramm entstanden auf der Vierten Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Peking im Jahr 1995. Als generelles Ziel der Frauengesundheit wurde die Sicherung des Rechts der Frau gesehen, das für sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu genießen. Es wurde definiert, dass die Gesundheit der Frau ihr emotionales, soziales und körperliches Wohlbefinden umfasst, welches durch ihr soziales, politisches und wirtschaftliches Lebensumfeld sowie von biologischen Faktoren bestimmt wird. Als eines der größten Hindernisse bei der Erlangung des

bestmöglichen Gesundheitszustandes wird die mangelnde Gleichstellung zwischen Frauen und Männern genannt (United Nations, 1996).

In den späten 1990er-Jahren entstanden auch in Österreich die ersten Frauengesundheitsprogramme in Wien und Graz, die in engem Zusammenhang mit den Frauengesundheitszentren stehen. Letztere kooperieren als „Netzwerk Frauengesundheitszentren Österreichs“, dem derzeit zwei Zentren in Wien und jeweils eines in Graz, Salzburg, Villach, Linz und Wels angehören. Die Frauengesundheitszentren verfolgen – wie die Frauengesundheit generell – die Grundprinzipien der Wahlmöglichkeit, Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung der Frau. Von zentraler Bedeutung ist das Konzept der frauenspezifischen Gesundheitsförderung, das sich auf Empowerment und auf die individuellen Lebenslagen von Frauen stützt. Eine wichtige Aufgabe sehen die Frauengesundheitszentren darin, der gesellschaftlichen Tendenz entgegenzuwirken, normale weibliche Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft oder Wechseljahre zu pathologisieren und zu medicalisieren. Neben den konkreten Unterstützungs- und Beratungsangeboten für Frauen verfolgen also die Frauengesundheitszentren auch das gesundheitspolitische Ziel, Strukturveränderungen in Richtung eines frauensensiblen Gesundheitswesens zu erzielen (BMGF, 2006).

Dass Frauengesundheit in den vergangenen Jahren im österreichischen Gesundheitssystem eine gewisse Bedeutung erlangt hat, ist unter anderem auch daran zu erkennen, dass der Frauengesundheit im Regierungsprogramm 2008 – 2013 ein eigener Passus gewidmet ist (S. 191). Demnach sollen „Frauengesundheit und Gendergerechtigkeit im Sinne einer Health-in-all-Policies-Strategie als Schwerpunkte im Gesundheitssystem integriert werden“. Als Handlungsfelder werden angeführt:

- Bedachtnahme auf niederschwellige Angebote für sozial benachteiligte Frauen;
- Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung speziell im Niedriglohn-Bereich, der vor allem Frauen betrifft;
- Forcierung der geschlechtsspezifischen Erprobung von Psychopharmaka;
- Ausbau der psychosozialen Schwangerenbetreuung von sozial und psychisch belasteten schwangeren Frauen.
- Weiters bekennt sich die Bundesregierung zu Maßnahmen des Schutzes von Opfern psychischer, physischer und sexueller Gewalt (z. B. Traumabehandlung).

Frauen im Gesundheitssystem

Entsprechend vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen sind auch im Gesundheitssystem Frauen in gehobenen und Führungspositionen unterrepräsentiert. Dies wird besonders an den Medizinischen Universitäten deutlich: Während Frauen bei StudienanfängerInnen, Studierenden und AbsolventInnen überwiegen, ist der Frauenanteil unter den ProfessorInnen nach wie vor gering und betrug im Jahr 2007 rund 12 %. Dieses Phänomen des mit zunehmender Hierarchiestufe kontinuierlich sinkenden Frauenanteils wird als „leaky pipeline“ des Karriereverlaufs bezeichnet.

Besonders deutlich wird die ungleiche Geschlechterverteilung bei MedizinerInnen, wenn man die Aufschlüsselung der einzelnen Fachdisziplinen der Medizin betrachtet: Es ist die Tendenz zu erkennen, dass Fachdisziplinen mit hohem Prestige und Einkommensniveau, wie z. B. die chirurgischen Fächer, einen geringen Frauenanteil aufweisen (2007: 12 %, 1998: 3 %), während weniger prestigeträchtige Fächer oder solche mit hohem emotionalem und psychosozialen Einsatz hohe Frauenanteile aufweisen, wie z. B. die Fächer Physikalische Medizin, Psychiatrie oder Kinder- und Jugendheilkunde. Ein weiterer Indikator für die mangelnde Präsenz von Frauen in Führungspositio-

nen in der Medizin ist der Frauenanteil unter den PrimärärztInnen, der lediglich rund ein Viertel beträgt, obwohl der Frauenanteil bei allen berufsausübenden ÄrztInnen 42 % umfasst.

Tabelle 5.8 Frauen in den Gesundheitsberufen

Gesundheitsberuf	1998		2007		Veränderung (1998=100)		Sex-Ratio ¹ (Männer=1)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	1998	2007
Studierende an den Medizinischen Universitäten								
StudienanfängerInnen	745	1.376	514	417	69	30	1,8	0,8
Studierende	8.811	11.178	7.247	9.397	82	84	1,3	1,3
AbsolventInnen	590	681	638	966	108	142	1,2	1,5
Lehrende an den Medizinischen Universitäten								
UniversitätsprofessorInnen	-	-	219	30	-	-	-	0,1
Sonstiges wissenschaftliches Personal	-	-	2.766	2.357	-	-	-	0,9
ÄrztInnen²								
Alle berufsausübenden ÄrztInnen	19.525	10.586	21.818	15.825	112	149	0,5	0,7
Nach Dienstort								
SpitalsärztInnen	8.869	7.108	10.031	10.506	113	148	0,8	1,0
darunter: PrimärärztInnen	476	88	461	162	97	184	0,2	0,4
Niedergelassene ÄrztInnen	10.656	3.478	11.787	5.319	111	153	0,3	0,5
Nach Fachdisziplin								
AllgemeinmedizinerInnen	6.565	4.302	6.425	6.300	98	146	0,7	1,0
FachärztInnen	10.159	3.390	12.749	5.701	125	168	0,3	0,4
darunter: Chirurgische Fächer ³	2.238	69	2.948	418	132	606	0,03	0,1
Nichtärztliches Personal in Krankenanstalten								
Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	5.028	38.738	6.695	44.829	133	116	7,7	6,7
Allgemeine GKP	3.631	33.376	5.384	38.870	148	116	9,2	7,2
Kinder- und Jugendlichen-PflegerInnen	23	3.597	59	3.841	257	107	156,4	65,1
Psychiatrische GKP	1.374	1.765	1.208	2.098	88	119	1,3	1,7
Medizinisch-technische AssistentInnen	1.158	9.075	1.857	11.327	160	125	7,8	6,1
PflegehelferInnen, Sanitäts-HilfsdienerInnen	5.536	11.258	4.554	9.289	82	83	2,0	2,0

¹ Verhältnis der Zahl der Frauen im Vergleich zu Männern, ausgedrückt als Anteil der Frauen gemessen an den Männern.

² Ohne ZahnärztInnen, einschließlich Ärztinnen in Ausbildung.

³ Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Unfallchirurgie.

Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik; Österreichische Ärztekammer (2008)

Aktuelle Frauengesundheitsthemen

Der vorliegende Beitrag kann nur einen Teil der für Mädchen und Frauen wesentlichen Gesundheitsthemen abdecken. In den vergangenen Jahren ist in Österreich eine Reihe von Frauengesundheitsberichten erschienen, die nationale und regionale Situationsbeschreibungen enthalten, aber auch zukünftige Prioritäten festlegen (zusammenfassend siehe Österreichischer Frauengesundheitsbericht, BMGF 2006).

Im Folgenden sind die zentralen Themen bzw. Forderungen angeführt, die derzeit in der Frauengesundheit aktuell sind:

- Die spezifischen Bedürfnisse von Mädchen und Frauen in unterschiedlichen Lebensphasen und mit unterschiedlichem sozialem Hintergrund müssen im Gesundheitssystem vermehrt berücksichtigt werden, wenn eine optimale Prävention und Versorgung sichergestellt werden soll.
- Frauengerechte und evidenzbasierte Empfehlungen zum Einsatz frauenspezifischer diagnostischer und therapeutischer Methoden, wie z. B. die Mammographie, die Hormonbehandlung oder die Verschreibung von Psychopharmaka, müssen entwickelt werden, um Frauen vor Über-, Unter- und Fehlversorgung zu schützen.
- Die kritische Reflexion der aktuellen Entwicklungen im Bereich der Reproduktionsmedizin sowie von Schwangerschaft und Geburt ist erforderlich, um betroffenen Frauen die bestmögliche Information als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung stellen zu können.
- Dem Thema Gewalt gegen Frauen ist im Gesundheitssystem vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken, das heißt, dass die im Gesundheitssystem Arbeitenden auf die Früherkennung und die Auswirkungen von Gewalt sensibilisiert werden müssen.

5.2 Pflege

Erika Baldaszi

5.2.1 Pflegebedarf, Pflegevorsorge, formelle und informelle Kosten der Pflege

Das Thema Pflegevorsorge ist in den vergangenen Jahren zu einem der prioritären Probleme der Sozial- und Gesundheitspolitik geworden, und es gibt intensive Bemühungen um eine Neugestaltung der Pflegevorsorge. Im Jahr 1993 wurde eine weitreichende Reform der Pflegevorsorge durchgeführt mit dem Ziel, für pflegebedürftige Menschen ein Angebot an Geld- und Sachleistungen zu schaffen, das eine selbständige Lebensführung in guter Lebensqualität ermöglicht. In der Pflegevorsorge-Vereinbarung wurde zum einen der gesetzliche Anspruch auf ein abgestuftes und bedarfsorientiertes Bundes- und Landespflegegeld gewährleistet, zum anderen wurden die Länder verpflichtet, für einen dezentralen, flächendeckenden Ausbau der sozialen Dienste zu sorgen.

Wie viele Personen in Österreich pflegebedürftig sind, ist nicht genau bekannt. Aus Befragungen geht hervor, dass derzeit rund 600.000 Personen bzw. rund 9 % der erwachsenen Bevölkerung eine subjektiv wahrgenommene, länger dauernde starke Beeinträchtigung im täglichen Alltagsleben aufweisen (Statistik Austria, EU-SILC, 2008d).

Im Jahr 2007 gab es rund 413.500 Pflegegeld-BezieherInnen, das sind 5 % der Gesamtbevölkerung. Zwei Drittel der Pflegegeld-BezieherInnen sind Frauen. Mehr als die Hälfte aller Pflegegeld-BezieherInnen des Bundes sind älter als 80 Jahre, bei den Frauen sind es sogar nahezu zwei Drittel (siehe Kapitel 4.4.2 im Teil I).

Den rund 413.500 Pflegegeld-BezieherInnen stehen rund 56.000 Pflegeplätze bzw. Wohnplätze mit Pflege in 773 Alten- und Pflegeheimen gegenüber. Das bedeutet, dass ein großer Teil der Pflegeleistungen zu Hause – unterstützt durch ambulante und teilstationäre Dienste – erbracht wird.

Tabelle 5.9 Pflegevorsorge: Inanspruchnahme und Kosten der öffentlichen Hand

Inanspruchnahme	Personen/Leistungen			Nettoaufwand in Mio. € ¹		
	1998	2007	Veränderung (1998=100)	1997	2006	Veränderung (1998=100)
Insgesamt				2.299,4	3.257,4	142
Geldleistungen						
Bundespflegegeld	270.645	351.057	130	1.266,3	1.621,4	128
Männer	84.826	113.948	134			
Frauen	185.819	237.109	128			
Sex-Ratio (Männer=1) ²	2,2	2,1	95			
Landespflegegeld	50.508	62.411	124	257,5	303,6	118
Männer	17.440	21.577	124			
Frauen	33.068	40.834	123			
Sex-Ratio (Männer=1) ²	1,9	1,9	100			
Sachleistungen						
Ambulante Dienste (Stunden)	9.500.000	12.985.000	137	129,1	237,1	184
Teilstationäre Dienste/Tagesheime (Personen)	8.900	16.800	168	28,0	89,7	321
Stationäre Dienste/Alten-, Pflegeheime						
Heimplätze 2006	-	70.107	-	618,6	1.005,5	163
darunter:						
Pflegeplätze und Wohnplätze mit Pflege	-	55.861	-			
Wohnplätze	-	14.246	-			

¹ Enthält auch Aufwand für Behindertenpflege.

² Verhältnis der Zahl der Frauen im Vergleich zu Männern, ausgedrückt als Anteil der Frauen gemessen an den Männern.

Quelle: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2007), WIFO (2008, S.11)

Von den im Jahr 2006 insgesamt 26 Mrd. €, die in Österreich für Gesundheit ausgegeben wurden – das sind 10,3 % des BIP –, entfielen rund 1,7 Mrd. € auf das Bundespflegegeld (0,7 % des BIP). Insgesamt wurden für die Pflegevorsorge im Jahr 2006 rund 3,3 Mrd. € ausgegeben, d. h. rund die Hälfte dieser Kosten tragen die Länder für Landespflegegeld sowie ambulante, teilstationäre und stationäre Dienste. Die öffentlichen Aufwendungen für die Pflegevorsorge sind im vergangenen Jahrzehnt um etwa 42 % gestiegen.

In diesen Berechnungen sind jedoch private Finanzierungen von Betreuung sowie Hilfs- und Pflegeleistungen nicht enthalten. Ebenso sind informelle Pflegeleistungen, also die vor allem von Frauen geleistete häusliche Pflege, nicht enthalten. Es liegen Schätzungen vor, dass die Kosten für die informelle Pflege mit bis zu drei Mrd. € zu beziffern sind (Institut für Sozialpolitik, 2006, S.13).

Die Kosten der Langzeit-Pflege werden sich laut EU-Kommission bis 2050 verdoppeln. Derzeit liegt der EU-Durchschnitt der öffentlichen Ausgaben bei 0,9 % des BIP, bis 2050 werde dieser auf mindestens 1,6 % des BIP steigen, meint die EU-Kommission. Hintergrund sei die steigende Lebenserwartung: Die Zahl der über 80-Jährigen werde EU-weit von derzeit 18 Mio. bis 2050 auf fast 50 Mio. anwachsen (European Commission, 2008).

5.2.2 Frauen als pflegende Angehörige

Der überwiegende Teil der Langzeit-Pflege erfolgt im häuslichen Bereich und wird vor allem von Frauen durchgeführt. In jüngster Zeit wurden zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger gesetzt, wie beispielsweise die Selbstversicherung für Zeiten der Pflege naher Angehöriger, die Einrichtung von Beratungsangeboten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen (Pflegegutschein, Pflegetelefon, Plattform für pflegende Angehörige) oder die Verbesserungen im Rahmen der Familienhospizkarenz. Am heftigsten öffentlich diskutiert wurde jedoch die 24-Stunden-Betreuung. Hier wurde bislang illegale Betreuungstätigkeit von rund 20.000 bis 30.000 PflegerInnen – überwiegend Frauen – aus dem südost-/osteuropäischen Raum in 10.000 bis 15.000 Haushalten in Österreich in Anspruch genommen. Im Jahr 2007 wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine legale, leistbare und qualitätsgesicherte 24-Stunden-Betreuung geschaffen.

Laut Mikrozensus pflegen in Österreich rund 425.000 Personen unentgeltlich Angehörige oder Bekannte, darunter 282.000 Frauen und 144.000 Männer, das sind rund 9 % der Frauen und 5 % der Männer der erwachsenen Bevölkerung (Statistik Austria, 2002). Die Pflegenden sind überwiegend 50 Jahre oder älter; etwas mehr als die Hälfte der BetreuerInnen leben mit dem/der zu Pflegenden im selben Haus oder in derselben Wohnung. In 30 % aller Fälle sind die zu Pflegenden die eigenen Eltern, zu 18 % der/die EhepartnerIn, 11 % Schwiegermütter, 9 % Väter, 7 % erwachsene eigene Kinder und in 3 % der Fälle Schwiegerväter; in 15 % der Fälle handelt es sich um entfernte Verwandte und bloß in 7 % um Nicht-Verwandte. Etwa zwei Drittel der Mütter werden von ihren Töchtern gepflegt, Väter hingegen häufiger von ihren Söhnen. Unentgeltliche Pflegeleistungen für Nicht-Verwandte werden sehr häufig von Frauen erbracht (83 %).

Eine Studie aus dem Jahr 2005 zur Situation pflegender Angehöriger von Pflegegeld-BezieherInnen zeichnet folgendes Bild der als prekär zu bezeichnenden Situation pflegender Angehöriger (ÖBIG, 2005; 3.417 Pflegegeld-BezieherInnen wurden kontaktiert, Rücklauf 34 %):

- Der überwiegende Teil der Pflege zu Hause wird von Frauen erbracht: 79 % der pflegenden Angehörigen sind Frauen, das durchschnittliche Alter beträgt 58 Jahre.
- Am häufigsten werden Ehe-/LebenspartnerInnen und Eltern/Schwiegereltern – vor allem von den Töchtern/Schwiegertöchtern – gepflegt.
- Knapp ein Drittel der pflegenden Angehörigen ist erwerbstätig, etwas mehr als die Hälfte war es vor Übernahme der Pflege. Etwa die Hälfte der pflegenden Angehörigen hat kein Einkommen bzw. ein Netto-Monatseinkommen von unter 700 €. Der Großteil jener, die über kein Einkommen verfügen, sind Frauen (91 %).
- Rund 20 % der pflegenden Angehörigen haben keine Pensionsversicherung.
- Drei Viertel aller pflegenden Angehörigen versorgen Pflegegeld-BezieherInnen der Stufen eins bis drei, rund 20 % der Stufen vier und fünf sowie 7 % der beiden höchsten Stufen. Rund ein Viertel der Pflegegeld-BezieherInnen sind in der Mobilität eingeschränkt.
- Ein Viertel der Pflegegeld-BezieherInnen nimmt mobile Dienste in Anspruch, vor allem Hauskrankenpflege, Heimhilfe und Essen auf Rädern. Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme mobi-

ler Dienste sind unter anderem mangelnde Finanzierbarkeit (42 %) oder das Fehlen eines Angebots (12 %) – vor allem in ländlichen Gebieten.

- Mehr als zwei Drittel der pflegenden Angehörigen fühlen sich bei ihrer Betreuungs- und Pflegearbeit „ab und zu“ oder „fast immer“ überlastet. Als besonders belastend werden die Verantwortung für den zu Pflegenden und die Aussichtslosigkeit hinsichtlich des Gesundheitszustandes erlebt.

5.2.3 Frauen in den Pflegeberufen

In österreichischen Krankenanstalten waren im Jahr 2007 rund 51.500 diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen tätig, darunter 44.800 Frauen (87 %). In der Kinder- und Jugendpflege sind fast ausschließlich Frauen tätig (98 %), in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege liegt der Frauenanteil bei 88 %, in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege ist er mit 63 % am niedrigsten (Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, 2008).

Während der Personalstand der Akut-Krankenanstalten relativ gut dokumentiert ist, kann die Datensituation im Bereich der Langzeitbetreuung als mangelhaft bezeichnet werden: Der aktuelle Stand der in der Alten- und Behindertenbetreuung beschäftigten Personen ist nicht genau bekannt, da keine verpflichtende Datenmeldung besteht. An einer vom Gesundheitsministerium beauftragten österreichweiten Erhebung zum Beschäftigtenstand mit Stichtag 31. Dezember 2006 beteiligten sich lediglich 66 % der Einrichtungen und Dienste in der Alten- und Behindertenbetreuung, sie meldeten rund 55.000 Beschäftigte mit folgenden Charakteristika (ÖBIG, 2008c):

- Die gemeldeten Beschäftigten setzen sich aus 29 Berufsgruppen zusammen, jedoch sind 42 % diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oder PflegehelferInnen.
- Der Frauenanteil beträgt 82 %.
- Mehr als die Hälfte der Alten- und BehindertenbetreuerInnen sind in Teilzeit beschäftigt, 42 % in Vollzeit und rund 4 % geringfügig oder als freie/r DienstnehmerIn. Das durchschnittliche Beschäftigungsausmaß beträgt 30 Wochenstunden (Frauen: 29 Stunden, Männer: 34 Stunden).
- Aus den Alten- und Behinderten-Einrichtungen, zu denen bereits vorangegangene Personalstandsmeldungen vorliegen, lässt sich eine Erhöhung des Personalstands von rund 12 % zwischen 2003 und 2006 ablesen. Ebenso ist in diesem Zeitraum ein Trend zur Höherqualifizierung zu erkennen.

Die besonderen physischen und psychischen Belastungen in den Pflegeberufen sind in zahlreichen Studien belegt, wobei die in der Altenpflege Arbeitenden besonders betroffen sind (Simsa, 2004). Beschäftigte in Alten- und Pflegeheimen sowie in den mobilen Diensten weisen eine geringere Arbeitszufriedenheit auf als die Beschäftigten insgesamt und die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialbereich. Vor allem psychischer Stress, niedriges Einkommen und die Dienstzeiten werden als belastend erlebt. Am stärksten belastet fühlen sich die MitarbeiterInnen der mobilen Dienste, die einen hohen Anteil atypisch Beschäftigter aufweisen: Fehlende Kontinuität des Arbeits-einsatzes, Zeitdruck, ständiger Wechsel der Arbeitsabläufe und Anforderungen werden als Stressfaktoren genannt.

Literaturverzeichnis

- Allan Guttmacher Institute (1999): Sharing responsibility. Women, society, and abortion worldwide. New York: AGI.
- BKA Frauen – Bundesministerin für Frauenangelegenheiten/Bundeskanzleramt (1995): Frauenbericht 1995. Bericht über die Situation der Frauen in Österreich. Wien: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten/Bundeskanzleramt.
- BMWF – Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (2007): Statistisches Taschenbuch 2007. Wien: BMWF.
- BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Wien: BMGF.
- BMGFJ – Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2007): Säuglingsernährung heute 2006. Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtenkliniken in Österreich. Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr. Wien: BMGFJ.
- BMSK – Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2007a): Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2005. Wien: BMSK.
- BMSK – Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2007b): Österreichischer Pflegevorsorge-Bericht 2007. Wien: BMSK.
- BMSK – Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2008): Bericht der Bundesregierung zur Lage von Menschen mit Behinderung. Wien: BMSK.
- European Commission (2008): Long Term Care in the European Union.
Online: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=768&langId=en> (Zugriff am 16.2.2010)
- Euro-peristat (2008): European Perinatal Health Report.
Online: <http://www.europeristat.com/> (Zugriff am 1.2.2010)
- Haschke, F. (1985): Säuglingsernährung in Österreich. Studie im Auftrag des Gesundheitsministeriums. Wien: BMGU.
- Hochleitner, Margarethe (2006): Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In BMGF (Hrsg.), Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Wien: BMGF.
- IHS – Institut für Höhere Studien (2006): Berechnung öffentlicher Gesundheitsausgaben und sogenannter „Sterbekosten“ für Österreich nach Alter und Geschlecht (Presseinformation vom 19.5.2006).
Online: <http://www.ihs.ac.at/publications/lib/gesundheitsausgaben19052006.pdf> (Zugriff am 1.2.2010)
- Institut für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstruktur und Finanzierung. AutorInnen: Schneider, U.; Österle, A.; Schober, D.; Schober, C. Wien: ISP.
- Klotz, Johannes (2007): Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit. Bildungsspezifische Sterbetafeln 2001/2002. Statistische Nachrichten (62, 4), S. 296-311.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998): Stillen in Österreich. Studie im Auftrag des Gesundheitsministeriums. Wien: ÖBIG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004): Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung. Wien: ÖBIG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004): Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz. Wien: ÖBIG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005): Situation pflegender Angehöriger. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. AutorInnen: Pochobradsky, E.; Bergmann, F.; Brix-Samoylenko, H.; Erfkamp, H; Laub, R. Wien: ÖBIG.

- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2007): Österreichischer Pflegebericht 2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. AutorInnen: Riess G.; Rottenhofer, I.; Winkler, P. Wien: ÖBIG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2008a): IVF-Register. Führung des Registers gemäß IVF-Fonds-Gesetz. AutorInnen: Kern, R.; Hofstätter, G.; Likarz, S. Wien: ÖBIG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2008b): Brustgesundheitsbericht 2008. AutorInnen: Czirkovits, C.; Feichter, A.; Hofer, C. Wien: ÖBIG.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2008c): Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich im Jahr 2006. AutorInnen: Nemeth, C.; Bergmann, F.; HlavA, A., Pochobradsky, E. Wien: ÖBIG.
- Riecher-Rössler, Anita/Bitzer, Johannes (Hrsg.) (2005): Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. München: Elsevier/Urban & Fischer.
- Simsa, Ruth (2004): Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen – Forschungsergebnisse und Ansatzpunkte für Personalmanagement und Politik. WISO Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift des ISW (2004, 2). Wien: ISW.
- Stadt Wien (2006): Wiener Frauengesundheitsbericht 2006. Autorinnen: Baldaszi, Erika/Urban, Elfriede. Wien: Stadt Wien.
- Statistik Austria (2002): Beeinträchtigungen und Behinderungen. Mikrozensus-Sonderprogramm Juni 2002. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2003): Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus 2002. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- Statistik Austria (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria.
Online: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457 (Zugriff am 15.2.2010)
- Statistik Austria (2008a): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: Statistik Austria.
Online: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/publdetail?id=86&listid=86&detail=458 (Zugriff am 15.2.2010)
- Statistik Austria (2008b): Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen 4. Quartal 2007. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2008c): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2008d): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen 2006. Ergebnisse aus EU-SILC 2006. Wien: Statistik Austria.
- Tazi-Preve, Irene/Kytir, Josef (1999): Schwangerschaftsabbruch in Österreich. In Institut für Demografie (Hrsg.), Demografische Informationen 1997–1999 (S. 20–29). Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften.
- UN – United Nations (1996): The Beijing Declaration and the Platform for Action. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, September 4-15, 1995. UN: New York.
- WHI – Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators (2002): Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women’s Health Initiative randomized controlled trial. JAMA – Journal of the American Medical Association (288, 3), S. 321-333.
- WHO – World Health Organisation (1985): WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth. Lancet (1985, 2), S. 436-437.
- WHO – World Health Organisation (1981): Report on the menopause research of a WHO scientific group (WHO Technical Report Series No. 670). Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organisation (1995): Investing in women’s health in the countries of central and eastern Europe. Copenhagen: WHO Regional Office.

WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Wien: WIFO.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5.1	Ausgewählte Aspekte des Lebensstils von Frauen und Männern (in %)	263
Tabelle 5.2	Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht	266
Tabelle 5.3	Neuerkrankungen und Sterblichkeit an Krebs nach Geschlecht	268
Tabelle 5.4	Geschlechtsunterschiede bei häufigen Erkrankungen und Todesursachen	269
Tabelle 5.5	Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge und Gesundheitseinrichtungen	273
Tabelle 5.6	Teenager-Schwangerschaften und späte Mutterschaft nach sozialen Merkmalen	276
Tabelle 5.7	Schwangerschaften bei durch den IVF-Fonds unterstützten Paaren	277
Tabelle 5.8	Frauen in den Gesundheitsberufen	281
Tabelle 5.9	Pflegevorsorge: Inanspruchnahme und Kosten der öffentlichen Hand	283

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 5.1	Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung ab 16 Jahren	263
Abbildung 5.2	Einfluss der sozialen Lage auf den gesundheitlichen Lebensstil	265
Abbildung 5.3	Entwicklung der Krebs-Erkrankungen von Frauen	267
Abbildung 5.4	Aktuell von Frauen angewendete Methode zur Kontrazeption	275
Abbildung 5.5	Entwicklung der Kaiserschnitt-Raten in Österreich	278