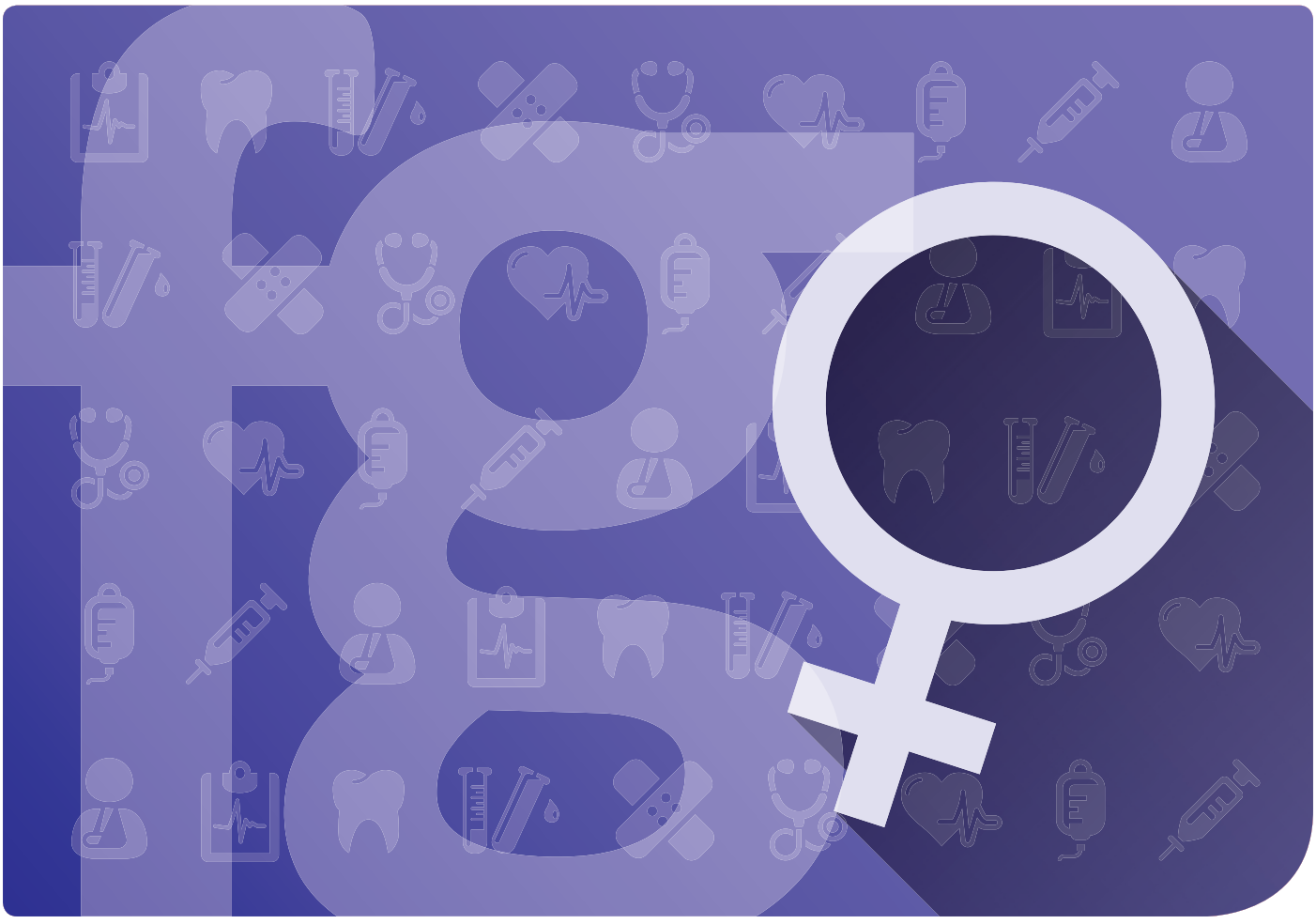
MINISTERIUM
FRAUEN
GESUNDHEIT

Aktionsplan Frauengesundheit

40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Radetzkystraße 2, 1030 Wien
www.bmgf.gv.at

Projektmanagement
Dr.in Doris Pfabigan, Gesundheit Österreich GmbH
Mag.a Gabriele Sax, Gesundheit Österreich GmbH

Druck
Kopierstraße des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Erscheinungsdatum
Mai 2017

ISBN 978-3-903099-15-9

Vorwort

© BMGF/Thomas Jantzen

Liebe Leserin, lieber Leser!

Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung sind Frauen. Jede von ihnen ist einzigartig. Allen gemeinsam ist, dass sich ihre Gesundheitsrisiken, ihr Gesundheitsverhalten und ihre Krankheitsverläufe von jenen der Männer unterscheiden.

Gesundheit und Selbstbestimmungsfähigkeit der Frauen bis ins hohe Alter wird entscheidend von den Rollenerwartungen, den Lebens- und Arbeitsbedingungen, dem Einkommen sowie von der Qualität der Gesundheitsversorgung bestimmt. Es ist mir daher ein besonders wichtiges Anliegen, für Frauen die Möglichkeit und Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu fördern und dabei schon in frühen Lebensphasen anzusetzen. Das ist deshalb von Bedeutung, weil sich subjektive Körper- und Gesundheitskonzepte vorrangig in der Pubertät ausbilden und diese das spätere Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wesentlich beeinflussen.

Mit dem Aktionsplan Frauengesundheit möchte ich einen Beitrag dazu leisten, den genderspezifischen Aspekt in der Prävention und Gesundheitsversorgung zu fördern und alle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen dafür zu sensibilisieren.

Der Aktionsplan beinhaltet die wichtigsten gesundheitlichen Belange von Frauen in verschiedenen Lebensphasen. 17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen wurden dazu intersektoral und multidisziplinär erstellt. Die Umsetzung erfolgt gemeinsam mit den relevanten Stakeholdern des Gesundheitswesens, der Frauenpolitik und anderen Politikbereichen sowie mit den Interessensvertretungen.

Ich freue mich, dass der Aktionsplan Frauengesundheit als Projekt des Gesundheits- und Frauenministeriums nun vorliegt und bedanke mich an dieser Stelle bei allen Mitwirkenden, deren Einsatz, fachliches Engagement und Kooperationsbereitschaft entscheidend dazu beigetragen haben.

Ihre

Dr.in Pamela Rendi-Wagner, MSc
Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Inhalt

Vorwort BMGF ..... **III**

Abbildungen ..... **VIII**

Abkürzungen ..... **IX**

Management summary ..... **X**

1. Entwicklungsprozess des Aktionsplans Frauengesundheit **1**

2. Frauengesundheit ein Leben lang – altersübergreifende Aspekte **4**

Wirkungsziel 1 Gendergerechte Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung fördern 5

Maßnahme 1 Evidenzbasierte Leitlinien für Screening und Behandlung von frauenspezifischen Erkrankungen entwickeln 6

Maßnahme 2 Kompetenz für Frauengesundheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Medizin-, Gesundheits- und Sozialberufe verankern 6

Wirkungsziel 2 Frauen treffen informierte, gesundheitsbewusste und selbstbestimmte Entscheidungen in Gesundheitsfragen 7

Maßnahme 3 Den Wissensstand in der Bevölkerung zu jenen Erkrankungen und deren Behandlung verbessern, die ausschließlich oder gehäuft Frauen betreffen 8

Maßnahme 4 Gesundheitskompetenzfördernde Gestaltung von Einrichtungen und gesundheitskompetenzfördernde Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialbereich forcieren 8

Wirkungsziel 3 Gewaltprävention – Hilfe und Unterstützung für von Gewalt betroffene Frauen ausbauen 9

Maßnahme 5 Laufende Sensibilisierungs-, Aufklärungs- und Informationstätigkeit zum Thema „Gewalt im öffentlichen Sozialraum“ fortführen 11

Maßnahme 6 Multiprofessionelle Opfer- bzw. Gewaltschutzgruppen in den Einrichtungen des Gesundheitssystems implementieren 12

Wirkungsziel 4 Institutionen (insbesondere Beratungsstellen) für frauenspezifische Aspekte bei Behinderung sensibilisieren 12

Maßnahme 7 Die Funktion einer Gleichstellungsbeauftragten in Einrichtungen der Behindertenhilfe etablieren 13

Maßnahme 8 Beratungskompetenz – besonders in Hinblick auf die Lebenssituation von Frauen mit Beeinträchtigungen – verbessern 14

Wirkungsziel 5 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund erhöhen 14

Maßnahme 9 Meta-Evaluation abgeschlossener Projekte durchführen und Erfolgskriterien für Migrantinnen-spezifische Gesundheitsförderungsprojekte entwickeln 15

Maßnahme 10 Institutionen und Leistungen des Gesundheits- und Sozialbereichs barrierefrei gestalten 16

Wirkungsziel 6 Armutsrisiken von Frauen in allen Lebensphasen verringern 16

3. Mädchen und junge Frauen **18**

Wirkungsziel 7 Bei Mädchen und jungen Frauen ein positives Selbstbild für ein gesundes Leben fördern....18

Maßnahme 11 Bewusstseinsbildungs-, Sensibilisierungs- und Informationsprogramme zu Selbst- und Körperwahrnehmung sichern und ausbauen....19

Maßnahme 12 Gesetzliche Maßnahmen zur Unterstützung eines positiven Selbstbildes....20

Wirkungsziel 8 Einen reflektierten Umgang mit gesellschaftlichen Rollenbildern bei Mädchen und jungen Frauen fördern....20

Maßnahme 13 Konzepte zur Sensibilisierung von Angehörigen pädagogischer Berufe entwickeln und die Auseinandersetzung mit Rollenbildern in die pädagogische Arbeit integrieren....22

Maßnahme 14 Geschlechtssensible Bildungs- und Berufsorientierung ausbauen....22

Wirkungsziel 9 Die sexuelle Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen fördern und schützen....23

Maßnahme 15 Informationsoffensive zu Fragen sexueller Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen starten sowie flächendeckend niederschwellige Beratungsstellen etablieren und Online-Portale ausbauen....24

Maßnahme 16 Interministeriellen Dialog unter Einbeziehung wichtiger Stakeholder starten in Hinblick auf die langjährige Forderung, kostenlose Verhütungsmittel und Safer-Sex-Tools zur Verfügung zu stellen....25

Maßnahme 17 Unterstützung und Evaluation der Umsetzung des Grundsatzerlasses „Sexualpädagogik“....25

Maßnahme 18 Qualitätskriterien für Institutionen im Bereich sexueller Bildung entwickeln....26

Die folgenden Maßnahmen 19 und 20 sind themenübergreifend und den Wirkungszielen 7, 8 und 9 zuzuordnen....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Maßnahme 19 Krisenintervention, Vor- und Nachbetreuung, Notschlafstelle für Mädchen und junge Frauen einrichten....26

Maßnahme 20 Schulische Unterstützungssysteme in Hinblick auf Genderkompetenz weiterentwickeln....27

4. Frauen im Erwerbsalter....28

Wirkungsziel 10 Durch gerechte Aufteilung der bezahlten und unbezahlten Arbeit die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Frauen fördern....30

Maßnahme 21 Arbeitsbedingungen für Frauen verbessern sowie erwerbstätige Frauen durch den Ausbau von sozialen Dienstleistungen entlasten....32

Maßnahme 22 Betriebliche Gesundheitsförderung genderspezifisch ausrichten....32

Wirkungsziel 11 Die psychische Gesundheit von Frauen stärken....33

Maßnahme 23 Die Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen als fixen Bestandteil aller Gesundheits- und Sozialprogramme etablieren (Maßnahme fokussiert auf Anamnesegespräch und Vorsorgeuntersuchung)....33

Maßnahme 24 Psychische Gesundheitsversorgung als Sachleistung sicherstellen....34

Maßnahme 25 Begleitende psychische Betreuung als gleichberechtigten Bestandteil der Krankenbehandlung sicherstellen....34

Wirkungsziel 12 Mehr gesunde Lebensjahre durch evidenzbasierte Prävention und Versorgung der häufigsten frauenspezifischen chronischen Krankheiten (NCD) erreichen....35

Maßnahme 26 Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für Frauen mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko forcieren 36

Wirkungsziel 13 Reproduktive Gesundheit fördern 36

Maßnahme 27 Frauen in selbstbestimmter Sexualität unterstützen (z. B. niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln) sowie die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch in allen Bundesländern sichern 38

Maßnahme 28 Ganzheitliche Betreuung in Schwangerschaft und Geburtshilfe etablieren 38

Maßnahme 29 Leitlinien zum Kaiserschnitt nach internationalen Vorbildern implementieren 39

Maßnahme 30 Psychische Betreuung bei Entscheidungsfindung nach Pränatal-Diagnostik sowie im Prozess der assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung forcieren 40

5. Ältere Frauen 41

Wirkungsziel 14 Bis ins hohe Alter gendergerechte, individualisierte medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung unabhängig vom Setting sicherstellen 42

Maßnahme 31 Interdisziplinäre, industrieunabhängige Forschung zu frauenspezifischen Gesundheitsfragen der dritten und vierten Lebensphase verstärken 43

Maßnahme 32 Regionale Plattformen der Frauengesundheit etablieren 43

Maßnahme 33 Gesundes und aktives Leben für Frauen mit chronischen Erkrankungen fördern 44

Maßnahme 34 Geschlechtersensibilität von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Gesundheits- und Sozialberufen fördern 45

Wirkungsziel 15 Rahmenbedingungen schaffen, die es den derzeit hauptsächlich weiblichen Pflege- und Betreuungspersonen ermöglichen, die eigene Gesundheit, Selbstbestimmung und Würde zu erhalten 45

Maßnahme 35 Aufsuchende Entlastungsgespräche sowie Bestärkungsangebote für pflegende Angehörige im häuslichen Setting flächendeckend etablieren 47

Maßnahme 36 Arbeitgeber/innen für die Situation pflegender Angehöriger sensibilisieren und Maßnahmen umsetzen 48

Wirkungsziel 16 Armutsgefährdete ältere Frauen erhalten Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, ihre Selbsthilfefähigkeiten zu erhalten sowie selbstbestimmt und autonom zu leben 48

Maßnahme 37 Die Einrichtung eines „One-Stop-Shops“ für Beantragung und Abwicklung von Sozialleistungen sowie für Pflegeberatung forcieren 49

Wirkungsziel 17 Differenziertes, wertschätzendes Bild der vielfältigen Lebensrealitäten älterer Frauen entwickeln und ihre Teilhabe-Chancen in der Gesellschaft sichern 49

Maßnahme 38 Verbesserung der Lebenssituation und Sicherstellung der Teilhabechancen älterer Frauen nachhaltig fördern 50

Maßnahme 39 Genderaspekte in Projekten zur sozialen Teilhabe und zur Gesundheitsförderung älterer Frauen verstärkt berücksichtigen 51

Maßnahme 40 Eine alters- und frauenfreundliche öffentliche Kommunikation von Politik und Medien forcieren 51

6. Teilnehmer/innen 52

7. Glossar 56

Literatur 59

Abbildungen

Abbildung 4.1: Entwicklungsaufgaben für Frauen in der Phase „Erwerbsleben“ 28

Abbildung 4.2: Zentrale Risikofaktoren für die Gesundheit von Frauen in der Phase „Erwerbsleben“ 29

Abkürzungen

AÖF	Autonome Österreichische Frauenhäuser
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BJV	Bundesjugendvertretung
BKA	Bundeskanzleramt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMB	Bundesministerium für Bildung (ab 1. Juli 2016)
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Frauen (bis 1. Juli 2016)
BMFJ	Bundesministerium für Familien und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (bis 1. Juli 2016)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (ab 1. Juli 2016)
BMI	Body Mass Index
BMWFW	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
EU	Europäische Union
FEM	Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen
FFG	Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HLS-EU	European Health Literacy Project
IBOBB	Information, Beratung und Orientierung für Bildung und Beruf
i.d.g.F	in der geltenden Fassung
IFF	Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
KOBV	Kriegsopfer- und Behindertenverband
LBI	Ludwig Boltzmann Institut
NAP	Nationaler Aktionsplan
NCD	Non-communicable disease(s) / chronische Krankheit(en)
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
PGA	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
PPD	postpartale Depression
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziel
SVT	Sozialversicherungsträger, inkludiert auch Krankenfürsorgeanstalten
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation

Management summary

Der vorliegende Aktionsplan Frauengesundheit umfasst 17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen, die unter Beteiligung von zahlreichen Expertinnen und Experten (vgl. Kapitel 8) erarbeitet wurden. Er ist entlang der verschiedenen Lebensphasen von Frauen strukturiert, enthält aber auch Wirkungsziele und Maßnahmen zu altersübergreifenden Themenstellungen.

Die Maßnahmen beziehen sich sowohl auf Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung als auch auf Gesundheitsversorgung, sind verhaltens- und verhältnisorientiert ausgerichtet und nach unterschiedlichen Zeithorizonten gebündelt. Zur besseren Übersicht werden die Wirkungsziele und Maßnahmen im Folgenden tabellarisch dargestellt.

Wirkungsziel / Maßnahmen	**kurz-fristig**	**mittel-fristig**	**lang-fristig**	**fort-laufend**
Wirkungsziel 1: **Gendergerechte Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung fördern**				
Maßnahme 1: Evidenzbasierte Leitlinien für Screening und Behandlung von frauenspezifischen Erkrankungen entwickeln		●	●	
Maßnahme 2: Kompetenz für Frauengesundheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Medizin-, Gesundheits- und Sozialberufe verankern				●
Wirkungsziel 2: **Frauen treffen informierte, gesundheitsbewusste und selbstbestimmte Entscheidungen in Gesundheitsfragen**				
Maßnahme 3: Den Wissensstand in der Bevölkerung zu jenen Erkrankungen und deren Behandlung verbessern, die ausschließlich oder gehäuft Frauen betreffen				●
Maßnahme 4: Gesundheitskompetenzfördernde Gestaltung von Einrichtungen und gesundheitskompetenzfördernde Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialbereich forcieren				●
Wirkungsziel 3: **Gewaltprävention – Hilfe und Unterstützung für von Gewalt betroffene Frauen ausbauen**				
Maßnahme 5: Laufende Sensibilisierungs-, Aufklärungs- und Informationstätigkeit zum Thema „Gewalt im öffentlichen Sozialraum“ fortführen				●
Maßnahme 6: Multiprofessionelle Opfer- bzw. Gewaltschutzgruppen in den Einrichtungen des Gesundheitssystems implementieren				●

Wirkungsziel / Maßnahmen	kurz-fristig	mittel-fristig	lang-fristig	fort-laufend
Wirkungsziel 4: **Institutionen (insbesondere Beratungsstellen) für frauenspezifische Aspekte bei Behinderung sensibilisieren**				
Maßnahme 7: Die Funktion einer Gleichstellungsbeauftragten in Einrichtungen der Behinderten-hilfe etablieren		●	●	
Maßnahme 8: Beratungskompetenz – besonders in Hinblick auf die Lebenssituation von Frauen mit Beeinträchtigungen – verbessern	●	●		
Wirkungsziel 5: **Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund erhöhen**				
Maßnahme 9: Meta-Evaluation abgeschlossener Projekte durchführen und Erfolgskriterien für Migrantinnen-spezifische Gesundheitsförderungsprojekte entwickeln	●			
Maßnahme 10: Institutionen und Leistungen des Gesundheits- und Sozialbereichs barrierefrei gestalten				●
Wirkungsziel 6: **Armutsrisiken von Frauen in allen Lebensphasen verringern**				
Keine explizite Maßnahme				●
Wirkungsziel 7: **Bei Mädchen und jungen Frauen ein positives Selbstbild für ein gesundes Leben fördern**				
Maßnahme 11: Bewusstseinsbildungs-, Sensibilisierungs- und Informationsprogramme zu Selbst- und Körperwahrnehmung sichern und ausbauen	●			
Maßnahme 12: Gesetzliche Maßnahmen zur Unterstützung eines positiven Selbstbildes		●		
Wirkungsziel 8: **Einen reflektierten Umgang mit gesellschaftlichen Rollenbildern bei Mädchen und jungen Frauen fördern**				
Maßnahme 13: Konzepte zur Sensibilisierung von Angehörigen pädagogischer Berufe entwickeln und die Auseinandersetzung mit Rollenbildern in die pädagogische Arbeit integrieren	●	●		
Maßnahme 14: Geschlechtssensible Bildungs- und Berufsorientierung ausbauen		●		

Wirkungsziel / Maßnahmen	kurz-fristig	mittel-fristig	lang-fristig	fort-laufend
Wirkungsziel 9: Die sexuelle Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen fördern und schützen				
Maßnahme 15: Informationsoffensive zu Fragen sexueller Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen starten sowie flächendeckend niederschwellige Beratungsstellen etablieren und Online-Portale ausbauen	●			
Maßnahme 16: Interministeriellen Dialog unter Einbeziehung wichtiger Stakeholder starten in Hinblick auf die langjährige Forderung, kostenlose Verhütungsmittel und Safer-Sex-Tools zur Verfügung zu stellen	●			
Maßnahme 17: Unterstützung und Evaluation der Umsetzung des Grundsatzerlasses „Sexualpädagogik“	●	●		
Maßnahme 18: Qualitätskriterien für Institutionen im Bereich sexueller Bildung entwickeln		●	●	
Maßnahme 19: Krisenintervention, Vor- und Nachbetreuung, Notschlafstelle für Mädchen und junge Frauen einrichten			●	
Maßnahme 20: Schulische Unterstützungssysteme in Hinblick auf Genderkompetenz weiterentwickeln	●	●		
Wirkungsziel 10: Durch gerechte Aufteilung der bezahlten und unbezahlten Arbeit die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Frauen fördern				
Maßnahme 21: Arbeitsbedingungen für Frauen verbessern sowie erwerbstätige Frauen durch den Ausbau von sozialen Dienstleistungen entlasten			●	
Maßnahme 22: Betriebliche Gesundheitsförderung genderspezifisch ausrichten	●			
Wirkungsziel 11: Die psychische Gesundheit von Frauen stärken				
Maßnahme 23: Die Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen als fixen Bestandteil aller Gesundheits- und Sozialprogramme etablieren (Maßnahme fokussieren auf Anamnesegespräch und Vorsorgeuntersuchung)			●	
Maßnahme 24: Psychische Gesundheitsversorgung als Sachleistung sicherstellen		●	●	
Maßnahme 25: Begleitende psychische Betreuung als gleichberechtigten Bestandteil der Krankenbehandlung sicherstellen		●	●	
Wirkungsziel 12: Mehr gesunde Lebensjahre durch evidenzbasierte Prävention und Versorgung der häufigsten frauenspezifischen chronischen Krankheiten (NCD) gewährleisten				
Maßnahme 26: Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für Frauen mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko forcieren		●		
Wirkungsziel 13: Reproduktive Gesundheit fördern				
Maßnahme 27: Frauen in selbstbestimmter Sexualität unterstützen (z. B. niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln) sowie die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch in allen Bundesländern sichern			●	

Wirkungsziel / Maßnahmen	kurz-fristig	mittel-fristig	lang-fristig	fort-laufend
Maßnahme 28: Ganzheitliche Betreuung in Schwangerschaft und Geburtshilfe etablieren		●	●	
Maßnahme 29: Leitlinien zum Kaiserschnitt nach internationalen Vorbildern implementieren		●	●	
Maßnahme 30: Psychische Betreuung bei Entscheidungsfindung nach Pränatal-Diagnostik sowie im Prozess der assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung etablieren		●	●	
Wirkungsziel 14: **Bis ins hohe Alter gendergerechte, individualisierte medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung unabhängig vom Setting sicherstellen**				
Maßnahme 31: Interdisziplinäre, industrieunabhängige Forschung zu frauenspezifischen Gesundheitsfragen der dritten und vierten Lebensphase verstärken		●		
Maßnahme 32: Regionale Plattformen der Frauengesundheit etablieren	●	●		
Maßnahme 33: Gesundes und aktives Leben für Frauen mit chronischen Erkrankungen fördern		●		
Maßnahme 34: Geschlechtersensibilität von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Gesundheits- und Sozialberufen fördern				●
Wirkungsziel 15: **Rahmenbedingungen schaffen, die es den derzeit hauptsächlich weiblichen Pflege- und Betreuungspersonen ermöglichen, die eigene Gesundheit, Selbstbestimmung und Würde zu erhalten**				
Maßnahme 35: Aufsuchende Entlastungsgespräche sowie Bestärkungsangebote für pflegende Angehörige im häuslichen Setting flächendeckend etablieren	●			
Maßnahme 36: Arbeitgeber/innen für die Situation pflegender Angehöriger sensibilisieren und Maßnahmen umsetzen	●			
Wirkungsziel 16: **Armutsgefährdete ältere Frauen erhalten Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, ihre Selbsthilfefähigkeiten zu erhalten sowie selbstbestimmt und autonom zu leben**				
Maßnahme 37: Die Einrichtung eines „One-Stop-Shops“ für die Beantragung und Abwicklung von Sozialleistungen sowie für Pflegeberatung forcieren			●	
Wirkungsziel 17: **Differenziertes, wertschätzendes Bild der vielfältigen Lebensrealitäten älterer Frauen entwickeln und die Teilhabechancen älterer Frauen in der Gesellschaft sichern**				
Maßnahme 38: Lebenssituation älterer Frauen langfristig verbessern und ihre Teilhabechancen nachhaltig sicherstellen	●	●		
Maßnahme 39: Genderaspekte in Projekten zur sozialen Teilhabe und zur Gesundheitsförderung Älterer verstärkt berücksichtigen	●	●		
Maßnahme 40: Eine alters- und frauenfreundliche öffentliche Kommunikation in Politik und Medien forcieren	●	●		

1. Entwicklungsprozess des Aktionsplans Frauengesundheit

Selbstbestimmung von Frauen in allen gesundheitlichen Belangen ebenso wie genderspezifische Aspekte der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung sind wichtige Anliegen einer sozialen Gesellschaft. Denn Frauen und Männer haben verschiedene Gesundheitsrisiken, unterschiedliche Lebensstile, zeigen bei manchen Krankheiten unterschiedliche Symptome und reagieren auf die gleichen medizinischen Behandlungen nicht immer gleich. Immer häufiger sind Frauen von Erkrankungen betroffen, die bislang als typische Männererkrankungen galten, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und insbesondere Herzinfarkt. Zur Realisierung gesundheitsbezogener Chancengleichheit müssen Genderaspekte in der Gesundheitsforschung und Planung sowie in Gesundheitsförderung, Krankenversorgung und Rehabilitation mitberücksichtigt werden.

Neben Gender beeinflussen auch andere soziale Kategorien wie Alter, Ethnizität, Nation, sozioökonomischer Status, sexuelle Orientierung und Behinderung die Gesundheit. Durch Kombinationen dieser sozialen Kategorien kann es zu einer Kumulation von Benachteiligung kommen (Intersektionalität). Beispielsweise werden Frauen mit Behinderung oftmals sowohl als Frau als auch in ihren Erwerbs-und Einkommenschancen benachteiligt, sind öfter von Gewalt und Armut betroffen und werden im Gesundheitswesen mit ihren vielschichtigen Problemkonstellationen nur unzureichend wahrgenommen. Dieser Vielfalt und Verschiedenheit (Diversität) im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Problemstellungen, aber auch im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Potenzialen und Ressourcen gilt es Rechnung zu tragen.

Ebenso wichtig ist es, von einem lebensweltbezogenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit auszugehen und die Beziehung zwischen Gesundheitszustand, Arbeits- und Lebensbedingungen sowie den spezifischen Versorgungsbedarf in den Fokus zu rücken.

Mit dem „Aktionsplan Frauengesundheit“ soll ein wichtiger Schritt gesetzt werden, um die Gesundheit von Frauen in Österreich zu verbessern und ihre Chancengleichheit zu befördern. Die Erarbeitung und geplante Umsetzung des Aktionsplans ist an folgenden wesentlichen Prinzipien ausgerichtet: an den Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Frauen, der Berücksichtigung des möglichen Beitrags verschiedener Politikfelder, der Förderung von Chancengleichheit, der Orientierung an Ressourcen im Sinne von Stärken und Potenzialen der Frauen in ihren jeweiligen Lebensphasen, an der Ausrichtung an einem langfristigen Nutzen für die Bevölkerungsgesundheit sowie an Evidenzbasierung, Wirkungsorientierung und Relevanz.

Prozessschritte und Arbeitsweise

Um eine differenzierte Perspektive auf die unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Bedürfnisse und Probleme von Frauen zu ermöglichen, ist der Aktionsplan entlang der verschiedenen Lebensphasen von Frauen – der Jugend, dem Berufsalter, dem höheren Alter – strukturiert und wurden Vertreterinnen relevanter Stakeholder in die Erarbeitung eingebunden.

Prozessgestaltung sowie die inhaltliche Ausarbeitung folgten folgender Logik:

- Bestandsaufnahme zu wesentlichen Aspekten der Frauengesundheit

Eine gemeinsame Ausgangsbasis für die Diskussion in den Arbeitsgruppen wurde durch eine Bestandsaufnahme jener Aspekte der Gesundheit gesichert, die „nur Frauen, hauptsächlich Frauen und Frauen anders“ betreffen. Sozioökonomische Determinanten von Gesundheit wurden skizziert.

- Erarbeitung eines Zwischenberichts

Für die Erarbeitung eines ersten Zwischenberichts wurden pro Lebensphase zwei Arbeitsgruppentreffen abgehalten. Im Rahmen der ersten Veranstaltung wurden von den teilnehmenden Experten/Expertinnen die in der Bestandsaufnahme thematisierten Aspekte zur Frauengesundheit in der jeweiligen Lebensphase gesichtet, ergänzt und aktualisiert. Danach wurden die zentralen Themen jeder Lebensphase von je einer Arbeitsgruppe priorisiert und auf dieser Grundlage drei bis vier Wirkungsziele erarbeitet. Darüber hinaus wurden in jeder der drei Arbeitsgruppen altersübergreifende Themenstellungen als Grundlage für die Maßnahmenplanung im Rahmen der Steuerungsgruppe identifiziert.

Im zweiten Treffen erarbeiteten die Teilnehmer/innen Maßnahmen zu den jeweiligen Wirkungszielen sowie zu altersübergreifenden Themenstellungen. Insgesamt waren 60 Vertreter/innen relevanter Stakeholder aus Gesundheitswesen, unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, Fachgesellschaften, Frauenpolitik, anderen Politikbereichen und verschiedenen Interessenvertretungen in die Arbeitsgruppen eingebunden.

Im Gremium Steuerungsgruppe wurden die ausgearbeiteten Maßnahmen diskutiert und jeweils zehn Maßnahmen für jede Lebensphase ausgewählt. Darüber hinaus wurde gemeinsam mit den drei Arbeitsgruppenleiterinnen die endgültige Auswahl der altersübergreifenden Themen getroffen, die entsprechenden Maßnahmen wurden ausgearbeitet.

- Konsultation

Der Zwischenbericht wurde im Herbst 2015 einer breiteren Fachöffentlichkeit vorgestellt. Im Rahmen eines Online-Verfahrens hatten für die Realisierung von Frauengesundheit wichtige Stakeholder die Gelegenheit, eine Stellungnahme abzugeben. Von insgesamt 236 Nutzern/Nutzerinnen haben 10 Prozent Hinweise sowie Verbesserungsvorschläge eingebracht. Optional konnten Organisationen mitteilen, welchen Beitrag sie selbst zur Umsetzung einer Maßnahme leisten könnten.

- Fertigstellung des Aktionsplans

Dem öffentlichen Konsultationsprozess folgte ein Abstimmungsprozess auf Arbeitsgruppenebene und auf ministerieller Ebene. Teil dieser Arbeitsphase war auch die Priorisierung in kurz-, mittel-und langfristige Maßnahmen sowie die Bestimmung wesentlicher Akteure der Umsetzung.

Der nun vorliegende Aktionsplan beschreibt 17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen, welche dazu beitragen sollen, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Frauen zu verbessern. Die Wirkungsziele sind mit Zahlen und Fakten unterlegt, um ihre Relevanz zu verdeutlichen. Bei der Beschreibung der Maßnahmen wird deutlich gemacht, auf welche Zielgruppen sie insbesondere gerichtet sind. Ebenso werden Querverweise zu relevanten Dokumenten angeführt. In einem Glossar werden wichtige Begriffe erläutert, um darzulegen, welches Verständnis ihnen zugrunde liegt.

Begleitung der Umsetzung

In der letzten Projektphase wurden im Rahmen einer Steuerungsgruppe gemeinsam mit den Arbeitsgruppenleiterinnen wesentliche Eckpunkte für eine kontinuierliche Umsetzung des Aktionsplans definiert.

- Health in All Policies

Die Gesundheit der Bevölkerung kann nur zum Teil durch die „klassische“ Gesundheitspolitik gesichert werden. Die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit liegen außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems, sie sind in den Bereichen Sozial-, Bildungs-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-,

Verkehrs- oder Wirtschaftspolitik angesiedelt. Da also Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit, die nur im Gesundheitsbereich gesetzt werden, zu kurz greifen, müssen in allen Politikbereichen Gesundheitsaspekte und -auswirkungen (mit)berücksichtigt werden. Bereits in die Erarbeitung des Aktionsplans Frauengesundheit waren deshalb Vertreter/innen relevanter Stakeholder und Interessensgruppen von in- und außerhalb des Gesundheitssektors eingebunden.

Für die Umsetzung des Aktionsplans ist es von zentraler Bedeutung, alle angesprochenen Politikbereiche auf Bundes- und Landesebene (neben BMGF insbesondere BMI, BMWFW und BMASK) und die Sozialversicherungsträger einzubeziehen. Auch die Mitwirkung diverser Interessensvertretungen (Arbeiter- und Wirtschaftskammer, Pensionistenvertretungen, Vertretungen junger Menschen, Patientenvertretungen …) oder Non-Governmental Organisationen (NGO) muss gesucht werden. Einige haben bereits im Rahmen des Konsultationsverfahrens ihre Bereitschaft dazu bekundet.

- Regelmäßiger Stakeholder-Dialog

Entsprechend dem HiAP-Ansatz soll der Stakeholder-Dialog möglichst breit zusammengesetzt sein. Er soll ein bis zwei Mal pro Jahr stattfinden und die Verantwortlichkeiten der verschiedenen Politikbereiche und Organisationen aufzeigen und Commitment zur Umsetzung erzeugen.

Gemeinsam mit allen Stakeholdern soll eine jährliche „Roadmap“ (gemeinsame Schwerpunktsetzungen) mit Bezug auf den im Aktionsplan vorgesehenen Umsetzungshorizont beschlossen und kontinuierliche Lobbying-Arbeit für die Umsetzung betrieben werden. Die wissenschaftliche Begleitung des Stakeholder-Dialogs soll sicherstellen, dass jüngste Forschungserkenntnisse in den Dialog einfließen und den Stakeholder-Dialog bei der Konzipierung und Durchführung von Tagungen unterstützen.

Bei Bedarf kann im Rahmen des Stakeholder-Dialogs auch die Umsetzung einzelner Maßnahmen konzipiert werden. (Bedarf kann daraus entstehen, dass die Maßnahmen im Aktionsplan in unterschiedlichem Detaillierungsgrad beschrieben sind.)

- Strategische Arbeitsgruppe der Auftraggeber

Die Arbeitsgruppe der Auftraggeber besteht aus Vertreter/innen der nunmehr in einem Ministerium zusammengefassten Ressorts Gesundheit und Frauen (Sektionen III und IV). Bei Bedarf wird fachliche Expertise beigezogen.

In Rückkoppelung mit dem Stakeholder-Dialog erarbeitet die strategische Arbeitsgruppe einen Vorschlag für die jährliche Roadmap und trifft in Folge die notwendigen Entscheidungen und Konkretisierungen.

Die strategische Arbeitsgruppe entscheidet über die Zusammenstellung und Beauftragung von themenspezifischen Arbeitsgruppen, die die fachliche Umsetzungsplanung unterstützen und die Ausarbeitung von Leitlinien (z. B. für die Maßnahmen 1, 23, 29 und 30) koordinieren.

2. Frauengesundheit ein Leben lang – altersübergreifende Aspekte

a.o. Univ.Prof.in Dr.in Beate Wimmer-Puchinger

Das Thema „Gesundheit und Krankheit“ unter einer geschlechtsspezifischen Perspektive aufzugreifen, geht auf die internationale Frauenbewegung und somit auf die erlebte und belegte Ungleichheit in der Behandlung der Geschlechter zurück. Die Medizin war bis Ende der 1980er Jahre nahezu ausschließlich männlich orientiert. Die Gesundheitsbedürfnisse von Frauen und die spezifisch weiblichen psychosozialen Belastungsfaktoren blieben weitgehend unberücksichtigt. Erst die Frauenbewegung – hier vor allem die Frauengesundheitsbewegung mit ihrer medizinkritischen Körperpolitik sowie die sozialwissenschaftliche Frauenforschung – zeigte auf, dass Gesundheit ein Geschlecht hat. Dadurch setzte ein Prozess der Bewusstseinsbildung ein: Frauen übten öffentlich Kritik an der Medikalisierung des weiblichen Körpers und drängten zu frauenfreundlichen Rahmenbedingungen. Die Bezeichnung „Frauengesundheit“ wurde zum zentralen Begriff der Forderung nach weiblicher Selbstbestimmung.

Die wichtige Rolle der WHO

Noch Anfang der 1990er Jahre wurden Frauen systematisch von klinischen Studien ausgeschlossen. In den USA führten diese Forschungsdefizite zur Gründung der „Women´s Health Initiative“ und zur Eröffnung eines offiziellen Büros für Frauengesundheitsforschung, dem „Office of Research on Women‘s Health“. Auf europäischer Ebene startete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von ihrem Regionalbüro in Kopenhagen aus die Initiative „Investition in die Gesundheit der Frau“ mit den klaren Zielen:

- Gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern
- Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen
- Berücksichtigung unterschiedlicher Bedürfnisse
- Verteilung von Ressourcen im Gesundheits- und Sozialwesen

Diese Konferenz wurde in Wien in Kooperation mit der damaligen Leiterin des Ludwig Boltzmann Instituts (LBI) für Frauengesundheitsforschung und Frauengesundheitsbeauftragten für Wien, ao. Univ.-Prof.in Dr.in Beate Wimmer-Puchinger, abgehalten. Ein wesentliches Ergebnis dieser Konferenz war die Verabschiedung der „Wiener Erklärung für Frauengesundheit“ [1].

Richtungsweisende Erkenntnisse in Bezug auf Frauengesundheit setzen voraus, die Sichtweise und Bedürfnisse von Frauen und die Herausforderungen für Frauen in verschiedenen Lebensphasen und in Bezug auf Ungleichheiten in Bildung und Einkommen sowie sozialen Status zu betrachten. Wirksam sind (leider) Sozialisationseffekte, die sich in den klassischen männlichen und weiblichen Rollenzuschreibungen und Erwartungen verbergen. Das bedeutet zum Beispiel für Mädchen, sich von Anfang an weniger zuzutrauen bzw. sich weniger durchzusetzen. Unterstützt wird dies – mehr denn je – durch geschlechterstereotype Modelle in Spielzeugindustrie, Werbung, Mode etc.

Das Ideal der schönen, schlanken, perfekt gestylten Frau erzeugt bereits bei sehr jungen Mädchen Erwartungsdruck. Der gesellschaftlich über viele Kommunikationswege noch multiplizierte Stellenwert dieses „Ideals“ wirkt nachhaltig auf die Sozialisierung. Der Stellenwert der persönlichen Stärken und Kompetenzen wird demgegenüber vernachlässigt. Die Folge sind Generationen junger Frauen, deren Selbstwert nicht auf eigenem Können bzw. eigenen Kompetenzen und ehrgeizigen Berufswünschen aufbaut. Selbstredend sind ein beträchtlicher Gender-Gap und erlebte Barrieren im Berufsleben nach wie vor gegeben. Im Sinne der traditionellen Rollenteilung sind Frauen durch noch fehlende gerechte Aufteilung von unbezahlter Arbeit wie Kinderbetreuung oder häuslicher Pflege langfristig

bis zur Armutsgefährdung benachteiligt. Armut und soziale Benachteiligung wirken sich auf die Gesundheit negativ aus.

Um diesen Entwicklungen gegenzusteuern, bedarf es gemeinsamer Anstrengungen im Sinne von Health in all Policies. Dieser Ansatz geht von dem Wissen aus, dass politische Maßnahmen als Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken, und zielt darauf ab, Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig zu fördern [2]. Unterstützung von Frauen in Bezug auf ihre Gesundheit bedeutet daher ein Zusammenspiel aller Politikfelder. In diesem Abschnitt werden Wirkungsziele und Maßnahmen formuliert, die für Frauen in jeder Lebensphase relevant sind.

Wirkungsziel 1
Gendergerechte Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung fördern

Herausforderungen

Frauen und Männer weisen unterschiedliche Morbiditäts- und Mortalitätsprofile auf und treten mit unterschiedlichen Anforderungen und Bedürfnissen an das Gesundheitswesen heran. Das Individuelle Gesundheitsverhalten, die subjektive Bewertung gesundheitlicher Befindlichkeit sowie das Krankheitsbewältigungsverhalten sind verbunden mit soziokulturellen Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit und in diesem Sinn verknüpft mit Rollenerwartungen, Handlungsmöglichkeiten und Restriktionen. Dass auch das Geschlecht der Gesundheitsfachkräfte sowie die Geschlechterdynamik in der Praxis der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenbehandlung Einfluss auf das Versorgungsgeschehen hat, ist empirisch zwar schwer zu belegen, aber nicht auszuschließen [3]. Genderkompetenz ist jedenfalls als essenzieller Teil von Gesundheitskompetenz zu sehen.

Zahlreiche Studien zeigen, dass selbst bei Angabe gleicher Beschwerden bei Männern eher organische Störungen diagnostiziert werden, während bei Frauen psychosomatische Diagnosen dominieren. In der ärztlichen Verschreibungspraxis spiegelt sich diese Tendenz wider [3]: Mit abnehmendem Sozialstatus und zunehmendem Alter von Frauen (bis ins hohe Alter) erhöht sich die Zahl der Verordnung psychotroper Medikamente (z. B. Beruhigungs- und Schlafmittel, Stimulanzien). Während dabei eine Tendenz zur Pathologisierung und Medikalisierung weiblicher Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft, Geburt und Klimakterium zu verzeichnen ist, besteht in anderen Gesundheitsfragen eine deutliche geschlechtsspezifische Unterversorgung zu Lasten der Frauen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind ein prägnantes Beispiel für bestehende geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung und im Behandlungserfolg zum Nachteil von Frauen, die durch zahlreiche Forschungsergebnisse nachgewiesen sind.

Bisherige Initiativen

Die österreichischen Frauengesundheitszentren leisten seit Jahrzenten einen wichtigen Beitrag dazu, die beschriebene Situation zu verbessern. Auch die Gender-Gesundheitsforschung hat in den vergangen Jahren wichtige Ergebnisse hervorgebracht. Dennoch ist eine geschlechtersensible Analyse und Aufbereitung des Datenmaterials weiter zu forcieren, um ein geschlechterdifferenziertes Versorgungsmanagement zu gewährleisten. Angebote der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung sollten von der Planung über die Intervention bis zur Evaluation zielgruppenspezifisch gestaltet und damit altersspezifische, medizinische, psychische und physische Geschlechtsunterschiede verstärkt berücksichtigt werden.

Trotz der zunehmenden Beachtung von Genderaspekten in der Gesundheitsforschung und -versorgung sind bezüglich der Anwendung dieses Wissens im Gesundheitssystem noch Defizite festzustellen. Der Transfer des Wissens in die medizinische, therapeutische und pflegerische Praxis geht nur zögerlich vor sich. Dies trifft auch für die Erstellung evidenzbasierter Leitlinien zu, die als Instrument zur Qualitätsverbesserung der gesundheitlichen Versorgung den Genderaspekten Rechnung tragen sollten. [4]

Maßnahme 1
Evidenzbasierte Leitlinien für Screening und Behandlung von frauenspezifischen Erkrankungen entwickeln

Ein Beispiel dieser frauenspezifischen Erkrankungen ist Gebärmutterhalskrebs; seiner Früherkennung dient das sogenannte Pap-Screening. Der zentrale Anspruch einer evidenzbasierten Leitlinie für Pap-Screening liegt in erster Linie in der Reduktion von Fehlerquellen – sowohl in den Arztpraxen als auch in den Labors – und damit in der Verringerung von falsch-positiven Testergebnisse.

Andererseits geht es darum, die optimale Nutzungsfrequenz zu gewährleisten, was eine adäquate Aufklärung der Frauen voraussetzt. Die wichtige Früherkennungsmaßnahme Pap-Screening greift nämlich nur dann, wenn Frauen eigeninitiativ und regelmäßig zur gynäkologischen Untersuchung gehen. Sozioökonomisch benachteiligte Frauen nehmen derartige Angebote aber nicht in angemessener Häufigkeit in Anspruch.

Zielsetzung der Maßnahme ist-eine Über-, Unter- und Fehlversorgung im Zusammenhang mit frauenspezifischen Erkrankungen entgegenzuwirken.

Querverweise

- Krebs-Rahmenprogramm
- Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
- Rahmen-Gesundheitsziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen
- Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (www.frueh-erkennen.at)

Maßnahme 2
Kompetenz für Frauengesundheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Medizin-, Gesundheits- und Sozialberufe verankern

Die Komplexität in Medizin und Gesundheitsversorgung nimmt stetig zu bei gleichzeitig abnehmendem Gesundheits- und Körperwissens der Menschen. Gesundheits- und Sozialberufe sind Multiplikatorinnen im Gesundheitssystem zur Sicherstellung von Weitergabe qualitätsvoller Gesundheitsinformation an Klientinnen und Klienten.

Wie die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zum „Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen“ zeigen, besteht aber bei der Qualifikation der Mitarbeiter/innen Handlungsbedarf [5]. In Gesundheitsberufen arbeiten derzeit zu 80 Prozent Frauen, daher sind sie von einer solchen Qualifikationsinitiative besonders betroffen.

Querverweis

- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Wirkungsziel 2
Frauen treffen informierte, gesundheitsbewusste und selbstbestimmte Entscheidungen in Gesundheitsfragen

Herausforderungen

Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit von Individuen, schriftliche und mündliche Information in Bezug auf Gesundheit zu verstehen, zu verarbeiten, kritisch zu hinterfragen, im Alltag anzuwenden und damit gesundheitsfördernde bzw. auf Krankenbehandlung bezogene Entscheidungen im Alltag treffen zu können [6]. In diesem Sinne ist Gesundheitskompetenz eine wichtige Voraussetzung für ein souveränes individuelles Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Chancengleichheit in der Bevölkerung.

In der im Rahmen des European Health Literacy Projects [7] durchgeführten Studie zeigte sich, dass die österreichische Bevölkerung im internationalen Vergleich eine insgesamt niedrige Gesundheitskompetenz aufweist [7]. Dies gilt für Frauen und Männer. Tendenziell, jedoch nicht in signifikantem Ausmaß, zeigen die österreichischen Frauen eine höhere Gesundheitskompetenz als die Männer, was sich auch im internationalen Vergleich wiederfindet [8].

Gesundheitskompetenz ist nicht nur in Bezug auf Gender sozial ungleich verteilt: Den stärksten Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz zeigt international wie auch in Österreich der sozioökonomische Status, insbesondere im Hinblick auf eine niedrige Einkommenssituation, die laut Studienergebnis häufig mit unzureichender Gesundheitskompetenz korreliert. Bildung und Alter sind weitere Faktoren, die mit Gesundheitskompetenz in Zusammenhang stehen: Höher Gebildete und Jüngere haben tendenziell eine höhere Gesundheitskompetenz [7].

Auch wenn also Frauen eine eher höhere Gesundheitskompetenz aufweisen als Männer, so zeigen sich doch andere Risikofaktoren, die Frauen überproportional betreffen, beispielsweise finanzielle Deprivation. Eine häufig genannte Risikogruppe für niedrige Gesundheitskompetenz sind Migrantinnen, die durch mitunter mangelnde Sprach- und Systemkenntnisse sowie durch oftmals niedrigeren sozioökonomischen Status besonders gefährdet sind [9].

Da bei Frauen häufig medizinische Interventionen vorgenommen werden, welche die körperliche Integrität in höchst sensiblen Bereichen betreffen (wie z.B. Entfernung der Brust, Gebärmutter-Entfernungen, Kaiserschnitt oder Pränataldiagnostik), ist auf die Gesundheitskompetenz der Frauen besonders zu achten, damit sie informierte Entscheidungen treffen können.

Ob eine Frau gesundheitskompetent entscheiden und handeln kann, hängt jedoch nicht alleine von ihren individuellen Fähigkeiten ab, sondern auch von der Komplexität und der Verständlichkeit des Systems, in dem sie sich zurechtfinden muss. Damit die Zugänge, Informationen, Entscheidungshilfen u. ä. im Gesundheitswesen im Sinne der Förderung von Gesundheitskompetenz zielgruppengerecht gestaltet werden können, bedarf es des Bewusstseins bezüglich unterschiedlicher Morbiditäts- und Mortalitätsprofile von Frauen und Männern und darüber, dass Frauen mit anderen Anforderungen und Bedürfnissen an das Gesundheitswesen herantreten als Männer. In diesem Sinne kann Genderkompetenz als essenzieller Teil der Gesundheitskompetenz von Gesundheitsberufen betrachtet werden.

Bisherige Initiativen

Die österreichischen Frauengesundheitszentren sind seit mehr als 20 Jahren darum bemüht, die Gesundheitskompetenz von Frauen zu fördern. Darüber hinaus wurde im Jahr 2015 die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK[1]) eingerichtet, um die Umsetzung von Gesundheitskompetenz im Sinne des R-GZ 3 auf nationaler Ebene zu unterstützen. Die ÖPGK soll die Gesundheitskompetenz in Österreich langfristig stärken, Vernetzung und gemeinsames Lernen in diesem Bereich fördern, Qualität und Monitoring aufbauen und die Abstimmung von Maßnahmen zwischen Politik- und Gesellschaftsbereichen ermöglichen. [10]

Maßnahme 3
Den Wissensstand in der Bevölkerung zu jenen Erkrankungen und deren Behandlung verbessern, die ausschließlich oder gehäuft Frauen betreffen

Zielgruppe dieser Maßnahme sind insbesondere sozial benachteiligte Frauen (geringer Bildungsstand, Migrationshintergrund, Frauen in höherem Lebensalter).

Sozial benachteiligte Frauen sowie Frauen mit niedrigem Bildungsstand profitieren nachweislich am geringsten von herkömmlichen Angeboten der Gesundheitsförderung. Zudem ist der Zugang zu teils existenziell entscheidenden Informationen über Gesundheit, Körper und Gesundheitssystem oft zu hochschwellig. Niederschwellige Angebote sollen Frauen unterstützen, informierte Entscheidungen zu treffen. Zudem bietet diese Maßnahme eine hohe Relevanz für Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung.

Querverweise

- Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Zielsteuerung-Gesundheit, strategisches Ziel 8.3: Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation stärken und routinemäßig messen
- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Maßnahme 4
Gesundheitskompetenzfördernde Gestaltung von Einrichtungen und gesundheitskompetenzfördernde Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialbereich forcieren

Gesundheitskompetenz hängt nicht nur von individuellen Fähigkeiten ab, sondern auch von der Komplexität und der Verstehbarkeit des Systems, in dem sich das Individuum zurechtfinden muss. Im Sinne dieser Definition von Gesundheitskompetenz werden Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich darin unterstützt, sich so zu präsentieren, dass Gesundheitskompetenz – insbesondere jene von Mädchen und Frauen – ermöglicht und gestärkt wird. Um auf die spezifischen Bedürfnisse von Mädchen und Frauen in diesem Zusammenhang einzugehen, wird eine Kooperation mit Frauengesundheitseinrichtungen und -zentren angestrebt.

1
Kontakt: oepgk@goeg.at

Die Maßnahme zielt ebenso auf nationalen und internationalen Wissens- und Erfahrungsaustausch ab wie auf Förderung von Vernetzung und auf interdisziplinäre Zusammenarbeit. Innovationen und gemeinsames Lernen im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz, spezifisch ausgerichtet auf die Zielgruppen Mädchen und Frauen, werden ermöglicht. Damit Frauen eine aktive Rolle im Gesundheitssystem spielen, gleichwertig im Gesundheitssystem partizipieren und ihren Alltag gesundheitsförderlich bewältigen können, müssen sie über Gesundheitskompetenz (Health Literacy) verfügen.

Die Verleihung eines Gütesiegels für „gesundheitskompetente Organisationen“ kann diese Entwicklung unterstützen.

Querverweise

- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Wirkungsziel 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen
- Health 2020 [11]

Wirkungsziel 3
Gewaltprävention – Hilfe und Unterstützung für von Gewalt betroffene Frauen ausbauen

Herausforderungen

Unter „Gewalt gegen Frauen“ sind alle Handlungen geschlechtsbezogener Gewalt zu verstehen, die Frauen körperlichen, sexuellen oder psychischen Schaden oder Leid zufügen oder zufügen können. Dies schließt auch die Androhung derartiger Handlungen, eine Nötigung oder eine willkürliche Freiheitsberaubung in der Öffentlichkeit oder im Privatleben mit ein.

Gewalt gegen Frauen ist ein ernstzunehmendes Phänomen. Mit der bisher größten Studie in 28 EU-Mitgliedstaaten an 42.000 Frauen legte die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) im Jahr 2014 sehr umfangreiche Daten zur Prävalenz von Gewalt gegen Frauen vor.

In Österreich wurden 1.500 Frauen zwischen 18 und 74 Jahren über Gewalterfahrungen seit ihrem 15. Lebensjahr befragt. Körperliche und/oder sexuelle Gewalt erfuhren bereits 20 Prozent der Frauen in Österreich sowie 33 Prozent der Frauen in der EU. Eine große Rolle spielt Beziehungsgewalt: Durch den (Ex-)Partner erlebten 13 Prozent der Österreicherinnen bzw. 22 Prozent der EU-Bürgerinnen körperliche und/oder sexuelle Gewalt. Noch häufiger ist psychische Gewalt durch Beschimpfung, Kontrolle, Einschüchterung oder Hausarrest in Beziehungen präsent: 38 Prozent der über 15-jährigen Österreicherinnen und 43 Prozent der Frauen in der EU erfuhren psychische Gewalt durch den (ehemaligen) Partner. Mit sexueller Belästigung waren bereits 35 Prozent der Österreicherinnen (55 % der EU-Bürgerinnen) konfrontiert – ein Drittel wurde am Arbeitsplatz belästigt, durch Kollegen, Arbeitgeber oder Kunden. Stalking sahen sich bereits 15 Prozent der Österreicherinnen (18 % der Frauen in der EU) ausgesetzt, davon wurden 21 Prozent mehr als zwei Jahre lang von einem Stalker verfolgt. [12]

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Partnergewalt bzw. sexueller Gewalt sind vielfältig und schwerwiegend. Sie umfassen Entzündungen im Genitalbereich, Fehlgeburten, sexuell übertragbare Krankheiten, posttraumatisches Stress-Syndrom, Alkohol- und Drogensucht, Depression, Angststörungen, dauerhafte körperliche Behinderung sowie Tod durch Mord oder Selbsttötung. Kinder gewaltbetroffener Mütter haben das Risiko eines geringen Geburtsgewichts sowie neonataler Gesund-

heitsprobleme. Fazit ist, dass Frauen durch gewalttätige Partner enorme gesundheitliche Folgeschäden zugefügt werden. [11]

Die Zahlen zeigen, dass Gewalt (vor allem Beziehungsgewalt) gegen Frauen auch durch ihre Kostenfolgen sehr stark in das Gesundheitssystem hinein wirkt: Mit 14 Millionen Euro werden allein die Kosten für die akute Behandlung und Therapie von Gewaltopfern in Österreich beziffert, darin nicht eingerechnet ist die Behandlung gesundheitlicher Langzeitfolgen wie psychischer Störungen, psychiatrischer Erkrankungen und oder gynäkologischer Probleme. [13]

Frauen, die von Gewalt betroffen sind, wünschen sich geschultes Gesundheitspersonal: 82 Prozent der Österreicherinnen würden es begrüßen, wenn eine Ärztin bzw. ein Arzt bei Vorliegen entsprechender Merkmale die Patientin routinemäßig fragt, ob sie von Gewalt betroffen ist. Scham- und Schuldgefühle sowie Angst vor Bagatellisierung hindern viele Frauen daran, sich aktiv Hilfe zu holen. [12]

Die Fakten sprechen dafür, dass das Gesundheitssystem sensibilisiert und fit gemacht werden muss für den Umgang mit Opfern von Beziehungsgewalt und sexualisierter Gewalt. Seitens der WHO wird empfohlen, dass medizinische Einrichtungen eine an den Bedürfnissen der Frauen orientierte, vorurteilslose Vorgangsweise praktizieren. Weiters soll das Thema Gewalt in die Anamnese aufgenommen werden, was eine treffsicherere Diagnose und eine adäquate Behandlung sowie eine gerichtstaugliche Dokumentation und Spurensicherung verspricht. Voraussetzung dafür ist die Schulung des Gesundheitspersonals, damit dieses adäquat reagieren und behandeln, die Spuren dokumentieren sowie die Frauen an Gewaltschutzeinrichtungen leiten kann.

Nicht zuletzt sind ältere Frauen besonders häufig von freiheitbeschränkenden Maßnahmen in Pflegeheimen betroffen, da sie dort stärker vertreten sind als Männer. Freiheitsbeschränkungen in ihren unterschiedlichen Formen als mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen stellen ebenfalls Gewaltakte dar. Untersuchungen zeigen, dass das 2005 in Kraft getretene Heimaufenthaltsgesetz (gilt in Alten- und Pflegeheimen, Behinderteneinrichtungen, Tageszentren und in Krankenanstalten) zwar zu einer deutlichen Reduktion solcher Maßnahmen geführt hat, aber immer noch große Unterschiede in der Häufigkeit zwischen den Bundesländern bestehen und der Einsatz alternativer Maßnahmen bei weitem nicht ausgeschöpft ist. [14]

Bisherige Initiativen

Mit der Bundesvorgabe im Jahr 2011, „Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt“ in Krankenhäusern verpflichtend einzurichten (§ 8e KAKuG), wurde eine wichtige Initiative gesetzt. Zu den Aufgaben der Opfer- bzw. Gewaltschutzgruppen gehören die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung des medizinischen und pflegerischen Personals für häusliche Gewalt.

„GewaltFREI leben“ ist eine österreichweite Kampagne zur Verhinderung von Gewalt an Frauen und Kindern (2013-2015), die vom ehemaligen BMBF und nunmehr vom BMGF im Rahmen eines EU-Projektes gefördert und vom Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser (AÖF) koordiniert und gemeinsam mit der „Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie“ und der Bundesjugendvertretung (BJV) durchgeführt wird. Ziel ist u. a. die Sensibilisierung des Gesundheitsbereiches und Erstellung eines Handbuchs.

Im Rahmen dieser Kampagne wurde ein Schwerpunkt auf das Gesundheitswesen gelegt und u. a. ein Leitfaden für das Management in Krankenhäusern zur Etablierung und Sicherung von Qualitätsstandards im Bereich Gewaltprävention erstellt. Als Anstoß und Beitrag zur Entwicklung von Standards in den Curricula der Gesundheitsberufe fördert das BMGF zudem ein Projekt zur Erarbeitung von Ausbildungsstandards betreffend häusliche und sexualisierte Gewalt (Laufzeit: November 2015 bis März 2017); diese Standards sollen auch die Arbeit der Opferschutzgruppen unterstützen, zu deren Auf-

gaben auch die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt gehört. Weiters ist im Rahmen der interministeriellen Arbeitsgruppe „Schutz von Frauen vor Gewalt“ eine eigene Unterarbeitsgruppe zum Thema „Ausbildung im Gesundheitswesen“ eingerichtet.

Auf Initiative des Wiener Programms für Frauengesundheit und des 24-Stunden-Frauennotrufs in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund und der Wiener Ärztekammer thematisiert die Posterkampagne „Gewalt macht krank“ (2015) die Schlüsselrolle von Ärztinnen und Ärzten sowie des Krankenhauspersonals bei Früherkennung und Prävention von häuslicher und sexualisierter Gewalt. Ein Postersujet ist direkt an das Gesundheitspersonal adressiert, das andere ermutigt Patientinnen in vier Sprachen, etwaige Gewalterfahrungen ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt mitzuteilen. Zusätzlich trug eine interdisziplinäre Fachkonferenz am 17. 09. 2015 zur Sensibilisierung bei.

Im Rahmen der Einrichtung „VertretungsNetz“ vertreten Bewohnervertreter/innen Menschen, die von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffen sind. Sie nehmen persönlichen Kontakt mit betroffenen Personen in den Einrichtungen auf und führen Gespräche mit allen Beteiligten. Zielsetzung ist es, die Dauer von Freiheitsbeschränkungen zu verkürzen und Alternativen zu Freiheitsbeschränkungen zu finden und umzusetzen. Betroffenen Personen soll die die größtmögliche Freiheit unter Gewährleistung ihrer Sicherheit ermöglicht werden.

Sicherheit und Schutz vor Gewalt ist Jahresschwerpunkt 2015/2016 des Referates Frauen & Gleichstellung Graz.

Maßnahme 5
Laufende Sensibilisierungs-, Aufklärungs- und Informationstätigkeit zum Thema „Gewalt im öffentlichen Sozialraum“ fortführen

Informationsveranstaltungen in Kooperation mit Bund, Ländern und Kommunen sowie freien Trägern unter Berücksichtigung von Frauen und Mädchen als Zielgruppe werden laufend durchgeführt und gefördert. Dabei geht es konkret um die Schaffung von vielfältigen, qualitativ hochwertigen einschlägigen Angeboten wie Broschüren, Plakaten, TV-Spots sowie um die Nutzung von Internetforen zur wirksamen Aufklärung über das Thema „Gewalt im öffentlichen Sozialraum“. Strukturelle Gewalt – und dazu gehören auch gewohnheitsbedingte entwertende Kommunikationsformen, die sich gegen Frauen richten – wird aufgezeigt, um ein Problembewusstsein in der Gesellschaft zu erreichen.

Durch Öffentlichkeitsarbeit wird die Aufklärung über Ursachen, Gründe und gesundheitliche Folgen gefördert, zur Entbagatellisierung von häuslicher Gewalt beigetragen; Frauen werden von dem gesellschaftlichen Etikett befreit, an der Tat mitverantwortlich oder gar mitschuldig zu sein. Zentral geht es darum, das Thema zu enttabuisieren, Vorurteile gegen misshandelte Frauen und ihre Kinder abzubauen und gesellschaftliche Strukturen zu verändern.

Querverweise

- Istanbul-Konvention
- NAP zum Schutz von Frauen vor Gewalt
- Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018: Maßnahmen zur sozialen Sicherheit und Gewaltschutz
- Kampagne „GewaltFREI leben“ mit den bestehenden Maßnahmen
- Kampagne „GewaltFREI leben durch mein Krankenhaus“

Maßnahme 6
Multiprofessionelle Opfer- bzw. Gewaltschutzgruppen in den Einrichtungen des Gesundheitssystems implementieren

Während sich „Kinderschutzgruppen“ längst im Krankenhaus-Alltag etabliert haben und gute Arbeit leisten, sind „Opfer- bzw. Gewaltschutzgruppen“, die sich gezielt um erwachsene Patientinnen kümmern, erst seit einiger Zeit im Aufbau. Diese Initiativen wurden häufig von engagierten Einzelpersonen gegründet, erfüllen aber selten die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine erfolgreiche und nachhaltige Opferschutzarbeit.

Gemäß § 8e Abs 4 KAKuG sind die Krankenanstalten verpflichtet, „Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten“. Diese Vorgaben sind in die Krankenanstaltengesetze aller Länder übernommen worden, wobei Wien eine Vorreiterrolle einnimmt. Die Aufgaben der Opferschutzgruppen beinhalten die Früherkennung von häuslicher Gewalt sowie die Sensibilisierung der medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen. Selbstverständlich gehören auch die Vermittlung der Patientinnen an psychosoziale Beratungsstellen oder Fraueneinrichtungen sowie eine gerichtstaugliche Dokumentation von Verletzungsfolgen zum Standard. Obwohl den in Gesundheitsberufen Tätigen hierbei eine Schlüsselrolle zukommt, sind sie durch Ausbildung und Weiterbildung meistens nicht ausreichend vorbereitet.

Die einfühlsame Intervention im Gesundheitssystem und die Kooperation mit verschiedenen Hilfs- und Unterstützungseinrichtungen können aktiv zur Gewaltprävention und zum Schutz der Opfer beitragen.

Querverweise

- Rahmen-Gesundheitsziel 9 „Maßnahmen zur Gewaltprävention“
- Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018: Absicherung und Ausbau der notwendigen Einrichtungen (z. B. Gewaltschutzzentren, Notwohnungen sowie Frauen und Mädchenberatungsstellen);
- Einrichtung von „Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt“ in Krankenanstalten (BGBl. I Nr. 69/2011 vom 29. 07. 2011)
- Istanbul-Konvention „Übereinkommens des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“
- Kampagne „GewaltFREI leben durch mein Krankenhaus“

Wirkungsziel 4
Institutionen (insbesondere Beratungsstellen) für frauenspezifische Aspekte bei Behinderung sensibilisieren

Herausforderungen

In Österreich leben 1,7 Mio. Menschen (20,5 % der Wohnbevölkerung) mit einer dauerhaften Beeinträchtigung. Dieses Ergebnis aus der Mikrozensus-Erhebung der Statistik Austria [16] weist einen leicht erhöhten Frauenanteil in dieser Gruppe aus. Unbestritten sind Frauen mit Behinderung einer mehrdimensionalen Diskriminierung ausgesetzt. Im Alltag und im Berufsleben gibt es eine Reihe von Hürden zu überwinden, wozu unerfüllte Ausbildungs- und Berufswünsche ebenso zählen wie der negative Erwerbsstatus, Arbeitslosigkeit, Familien- und Eheprobleme etc.

Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen bilden weder eine homogene noch eine zahlenmäßig genau erfassbare Gruppe. Unterschiede bestehen nicht nur hinsichtlich der jeweiligen Behinderung, die völlig unterschiedliche Auswirkungen auf die persönliche Lebenssituation haben kann, sondern auch hinsichtlich der biografischen oder sozialen Lebensumstände.

Statistisch betrachtet kann jedoch gesagt werden, dass Frauen mit Behinderung im Schnitt ein deutlich schlechteres schulisches Bildungsniveau aufweisen als nicht behinderte Frauen. Nur etwas mehr als die Hälfte von ihnen hat eine berufliche Ausbildung abgeschlossen [17]. Darüber hinaus ist der Anteil der behinderten Frauen an den Erwerbstätigen erheblich geringer als jener anderer Behindertengruppen, wodurch behinderte Frauen in Bezug auf ihre Teilhabe an der Erwerbsarbeit doppelt diskriminiert sind. Die Armutsgefährdungsquote bei behinderten Frauen (16 %) ist mehr als doppelt so hoch wie jene der Durchschnittsbevölkerung und deutlich höher als jene behinderter Männer. Ursachen dafür sind eine geringe Erwerbsquote und niedrige Einkommen, die auch die Pensionshöhe späterer Jahre negativ beeinflussen.

Frauen mit Behinderung leben weitaus häufiger allein als Männer mit Behinderungen. In der Altersgruppe der 16- bis 64-Jährigen leben 23 Prozent der behinderten Frauen allein, bei den über 65-Jährigen liegt der Anteil sogar bei 52 Prozent. Damit ist über die Hälfte der älteren Frauen mit Behinderung auf Unterstützung aus dem sozialen Umfeld oder von professionellen Dienstleistern angewiesen. [17]

Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sind besonders gefährdet, Opfer von gewalttätigen Übergriffen zu werden. Wissenschaftliche Studien belegen, dass behinderte Frauen als Kinder bzw. Jugendliche zwei- bis dreimal häufiger sexuellem Missbrauch ausgesetzt sind als der Durchschnitt [18]. Gehörlose, blinde und psychisch kranke Frauen sind besonders häufig Gewaltopfer. Eine im Jahr 2014 durchgeführte Untersuchung über die Perspektiven von Frauen mit Behinderungen, die Gewalt erfahren haben, zeigt auf, dass es für sie eine Erleichterung bedeutet, wenn es in öffentlichen Ämtern sowie im medizinischen Bereich auch weiblichen Mitarbeiterinnen gibt, denen sie ihre Gewalterfahrungen anvertrauen können. Darüber hinaus macht die Studie darauf aufmerksam, dass es in Österreich wenige Anlauf- und Beratungsstellen gibt, die vorwiegend auf die Zielgruppe gewaltbetroffene Frauen mit Behinderungen spezialisiert sind.

Bisherige Initiativen

Auch wenn bereits verschiedene Initiativen auf Bundesebene gesetzt wurden, um die Lage von Frauen mit Behinderungen zu verbessern (wie beispielsweise der Nationale Aktionsplan Behinderung 2012-2020), bedarf es weiterer Anstrengungen, um Benachteiligungen aufgrund von Behinderung abzubauen und die gesundheitliche Chancengleichheit von Frauen mit Behinderungen zu erreichen.

Maßnahme 7
Die Funktion einer Gleichstellungsbeauftragten in Einrichtungen der Behindertenhilfe etablieren

Das Wissen über ihre Rechte trägt dazu bei, dass (junge) Frauen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, selbstbestimmte Entscheidungen treffen, z. B. bezüglich Art des Verhütungsmittels, der Berufswahl oder der Wohnsituation. Die Maßnahme wirkt unterstützend bei der Stärkung des Selbstwerts der (jungen) Frauen und unterstützt sie in ihrer Identitätsfindung. Nicht zuletzt soll mit dieser Maßnahme ein nachhaltiger Beitrag zur Gewaltprävention, vor allem von sexualisierter Gewalt, geleistet werden.

Querverweise

- UN-Behindertenrechtskonvention
- Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

Maßnahme 8
Beratungskompetenz – besonders in Hinblick auf die Lebenssituation von Frauen mit Beeinträchtigungen – verbessern

Das Leben von Mädchen und Frauen mit Behinderungen ist im Vergleich zu Frauen und Mädchen ohne Behinderungen in einem besonders hohen Ausmaß von Abhängigkeiten, Ausgrenzungen und Stigmatisierungen geprägt. Auch in Bezug auf ihr Selbstbestimmungsrecht sind sie mit vielen Einschränkungen und Vorurteilen konfrontiert, so beispielsweise in Hinblick auf ihre sexuelle Selbstbestimmung, in Bezug auf Partnerschaft, Kinderwunsch und Mutterschaft sowie auf das Wohnen. Nicht zuletzt ist ihnen der Zugang zu psychosozialen und psychotherapeutischen Unterstützungsangeboten erschwert.

Zurzeit gibt es nur sehr wenige Einrichtungen, die über Beratungskompetenz bezüglich Frauen und Behinderung verfügen: Mitarbeiter/innen aus Einrichtungen des Behindertenwesens sind zwar behinderungsspezifisch gut geschult, die Auseinandersetzung zum Thema „Frau sein mit Behinderung“ fehlt jedoch häufig. Gleichzeitig sind Mitarbeiterinnen aus Frauenberatungseinrichtungen frauenspezifisch geschult, haben jedoch meist kein Wissen und keine Erfahrungen in Bezug auf die Lebenswelten von Frauen mit Behinderungen.

Da Mädchen und Frauen mit Behinderungen häufig von Mehrfachdiskriminierung betroffen sind, ist es wichtig, dass die Mitarbeiter/innen der genannten Einrichtungen sensibilisiert sind, über entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen sowie adäquate Beratung anbieten oder vermitteln können.

Querverweise

- UN-Behindertenrechtskonvention, Frauengesundheitsbericht Österreich; CEDAW Schattenbericht Österreich
- Fortbildungscurriculum der Frauenbüros Stadt und Land Salzburg für Mitarbeiterinnen aus frauenspezifischen Beratungseinrichtungen

Wirkungsziel 5
Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund erhöhen

Herausforderungen

Menschen mit Migrationshintergrund zeichnen sich durch große Heterogenität hinsichtlich ihrer Soziodemografie aus. Migration per se macht nicht krank, doch wirkt sie sich sowohl auf die Gesundheit als auch auf das Erkrankungsrisiko aus. Besonders die soziale/sozialrechtliche Lage beeinflusst Gesundheit und Gesundheitsverhalten erheblich. Migrantinnen sind in Österreich oftmals mit schwierigen Lebensbedingungen konfrontiert: schlechte Wohnverhältnisse, gesundheitlich riskante Arbeitsplätze, Arbeitslosigkeit und eine ungewisse Zukunft. Ebenso sind Migrantinnen oft psychischen Stressoren wie traumatischen Erfahrungen, Verlusterlebnissen oder anderen belastenden Lebensereignis-

sen ausgesetzt. Ein ungesicherter Aufenthaltsstatus sowie die Erfahrung von Diskriminierung und Rassismus sind zusätzliche Belastungsfaktoren. Häufig sind Frauen doppelter Diskriminierung ausgesetzt: durch ihren Status als „Ausländerin“ und jenem als Frau mit den jeweiligen Rollenzuschreibungen. [19]

Studienergebnisse geben deutliche Hinweise darauf, dass insbesondere bei Frauen ein negativer Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und Gesundheit feststellbar ist. Das bedeutet, dass – statistisch gesehen – Frauen aus Ex-Jugoslawischen oder der Türkei im selben Alter und mit gleichem Bildungsniveau und gleichem Einkommen wie eine Nicht-Migrantin signifikant schlechtere Chancen auf gute Gesundheit haben. [20]

Weiters zeigen Studien, dass nur 62 Prozent der Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut einschätzen (Österreicherinnen: 79 %) [21]. Nur 15 Prozent der Migrantinnen betreiben regelmäßig Sport (Österreicherinnen: 24 %) [21]. Über 40-jährige Migrantinnen sind mit 23 Prozent häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen (Österreicherinnen: 11 %) [9]. Mit 3,6 Totgeburten und 4,2 im ersten Lebensjahr verstorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborenen ist die Kindersterblichkeit in Migrantenfamilien höher als in österreichischen Familien (Totgeburten: 3,2 ‰; Säuglingssterblichkeitsrate 2,5 ‰). Bei türkischen Müttern ist die Säuglingssterblichkeit mit 5,1 ‰ am höchsten [22]. Nicht zuletzt nehmen Migrantinnen Vorsorgeangebote wie Mammographie-Screening etc. weitaus seltener in Anspruch [22].

Bisherige Initiativen

Verschiedene Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem und Bedingungsfaktoren für Gesundheit sind eng miteinander verknüpft und schwer trennbar. Zwar bestehen formal für versicherte Personen in Österreich – unabhängig vom Migrationsstatus – gleiche Zugangschancen zum Gesundheitssystem. Menschen mit Migrationshintergrund sind jedoch teilweise mit Zugangsbarrieren konfrontiert, wie Sprach- und Informationsbarrieren, soziokulturellen Unterschieden oder niedrigem sozioökonomischen Status [9]. Die Verbesserung der Versorgungssituation von Migrantinnen muss auf mehreren Ebenen ansetzen [19]. Einen zentralen Aspekt dabei stellt adäquate Kommunikation und Aufklärung in Gesundheitsbelangen dar, was sowohl interkulturelle Kompetenz der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen als auch entsprechende strukturelle Bedingungen voraussetzt.

Das Frauengesundheitszentrum FEM-Süd in Wien hat sich als Anlaufstelle – insbesondere für Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund – etabliert und bietet kultursensible und niederschwellige Beratung und Gesundheitsförderung an.

Maßnahme 9
Meta-Evaluation abgeschlossener Projekte durchführen und Erfolgskriterien für Migrantinnen-spezifische Gesundheitsförderungsprojekte entwickeln

Sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund sind in unterschiedlichen Hinsichten von höheren Gesundheitsrisiken betroffen. Vorsorgeangebote wie Mammographie-Screening, Pap-Abstrich etc. werden von dieser Personengruppe weitaus seltener in Anspruch genommen. Gleichzeitig erreichen diverse Gesundheitsförderungsprogramme diese Zielgruppe nicht in angestrebter Weise.

Querverweise

- Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
- Handlungsempfehlungen zu Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung [23]

Maßnahme 10
Institutionen und Leistungen des Gesundheits- und Sozialbereichs barrierefrei gestalten

Mit der Entwicklung von niederschwellig, mehrsprachig und barrierefrei gestalteten Zugängen zu Leistungen und ebensolchen Informationsmaterialien werden ökonomisch benachteiligte und bildungsferne Frauen zur Gesundheitskompetenz befähigt und können selbstbestimmte Entscheidungen treffen.

Querverweise

- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Verbessern der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen durch niederschwellige, Setting-orientierte Programme
- Wiener Gleichstellungsmonitor: Gleichstellungsziel: Verbesserung des Zugangs von Frauen zum Gesundheitssystem

Wirkungsziel 6
Armutsrisiken von Frauen in allen Lebensphasen verringern

Herausforderungen

Dass Armut erhebliche Konsequenzen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen hat und mit erhöhter vorzeitiger Sterblichkeit einhergeht, wird durch zahlreiche empirische Studien belegt.

Die Risiken der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung sowie der finanziellen Deprivation sind in der Bevölkerung ungleich verteilt. Frauen sind häufiger davon betroffen als Männer, ebenso Kinder und Jugendliche. 28 Prozent aller alleinstehenden Pensionistinnen sind armutsgefährdet, damit ist diese Gruppe dreimal so groß wie die der alleinlebenden männlichen Pensionisten. Die Armutsgefährdungsquote behinderter Frauen ist mehr als doppelt so hoch wie jene der Durchschnittsbevölkerung und deutlich höher als jene behinderter Männer (16 %). Ursache dafür sind eine geringe Erwerbsquote und das niedrige Einkommen, welche die Pensionshöhe späterer Jahre negativ beeinflussen. Dies kann auch Frauen betreffen, die Angehörige pflegen und deshalb keine Vollzeitbeschäftigung ausüben können. Neuere Studien zeigen auch die Bedeutung von Gewalt im häuslichen Bereich als spezifisch weibliches Armutsrisiko [24].

Auch Personen mit Migrationshintergrund und geringer Bildung sowie Personen in Single- oder Ein-Eltern-Haushalten sind besonders armutsgefährdet [25]. Familien, in denen Frauen nicht erwerbstätig sind, haben ein mindestens doppelt so hohes Gefährdungsrisiko wie Familien mit erwerbstätigen Müttern [25]. Betreuungspflichten und fehlende außerfamiliäre Betreuungsangebote verhindern oftmals die Aufnahme einer (Vollzeit-)Erwerbstätigkeit von Frauen. Die gesundheitsbezogenen materiellen Benachteiligungen und verminderten sozialen Teilhabe-Chancen sind vielfältig. Insbesondere die psychosozialen Belastungen, die sich aus Zukunftssorgen, lang andauernden Stressreaktionen

und geringer sozialer Unterstützung ergeben, erschweren eine gesundheitsförderliche Lebensweise [26].

Bereits Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen vermehrt Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen auf. Darüber hinaus sind sie häufiger von Unfallverletzungen und zahnmedizinischen Problemen betroffen. Im Jugendalter ist ein Zusammenhang zwischen psychosozialem Wohlbefinden, dem Vorkommen von Schmerzen sowie dem Gesundheitsverhalten und der sozialer Lage nachweisbar. In Armut aufgewachsene Jugendliche betreiben häufiger keinen Sport, verbringen mehr Zeit vor dem Fernseher, ernähren sich häufiger ungesund und vernachlässigen häufiger die Zahnpflege als die bessergestellte Vergleichsgruppe [27]. Bei Frauen aus der niedrigeren Einkommensgruppe ist das Risiko für Adipositas im Vergleich zu jenen aus der hohen Einkommensgruppe um den Faktor 3,3 erhöht [26]. In der Armutsrisikogruppe ist der Anteil der über 45-Jährigen gehäuft von Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris, Diabetes mellitus, chronischer Bronchitis, chronischen Lebererkrankungen, Hypertonie und Osteoporose betroffen. Frauen mit niedrigem Einkommen haben dabei ein zweifach höheres Risiko, aufgrund einer Krankheit in der Alltagsbewältigung eingeschränkt zu sein, als Frauen aus der hohen Einkommensgruppe. Diesen Gefährdungslagen steht gegenüber, dass Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention von Personen mit niedrigem Einkommen vergleichsweise selten in Anspruch genommen werden [26].

Armut muss als komplexes Phänomen verstanden werden. Den Armutsrisiken von Frauen entgegenzuwirken ist eine dringende Aufgabe aller politischen und gesellschaftlichen Bereiche. Dieser Thematik wird im vorliegenden Aktionsplan Frauengesundheit als Querschnittmaterie in unterschiedlichen Wirkungszielen und Maßnahmen entsprochen. Darum werden zum Wirkungsziel 6 keine eigenen Maßnahmen genannt.

3. Mädchen und junge Frauen

Mag.ª Martha Scholz-Resch

Neben massiven körperlichen Veränderungen finden im Jugendalter auch einschneidende psychosoziale Veränderungen statt – einerseits durch Erfahrungen und Erlebnisse in der Familie, mit Freunden/Freundinnen und Peers, mit Schule, Berufsauswahl und dem Erwachsenwerden, andererseits auch durch gesellschaftliche Erwartungen, Schönheitsideale u. v. m. Die Pubertät ist eine Zeit der emotionalen, psychischen und physischen Veränderungen und somit ein zentraler Einflussfaktor auf das subjektive Wohlbefinden.

Mädchen und junge Frauen bewerten ihre Gesundheit subjektiv schlechter als Buben und sind zudem ab dem Beginn der Pubertät weniger zufrieden mit ihrem Leben. Es ist daher dringend geboten, Mädchen und junge Frauen zu stärken und Einstellungen und Verhaltensweisen zu fördern, die ihnen ein selbstbestimmtes Handeln als erwachsene Frauen langfristig und nachhaltig ermöglichen. Dabei muss die ganzheitliche Gesundheitsförderung nicht nur altersgerecht erfolgen, sondern auch unterschiedliche Lebenslagen, Möglichkeiten und Risiken bedenken. Gesundheitsförderung darf nicht nur Wissensvermittlung beinhalten (verhaltensbezogene Gesundheitsförderung), sondern muss auch Rahmenbedingungen und Schutzfaktoren für ein seelisch und körperlich gesundes Aufwachsen fördern (verhältnisbezogene Gesundheitsförderung). Der familiäre Hintergrund und die Bedeutung der Erziehung sind dabei unbestritten. Aber auch Pädagogen/Pädagoginnen und Betreuer/innen in Bildungs-, Freizeit- und Sozialeinrichtungen haben eine wichtige Vorbildfunktion bei der Unterstützung von Mädchen und jungen Frauen.

Die relevanten Gesundheitsthemen für Mädchen und junge Frauen sind so umfassend und vielseitig wie das Leben selbst. Die Arbeitsgruppe „Mädchen und junge Frauen“ des Aktionsplans Frauengesundheit erarbeitete dazu drei Wirkungsziele mit Maßnahmen, die zentral für die Gesundheit dieser Zielgruppe sind. [28]

Wirkungsziel 7
Bei Mädchen und jungen Frauen ein positives Selbstbild für ein gesundes Leben fördern

Herausforderungen

Schönheit wird in Medien und Gesellschaft oftmals als Kriterium für Erfolg, Leistung und Aufstieg dargestellt. Das Körperbild ist daher einerseits eine psychologische Erfahrung, die sich auf Gefühle und Haltungen (Einstellungen) dem eigenen Körper gegenüber konzentriert, andererseits ist es ein mentales Bild (Körperschema), das sich auf Basis der eigenen physischen Erscheinung konstituiert. [19]

Berührungen, Körperkontakt, Zuwendung und Interaktion sind von Geburt an wichtige Erfahrungen, aus denen das eigene Körperbild entsteht. Umgekehrt birgt die Erfahrung von Ablehnung oder Gewalt die Gefahr, das eigene Selbstbild physisch wie auch psychisch problembehaftet zu sehen oder sogar abzulehnen. Umso wichtiger ist die frühkindliche Auseinandersetzung und Sensibilisierung mit der eigenen Körperwahrnehmung und dem individuellen Empfinden für ein positives Selbstbild.

Die Zeit der Pubertät zeichnet sich durch radikale körperliche und psychische Veränderungen sowie Prozesse der Identitätsfindung aus. Diese Umbruchphase ist bei Mädchen weitaus offensichtlicher als

bei Buben, was ein gewisses Problempotenzial beinhaltet und eines hohen Maßes an Selbstwirksamkeit bedarf.

Wöchentlich wird man in unserer Gesellschaft mit zwei- bis fünftausend Bildern von digital manipulierten Körpern konfrontiert [29]. Der negative Einfluss von medialen Bildern, Musikvideos, TV-Formaten wie Modelcastings, von künstlichen und ungesunden Darstellungen weiblicher „Schönheit“ auf das Selbstwertgefühl von Mädchen, jungen Frauen und Frauen ist unbestritten und wissenschaftlich belegt. 40 bis 70 Prozent der Mädchen zwischen 12 und 16 Jahren sind mit zwei oder mehr Bereichen ihres Körpers unzufrieden, 50 bis 80 Prozent der Mädchen und jungen Frauen möchten dünner sein, 20 bis 60 Prozent der adoleszenten Mädchen machen Diäten [Wimmer-Puchinger in 19].

Erschreckend ist auch die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der jungen Frauen im Teenager-Alter ungesunde, teils gefährliche Maßnahmen zur Gewichtskontrolle und -reduktion (z. B. Auslassen von Mahlzeiten, Diäten, Rauchen, Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln oder Schilddrüsenhormonpräparaten) anwenden [30]. Ein negatives Körperbild kann also ungesundes Diätverhalten, Störungen des sexuellen Erlebens, soziale Ängste, den Anstieg psychischer Erkrankungen wie Depressionen und Essstörungen oder den Anstieg von Schönheitsoperationen zur Folge haben [Wimmer-Puchinger in 19].

Bisherige Initiativen

Die Schwerpunkte des Aktionsplans Frauengesundheit zum Thema „positives Selbstbild“ beziehen sich primär auf gesellschaftlich produzierte Schönheitsideale und damit verbundene Einflüsse auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers durch Mädchen und jungen Frauen. Diese benötigen mehr Unterstützung im Umgang mit den körperlichen Veränderungen während der Pubertät, um dem medial vermittelten Schönheitsideal kritisch und reflektiert begegnen zu können.

Maßnahme 11
Bewusstseinsbildungs-, Sensibilisierungs- und Informationsprogramme zu Selbst- und Körperwahrnehmung sichern und ausbauen

Dem Körper wird in unserer westlichen Gesellschaft ein Höchstmaß an Bedeutung beigemessen, während das Gefühl für die eigene Körperlichkeit und die Akzeptanz der eigenen Bedürfnisse zu schwinden scheinen. Durch unrealistische, nicht erreichbare Schönheitsideale entsteht ein Gefühl der Unzulänglichkeit, das mit physischen und psychischen Spannungen einhergehen kann. In einzelnen Bundesländern werden bereits Angebote zur Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung von Jugendlichen – insbesondere von Mädchen und jungen Frauen – durch Institutionen und Experten/Expertinnen umgesetzt. Einer Weiterführung steht zumeist die fehlende Folgefinanzierung entgegen, wodurch erfolgreiche Angebote häufig wieder eingestellt werden müssen.

Querverweise

- Rahmen-Gesundheitsziel 6: Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen
- Rahmen-Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern

Maßnahme 12
Gesetzliche Maßnahmen zur Unterstützung eines positiven Selbstbildes

Fast jedes zweite Mädchen hält sich für zu dick, tatsächlich sind gut ein Fünftel der Mädchen im Alter zwischen 7 und 14 Jahren übergewichtig, darunter knapp 6 Prozent adipös [31]. Um diesem Trend Einhalt zu gebieten, soll das von Werbung und Medien dargestellte Schlankheitsideal nur mehr in einem gewissen, nicht gesundheitsschädigenden Rahmen erlaubt sein. Dieses Thema wurde auch von politischer Seite aufgegriffen, durch einige Maßnahmen wurden erste wichtige Schritte zur Gegensteuerung gesetzt:

Österreich ist Vorreiter: Am 1. Jänner 2013 ist das Bundesgesetz zu Schönheitsoperationen über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (ÄsthOpG) in Kraft getreten. Schönheitsoperationen bei unter 16-Jährigen dürfen ohne medizinische Notwendigkeit nicht mehr durchgeführt werden, da ein Eingriff in einen noch im Wachsen befindlichen Körper weitreichende unerwünschte Nebenwirkungen und unerwartete Folgen oder Komplikationen mit sich bringen kann. In der Altersklasse der 16- bis 18-Jährigen bedarf es sowohl einer psychologischen Beratung als auch der Einwilligung durch die Jugendlichen selbst sowie durch die/den Erziehungsberechtigte/n.

Junge Frauen sind die ideale Zielgruppe auf dem Werbemarkt, da sie leicht beeinflussbar sind. Seit 2014 besteht der „Retusche-Barometer“ auf der Homepage des Werberates. Anhand dieses Tools kann eine Einschätzung getroffen werden, in welchem Ausmaß und wie Bildbearbeitungsprogramme zum Entstehen von Schlankheit, Schönheit und Makellosigkeit in Abbildungen beigetragen haben. Leitgedanke dieses Angebots ist, Mädchen und junge Frauen anzuregen, sich kritisch mit Werbebildern und künstlich produzierten Schönheitsidealen auseinanderzusetzen, die gesundheitliche Gefährdung durch Nachahmung zu unterbinden, zu sensibilisieren und eine Reflexion des individuellen Konsumverhaltens zu erreichen.

In den Bundesländern Wien, Salzburg und Steiermark wurden „Watchgroups“ installiert, um Bewusstsein für den sensiblen Umgang mit Bildern und Sprache zu schaffen, ein Umdenken einzuleiten und für ein bundesgesetzliches Verbot von sexistischer Werbung einzutreten.

Querverweis

- Bundesgesetz zu Schönheitsoperationen (ÄsthOpG)

Wirkungsziel 8
Einen reflektierten Umgang mit gesellschaftlichen Rollenbildern bei Mädchen und jungen Frauen fördern

Herausforderungen

Traditionelle Rollenbilder und Stereotypen führen häufig zu einem geringer ausgeprägten Selbstbewusstsein bei Mädchen und jungen Frauen (z. B. durch Orientierung an rigiden Schönheitsidealen) und zum Hintanstellen eigener Wünsche und Interessen. Untypische Berufsorientierungen und Lebenspläne erhalten vielfach wenig Bestärkung und Unterstützung, sodass die Orientierung auf traditionelle Frauenberufe und die Vorwegnahme von Doppel- und Dreifachbelastungen für Frauen fortgeschrieben wird. Die Folgen sind schlechtere Einkommen und niedrigere Pensionsansprüche von Frauen. Ein niedriger sozioökonomischer Status erhöht die psychosozialen Belastungen sowie das Morbiditätsrisiko und reduziert die Lebenserwartung. Dieser Zusammenhang ist weltweit durch Stu-

dien gut belegt. Eine kritische Auseinandersetzung mit Geschlechter-Stereotypen und Geschlechter-Hierarchien könnte langfristig zur Reduktion von Frauenarmut beitragen und gesundheitliche Ungleichheit reduzieren.

Literatur und diverse Medien vermitteln unweigerlich Bilder und sind geprägt von der Zeit, in der sie erstellt wurden. Dadurch werden veraltete geschlechterspezifische Einstellungen und Rollenverständnisse in die heutige Zeit transportiert und prägen mitunter auch das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten. Die erforderliche kritische Auseinandersetzung mit diesem Thema und den verbundenen Auswirkungen auf die internalisierten Rollenbilder schreitet voran. Medien besitzen durch die Vielfältigkeit und Häufigkeit ihrer Nutzung ein großes Potenzial, vorherrschende Rollenklischees zu durchbrechen und moderne, geschlechtergerechte Bilder zu transportieren. Sie können damit dazu beitragen, den zahlreichen gesellschaftlichen Benachteiligungen von Frauen entgegen zu wirken.

Eine starke Auswirkung von Rollenklischees zeigt sich insbesondere bei der Schul- und Berufswahl. Noch immer ist es gängige Meinung, dass Mädchen technisch eher unbegabt seien und wenig Interesse an Mathematik oder naturwissenschaftlichen Fächern hätten. Dies entspricht zwar nicht der Realität, prägt aber nachhaltig die Selbsteinschätzung von Mädchen, jungen und vielen erwachsenen Frauen.

Bisherige Initiativen

Um mehr Mädchen und junge Frauen für Karrieren in atypischen Berufen zu gewinnen und Barrieren für ihren Berufseinstieg in diesen Sektoren abzubauen, wurden im Rahmen der Berufsorientierung für Mädchen Maßnahmen wie der Girls' Day im Bundesdienst (www.girlsday-austria.at) und die Online-Plattform www.meinetechnik.at ins Leben gerufen. Diese beiden Angebote verstehen sich als integrative Strategien, die auf einen handlungs- sowie erlebnisorientierten und damit emotionalen Zugang setzen und dadurch Mädchen Mut auf die Eroberung neuer Berufsfelder machen wollen.

Ziel des seit 2006 bestehenden Girls' Days ist es, tradierte Rollenklischees bei Mädchen und jungen Frauen aufzubrechen, ihnen zu ermöglichen, untypische Berufe des Öffentlichen Dienstes kennenzulernen und damit ihre Neugier zu wecken, technische, naturwissenschaftliche und damit besonders zukunftsweisende Ausbildungen und Studiengänge zu wählen. Informationen dazu werden laufend unter der Website www.girlsday-austria.at aktualisiert.

Mit rund 250 Projekten startete die Online-Plattform „Meine Technik" im April 2015 als Informationsplattform für Mädchen und Frauen, für interessierte Pädagogen/Pädagoginnen, engagierte Unternehmen und Eltern. Es handelt sich dabei um eine zentrale Anlaufstelle für Angebote und Projekte für Frauen und Mädchen in den Bereichen Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft und Technik (MINT). Das Angebot reicht von Workshops, Exkursionen und Wettbewerben über Beratungsstellen, Mentoren-Programme und Berufsinformationstage bis zu Unterrichtsmaterialien, Handbüchern und Fortbildungsangeboten. Schulen, Unternehmen, Vereine und Beratungsstellen können sich auf der Plattform nicht nur über Best-Practice-Beispiele informieren und Inspirationen sammeln, sondern auch mit eigenen Projekten und Initiativen zur Förderung von Frauen und Mädchen zum Angebot beitragen.

Damit Mädchen und jungen Frauen herauszufinden und selbst entscheiden können, in welche Richtung sie sich entwickeln möchten und welche Rollen sie (nicht) übernehmen wollen, bedarf es einer kritischen Auseinandersetzung mit vorherrschenden gesellschaftlichen Rollenbildern sowie deren Veränderung. Mädchen und junge Frauen müssen sich Werkzeuge aneignen, um Stereotype und Rollenbilder im eigenen Umfeld ausfindig zu machen, zu hinterfragen und für sich zu erweitern.

Maßnahme 13
Konzepte zur Sensibilisierung von Angehörigen pädagogischer Berufe entwickeln und die Auseinandersetzung mit Rollenbildern in die pädagogische Arbeit integrieren

Maßnahmen zur Sensibilisierung von Pädagogen/Pädagoginnen (vom Kindergarten bis zur Hochschule bis zu Sportorganisationen) hinsichtlich der Bedeutung von Geschlechter-Stereotypen für die Identitätsentwicklung und Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen werden umgesetzt. Im Rahmen dieser Konzepte sollen auch Strategien zur Erhöhung des Männeranteils in allen pädagogischen Berufen mitgedacht werden. Über die im Bildungssystem etablierte Elternarbeit (Elternabende, Elternvereine) könnten auch die Familien, die ja maßgeblich das Rollenverhalten prägen, bis zu einem gewissen Ausmaß erreicht und ohne großen Mehraufwand ein Stück weit sensibilisiert werden.

Querverweise

- Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
- Wirkungsziel des Bundesministeriums für Bildung: Verbesserung der Chancen- und Geschlechtergerechtigkeit im Bildungswesen
- Empfehlungspapier und Kriterien zu Gender-Kompetenz in der Pädagoginnenbildung [32]

Maßnahme 14
Geschlechtssensible Bildungs- und Berufsorientierung ausbauen

Das bestehende Angebot von geschlechtersensiblen Bildungs- und Berufsorientierungsangeboten wird weiter ausgebaut, da für Mädchen und Frauen aufgrund der geschlechtsspezifischen Sozialisation kaum Erfahrungsräume und Vorbilder im Feld „Technik und Handwerk“ bestehen. Das Angebot einer geschlechtersensiblen Bildungs- und Berufsorientierung ermöglicht es Jugendlichen, eine gut überlegte und selbstständige Entscheidung über ihre beruflichen Vorhaben und Ziele, unabhängig von den existierenden Rollenbildern, zu treffen.

Die geschlechtsspezifische Verteilung von Männern und Frauen auf unterschiedliche Berufsgruppen (horizontale Segregation) ist nach wie vor signifikant und manifestiert sich in unterschiedlicher Berufsorientierung und Berufswahl von Frauen und Männern: Arbeitsplätze im Dienstleistungsbereich, vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in Beherbergung und Gastronomie, sind überwiegend von Frauen besetzt. Die Konzentration von Frauen in diesen Berufen bzw. Branchen verstärkt die Benachteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt durch mitunter erheblich geringere Einkommen und schlechtere Arbeitsbedingungen. Eine der größten Armutsfallen für Frauen besteht in ihrer oftmals unzureichenden Ausbildung, eine geschlechtersensible Berufsorientierung und Ausbildung von Mädchen ist daher essentiell.

Eine seit 10. April 2015 bestehende Maßnahme in Österreich ist die Plattform „meine Technik“. Dabei handelt es sich um eine Online-Plattform mit rund 250 Projekten für Mädchen und Frauen, für interessierte Pädagogen und Pädagoginnen sowie engagierte Unternehmen und Eltern.

Außerdem wird seit 2006 der „Girls’ Day“ im Bundesdienst auf Grundlage des Ministerratsbeschlusses vom März 2006 in den Bundesministerien und nachgeordneten Dienststellen angeboten. Ziel des Girls’ Days ist es, tradierte Rollenklischees bei Mädchen und jungen Frauen aufzubrechen, ihre Neugier für untypische Berufe des öffentlichen Dienstes zu wecken und sie zu motivieren, technische, na-

turwissenschaftliche und damit besonders zukunftsweisende Ausbildungen und Studiengänge zu wählen.

Querverweise

- IBOBB-Strategie des BMBF
- NAP Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt: Ausbildung und Berufswahl diversifizieren [33]

Wirkungsziel 9
Die sexuelle Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen fördern und schützen

Herausforderungen

„Sexualität ist ein zentraler Bestandteil unseres Menschseins. Ein Leben lang“ [34]. Die Entwicklung der sexuellen Gesundheit muss als eine der zentralen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter angesehen werden und kann als Zufriedenheit mit sich selbst wie auch mit der Fähigkeit, eine vertrauensvolle Beziehung einzugehen, definiert werden. Die WHO unterscheidet dabei zwei Konzepte im Bereich der Erforschung der jugendlichen Sexualität: den „sexual health“–Ansatz und den „healthy sexuality“-Ansatz. „Sexual health“ betrifft die Vermeidung negativer Konsequenzen des Geschlechtsverkehrs (z. B. übertragbare Krankheiten, unerwünschte Schwangerschaft), „healthy sexuality“ beschäftigt sich mit dem Wissen, mit Erfahrungen und Einstellungen rund um die Sexualität.

Junge Frauen von heute stehen dem Thema Sexualität viel offener gegenüber und sind besser aufgeklärt als frühere Generationen. Dennoch stellt sich die Frage, woher sie welche Informationen beziehen und ob diese Informationen fundiert sind. Daher benötigen Sie Informationen und Unterstützung von Eltern und Pädagoginnen/Pädagogen. Die Auseinandersetzung mit Sexualität ist eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz des eigenen Körpers und von großer Bedeutung für Mädchen und junge Frauen. Denn eine kind- und jugendgerechte sexuelle Bildung trägt dazu bei, dass Frauen selbstbestimmt und verantwortlich ihr eigenes sexuelles und soziales Leben gestalten können.

Repräsentative Studien zum Thema Sexualität von Jugendlichen in Österreich sind nicht vorhanden. Ergebnisse einer Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland aus dem Jahr 2010 wie auch einzelne Erhebungen aus Österreich liefern jedoch Anhaltspunkte.

Da sexuelle Aufklärung, aber auch das Empfinden und Erleben der eigenen Sexualität stark an Kommunikationsprozesse gebunden ist, ist es von Bedeutung, sich mit den wichtigsten Interaktionspartnern/-partnerinnen Jugendlicher auseinanderzusetzen. Eine wichtige Quelle für Kenntnisse über Sexualität und Verhütung ist die Schule [35]. 85 Prozent der Mädchen und 81 Prozent der Burschen geben an, ihr Wissen zu diesen Themen in der Schule vermittelt bekommen zu haben. Dieser Anteil ist noch höher bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund [36]. Ein kritischer, entspannter und Diversity-orientierter Umgang mit Themen der sexuellen Bildung, Gesundheit und sexueller Rechte findet in Österreichs Schulen bis dato nicht flächendeckend statt. Der Erlass zum Unterrichtsprinzip Sexualpädagogik wurde aktuell vom Bundesministerium für Bildung und Frauen überarbeitet [37]. Neben der schulischen Sexualerziehung und der Kommunikation über Sexualität im Freundeskreis gilt auch die Herkunftsfamilie als wichtige Instanz der Sexualaufklärung.

Bei Jugendlichen ist seit dem 20. Jahrhundert zu beobachten, dass sowohl der sexuelle Reifungsprozess als auch die ersten sexuellen Erfahrungen früher und Veränderungen in den Beziehungsmustern stattfinden: Der Beginn der Pubertät hat sich nach vorne verschoben (MA-L 2000). Das mediane Alter

der sexuellen Reife (erste Regelblutung bei Mädchen, erster Samenerguss bei Jungen) liegt bei zwölf Jahren. Nach wie vor scheinen aber Mädchen früher als Burschen ihre sexuelle Reife zu erlangen. [35]

Österreichs Jugendliche halten sich selbst grundsätzlich für aufgeklärt (85 % Mädchen, 81 % Burschen), was jedoch nicht unbedingt den tatsächlichen Wissensstand widerspiegelt. Verdeutlicht wird diese Aussage durch Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [36], wonach acht Prozent der befragten 14- bis 17-Jährigen angaben, beim „ersten Mal“ nicht verhütet zu haben. Hier lässt sich ein enger Zusammenhang mit dem Bildungshintergrund herstellen: Gymnasiastinnen verhüten beim ersten Mal doppelt so häufig wie Hauptschülerinnen. Im Vierjahresvergleich zeigt sich der positive Trend, dass der Anteil der nicht verhütenden Mädchen leicht gesunken und der Anteil von Mädchen, die Kondome und/oder die Pille verwenden, leicht gestiegen ist. Mit zunehmender Erfahrung steigt der Anwendungsgrad der Pille, während die Verwendung von Kondomen sinkt.

Bisherige Initiativen

Der Anteil an Teenager-Müttern hat sich in den letzten Jahrzehnten stark reduziert, die soziale Sorge um eine junge Mutterschaft wurde damit allerdings nicht geschmälert. Mangelhafte Aufklärung, Unwissen sowie das soziale Umfeld werden als Ursachen für Schwangerschaften bei jugendlichen Mädchen genannt. Aufgrund der Tatsache, dass Teenager-Mütter häufiger aus sozial schlechtgestellten Familien kommen, muss besonderes Augenmerk auf ihre mangelhafte Aufklärung und ihren schlechteren Zugang zu rezept- und kostenpflichtigen hormonellen Kontrazeptionsmitteln gelegt werden.

Die Gesellschaft hat die Aufgabe, Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne einer altersgerechten und kompetenten Aufklärung aller Jugendlichen zu leisten. Mädchen und junge Frauen müssen darin unterstützt werden, eigenverantwortlich und selbstbewusst über ihren Körper und ihre Sexualität zu bestimmen und sich auch ausreichend abgrenzen und schützen zu können.

Maßnahme 15
Informationsoffensive zu Fragen sexueller Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen starten sowie flächendeckend niederschwellige Beratungsstellen etablieren und Online-Portale ausbauen

Das Wissen um die eigene Körperlichkeit, die Sprachfähigkeit für die unterschiedlichsten sexuellen Themen, die Wahrnehmung vielfältiger Gefühle, Lebensformen, Identitäten und unterschiedlicher Ausdrucksformen tragen nicht nur zur eigenen Identitätsbildung und zur Stärkung des Selbstbewusstseins bei, sondern schützt Mädchen und junge Frauen auch vor unerwünschten Schwangerschaften, sexuell übertragbaren Krankheiten, sexuellen Grenzverletzungen und sexuellem Missbrauch.

Sexualpädagogische Aufklärungsangebote fördern die Gesundheit junger Frauen und Mädchen, indem sie sie dazu befähigen, eigene gesunde Entscheidungen in Bezug auf ihre Sexualität treffen zu können. Sexualpädagogik ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesamterziehung junger Menschen. Dabei darf es nicht nur um Anatomie und Gesundheit gehen. Beziehungen, Begehren, Liebe und Sexualität sind für Jugendliche neue und unbekannte Erfahrungen, die oft auch mit sehr viel Verwirrung und Unsicherheit verbunden sind. Junge Menschen haben zu diesen Themen viele offene Fragen. Allein diese Fragen zu formulieren ist eine Herausforderung, ganz zu schweigen von dem Mut, den es kostet, sie auszusprechen. Sensible Aufklärungsarbeit für sexuelle Gesundheit bedarf daher ausgebildeter sexualpädagogischer Expertinnen und Experten, einer alters- und zeitgerechten sowie zielgrup-

penspezifischen Information, Empathie und eines vertrauenswürdigen Beratungs- und Informationsrahmens.

Querverweise

- Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018:
  Ausbau von „FirstLove-Ambulanzen“ und Frauengesundheitszentren in allen Bundesländern
- Aufklärungs-DVD: Sex we can?! (www.sexwecan.at)

Maßnahme 16
Interministeriellen Dialog unter Einbeziehung wichtiger Stakeholder starten in Hinblick auf die langjährige Forderung, kostenlose Verhütungsmittel und Safer-Sex-Tools zur Verfügung zu stellen.

Je informierter Jugendliche sind, je sicherer Verhütungsmittel und niederschwelliger der Zugang zu diesen sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, ungewollte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Infektionen zu verhindern. Der Rückgang von Teenager-Schwangerschaften während der letzten Jahre spricht eine eindeutige Sprache: Die Bereitstellung von Verhütungsmitteln kann dazu beitragen, ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche zu reduzieren. Wirksame Verhütungsmittel müssen für (sozial schlecht gestellte) Jugendliche leistbar sein, denn Studien belegen, dass die Kosten das Verhütungsverhalten wesentlich beeinflusst. Dabei ist zu betonen, dass die Entscheidung über die Wahl der Verhütungsmethode von beiden Partnern getroffen werden sollte und auch die möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen der angewandten Methode immer beiden bekannt sein sollten.

Sehr kontroversiell wird in Politik und Gesellschaft diskutiert, ob kostenlose Verhütungsmittel (Kondome, Pille) und Safer Sex Tools bereitgestellt werden sollen. Zu diesem Thema soll ein interministerieller Dialog gestartet werden.

Querverweis

- In Frankreich wird seit 2013 Mädchen zwischen 15 und 18 Jahren die Pille von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt, in Deutschland zahlt die Krankenkasse die Pille bis zum 20. Lebensjahr.

Maßnahme 17
Unterstützung und Evaluation der Umsetzung des Grundsatzerlasses „Sexualpädagogik“

Der Grundsatzerlass „Sexualpädagogik“ wird kontroversiell diskutiert und von manchen kritisch betrachtet. Unterstützende Maßnahmen und die Evaluation der Umsetzung des Grundsatzerlasses „Sexualpädagogik“ sichern die Qualität der pädagogischen Arbeit.

Zeitgemäße Sexualpädagogik versteht sich heute als eine Form der schulischen Bildung, die altersadäquat in der frühen Kindheit beginnt und sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzt. Moderne Sexualpädagogik geht auf die tatsächlichen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ein und beruht auf einer ganzheitlichen Sichtweise. Dabei wird Sexualität als ein positives, dem Menschen innewohnendes Potenzial verstanden. Im Rahmen einer umfassenden Sexualpädagogik sollen Kindern und Jugendlichen Informationen und Kompetenzen vermittelt werden, um verantwortungsvoll mit sich und anderen umgehen zu können. Sexualpädagogik ist als Bildungs- und Lehraufgabe in allen Lehrplänen

als Unterrichtsprinzip bzw. als Bildungsbereich „Gesundheit und Bewegung“ und als inhaltlicher Schwerpunkt in bestimmten Pflichtgegenständen verankert. In diesem Prozess spielen Eltern neben Institutionen wie Kindergärten und Schule eine zentrale Rolle.

Querverweise

- Grundsatzerlass Sexualpädagogik 2015: BMBF-33.543/0038-I/9d/2015 [37]
- WHO-Standards für die Sexualaufklärung in Europa
- Kinderrechte zur Sexualität schließen mehrere Rechte ein, die durch die UN-Konvention über die Rechte des Kindes (KRK) garantiert werden.

Maßnahme 18
Qualitätskriterien für Institutionen im Bereich sexueller Bildung entwickeln

Qualitätssicherung ist in allen Bereichen, die die menschliche Gesundheit betreffen, unabdingbar. Für Ärzteschaft, Krankenhauspersonal, Pfleger/innen existieren daher qualitätsgesicherte Befähigungsnachweise. Für sexuelle Gesundheit, sexuelle Bildung und sexuelle Rechte gibt es derzeit keine vergleichbaren Vorgaben. Ziel der Maßnahme ist die Schaffung von qualitätsgesicherter Ausbildungsstandards für Akteur/innen im Bereich sexueller Bildung.

Maßnahme 19
Krisenintervention, Vor- und Nachbetreuung, Notschlafstelle für Mädchen und junge Frauen einrichten

Die sexuelle Gesundheit (junger) Frauen ist im Falle von Obdachlosigkeit gefährdet, wenn sie sich eher in gewaltgeprägte Beziehungen begeben oder in diesen verbleiben als Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Anspruch zu nehmen. Bis auf wenige Ausnahmen gibt es jedoch in Österreich keine mädchen- bzw. frauenspezifischen Angebote für Obdachlose. Zudem sind Frauenhäuser nicht auf die spezielle Problemlage suchtkranker (junger) Frauen oder anderer spezifischer Zielgruppen ausgerichtet.

Die bestehenden gemischtgeschlechtlichen Angebote der Wohnungslosenhilfe werden von Frauen und Mädchen meist nicht wahrgenommen. Das Gefühl von mangelndem Schutz und nicht ausreichender Sicherheit spielt dabei eine wesentliche Rolle. Mädchen und Frauen wählen daher eher den Weg in die verdeckte Obdachlosigkeit. Damit sie nicht in den damit verbundenen Abhängigkeiten verstrickt bleiben, braucht es eigene Angebote, die ihre spezifischen Probleme aufgreifen und auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind. Minderjährige Mädchen und junge Frauen, die auf der Straße leben, haben häufig zusätzliche Suchtprobleme (Überlebensstrategien) und finanzieren diese und ihr Leben über Beschaffungsprostitution. Diese jungen Frauen bewegen sich somit in der Illegalität. Stigmatisierungserfahrungen sowie mangelnde Ausstiegshilfen/Perspektiven machen den Weg zurück ins „normale“ Leben schwer. Darüber hinaus haben viele der betroffenen Mädchen und jungen Frauen bereits Abtreibungen oder Fehlgeburten hinter sich. Frühe Schwangerschaften führen aufgrund der Lebenssituation häufig zu Kindesabnahmen, was wiederum Verlust und Einsamkeit für die jungen Frauen bedeutet.

Querverweis

- Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018: Absicherung und Ausbau der notwendigen Einrichtungen (z. B. Gewaltschutzzentren, Notwohnungen sowie Frauen und Mädchenberatungsstellen)

Maßnahme 20
Schulische Unterstützungssysteme in Hinblick auf Genderkompetenz weiterentwickeln

Die Implementierung von Genderbeauftragten an den Höheren technischen Schulen, wo Mädchen in der Regel unterrepräsentiert sind, wird vorangetrieben und auf andere Schultypen ausgeweitet. Die engagierten Pädagoginnen und Pädagogen sind kompetente Vertrauenspersonen, die den Mädchen und jungen Frauen im Anlassfall für Gespräche und Hilfestellung zur Seite stehen. Dabei werden häufig auch Probleme an sie herangetragen, deren Bewältigung über ihre pädagogische Kompetenz hinaus geht. Beispielsweise sind das Themen rund um Behinderung, Migrationsgeschichte, sexuelle Orientierung, positives Selbstbild, Rollenbild und sexuelle Gesundheit. Die Genderbeauftragten benötigen daher professionelle Unterstützung durch die vorhandenen schulischen psychosozialen Beratersysteme. Die Kooperation zwischen den Genderbeauftragten und den Unterstützungssystemen kann durch gezielte Vernetzung verbessert werden.

Querverweise

- Genderbeauftragte und Gleichstellungsstrategien an technischen Schulen: http://www.htl.at/htlat/gender-diversity/downloads.html
- UN-Kinderrechte, UN-Behindertenrechtskonvention
- Unterrichtsprinzip Erziehung zur Gleichstellung von Frauen und Männern (Hg. BM:UK)
- NAP zum Schutz von Frauen vor Gewalt

4. Frauen im Erwerbsalter

a.o. Univ.Prof.in Dr.in Beate Wimmer-Puchinger

Entwicklungsdynamiken, Herausforderungen und somato-psycho-soziale Risiken

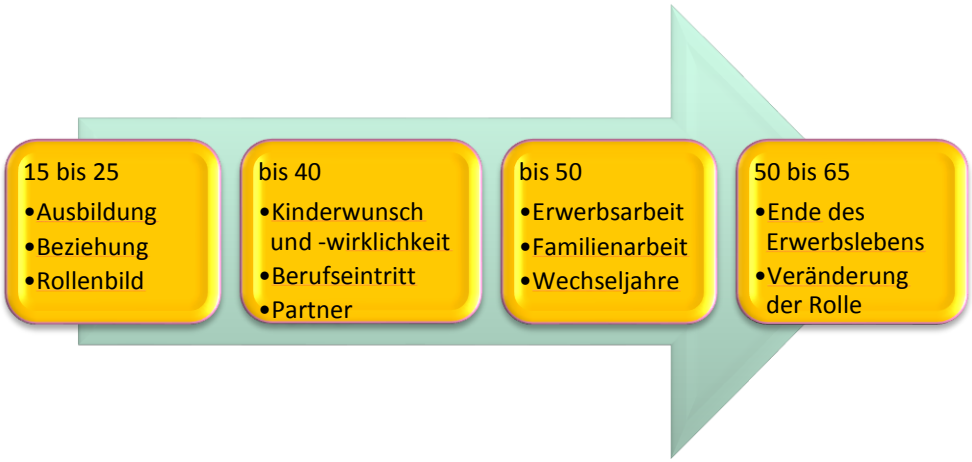
Die Lebensspanne der Erwerbstätigkeit umfasst das gesamte Erwachsenenleben einer Frau, vom Eintritt in das Erwerbsleben – je nach Bildungsstand mit 16, 18 oder 25 Jahren – bis zum Ende des erwerbsfähigen Alters um das Alter von 60 Jahren. Zentrale Weichenstellungen in diesem Lebensabschnitt sind wichtige Berufsentscheidungen, der Aufbau von Partnerschaften, die Frage nach Kindern bzw. der Realisierung eines Kinderwunsches. Damit verbunden sind soziale Fragestellungen, wie z. B. die Vereinbarkeit von Beruf und Elternschaft, welche sich nach wie vor für Frauen unmittelbarer und nachhaltiger stellen.

Eine wesentliche Frage im Zusammenhang mit familiären Aufgaben ist jene nach sozialer Sicherheit, insbesondere bei Alleinerzieherinnen sowie bei sozioökonomisch benachteiligten Frauen.

Gegen Ende dieser Lebensphase widerfährt einer Frau erneut eine neue, überwiegend negative Neuorientierung ihres Rollenbildes in der Gesellschaft. Es ist ein Faktum, dass Älterwerden generell mit weniger Respekt und Wertschätzung verbunden ist. Dies trifft insbesondere auf Frauen zu, u. a. in Hinblick auf Wiedereingliederung in das Berufsleben, wenn Kinder selbstständiger geworden sind. Frauen erleben den Glasdecken-Effekt im beruflichen Fortkommen sowie den Verlust des Attributs Attraktivität (bzw. "Jugendlichkeit"), verbunden mit Abwertung und Beziehungskrisen.

Insgesamt ist mit zunehmendem Alter ein Anstieg an psychischen und physischen chronischen Erkrankungen wie Depression, metabolisches Syndrome, Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen. Gleichzeitig sind insbesondere Frauen mit großen Belastungen – wie der Übernahme von Pflegeaufgaben von Angehörigen sowie Arbeitslosigkeit und Einkommensschere zwischen den Geschlechtern – konfrontiert.

Abbildung 4.1:
Entwicklungsaufgaben für Frauen in der Phase „Erwerbsleben"



Frauenspezifische chronische Krankheiten

In der Frauengesundheit spielen auch klassische Themengebiete der Gesundheitsversorgung und Krankheitsprävention eine Rolle: Der umfassende Komplex der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die nicht zu vernachlässigenden Tabak-assoziierten Erkrankungen wie Bronchus- und Harnblasenkarzi-

nom, andere Krebserkrankungen wie Brustkrebs, Ovarialkarzinom, Gebärmutter- und Gebärmutterhalskarzinom oder Darmkrebs betreffen Frauen massiv.

Auch seltenere Erkrankungen sind von Bedeutung, zumal sie bei Frauen eine deutlich höhere Prävalenz zeigen. Dazu gehören Autoimmunerkrankungen und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Schmerzsyndrome, altersabhängige Erkrankungen wie Osteoporose, Demenz und Gebrechlichkeit. Für viele dieser Erkrankungen gibt es Versorgungskonzepte und Präventionsansätze.

In den vorliegenden Aktionsplan wurden daher bewusst drei Themen aufgenommen und entsprechende Maßnahmen formuliert, um das präventive Potenzial dieser Erkrankungen hervorzustreichen: Das sind Adipositas und damit assoziierte weitere Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen. Ein weiterer Schwerpunkt betrifft den Schwangerschaftsdiabetes, der weitreichende gesundheitliche Konsequenzen für Mutter und Kind hat und bislang in der Versorgung noch nicht adäquat berücksichtigt wird.

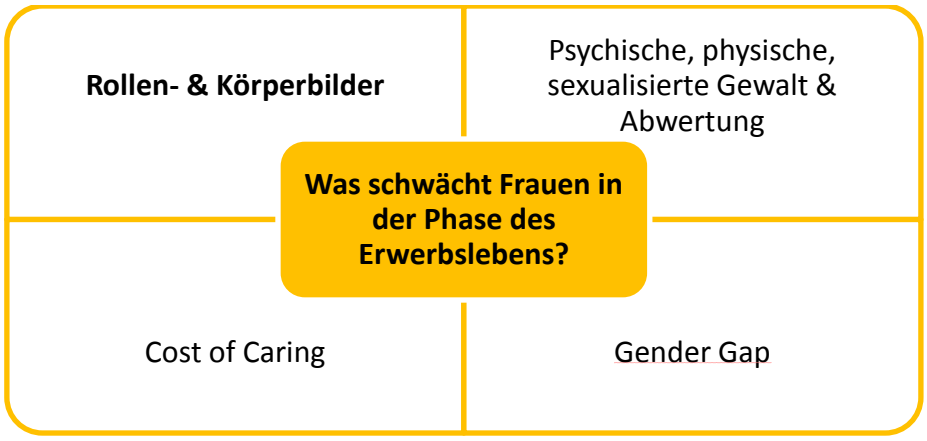
Grundlegende gesundheitsrelevante Barrieren für Frauen in der Lebensphase „Erwerbsalter“

Die Basis vieler Problemstellungen, die Frauen systematisch betreffen, ist vor ein traditionelles, klischeebehaftetes Rollenbild, welches sich zunehmend von der Realität entfernt. Das klassische Frauenbild ist nach wie vor geprägt von Konzepten wie Zurückhaltung und Passivität, Opferbereitschaft, Hilfsbereitschaft und körperlicher Attraktivität. Dieses Rollenbild schlägt sich einerseits nieder in verinnerlichten Verboten, sich durchzusetzen oder seine Meinung klarzumachen. Zum anderen schlägt es sich häufig in psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen und erhöhtem Psychopharmaka-Konsum nieder.

Zudem sind Frauen häufig Opfer von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt. Auch die ungleiche Verteilung unbezahlter und hochbelastender Familien- und Pflegearbeit resultiert aus diesem historisch-traditionellen Rollenverständnis. Nicht zuletzt ist sowohl der internationale als auch der nationale Gender Gap in Bezug auf Einkommensunterschiede und Führungspositionen Beleg sowie Effekt des besagten Rollenbildes.

Eine wichtige Ursache für die späte Entwicklung einer genderspezifischen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit liegt in dem Umstand begründet, dass bis vor 20 Jahren die Medizin in Forschung, Praxis und Lehre eine Domäne der Männer war.

Abbildung 4.2:
Zentrale Risikofaktoren für die Gesundheit von Frauen in der Phase „Erwerbsleben“



Soziökonomisch bedingte gesundheitliche Belastungen für Frauen

Ein Aktionsplan Frauengesundheit muss besonders auf Faktoren der sozialen Ungleichheit abzielen. Angesichts des Auseinanderdriftens der Einkommensschere auch innerhalb der weiblichen Bevölkerung sind Frauen an der Armutsgrenze – wie Alleinerziehende, Frauen mit geringem Bildungsniveau oder Frauen mit mangelnden Sprachkenntnissen, Langzeitarbeitslose etc. – als besonders belastete Zielgruppe zu sehen. So sind bei diesen Frauen beispielsweise das Diabetes-Risiko oder die Häufigkeit von Adipositas und psychischen Belastungen nachweislich erhöht. Der Zugang zum Gesundheitssystem und die Einhaltung einer Therapie sind in Folge der geringen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) dieser Frauen erschwert. Inwiefern zum Beispiel eine regelmäßige gynäkologische Untersuchung bei dieser Gruppe ebenfalls seltener ist, kann nur geschätzt werden. Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge werden jedoch erwiesenermaßen von diesen Zielgruppen weniger in Anspruch genommen.

Resultierende Problemfelder in der Lebensphase „Erwerbsleben“

Die Komplexität der diversen Risiken und Herausforderungen in dieser Lebensphase sowie ihre wechselseitigen Abhängigkeiten sind das noch ungelöste Problem im Spannungsfeld zwischen bezahlter und unbezahlter Arbeit. Daraus resultieren häufig gesundheitliche Folgekosten für die Frauen: Sie sind im Durchschnitt durch eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit gekennzeichnet, die mit frauenspezifischen Erkrankungen wie Essstörungen, postpartale Depression, Depressionen, Traumata einhergeht und gemeinsam mit den Folgen des gesellschaftlichen Druckes für ein perfektes Aussehen und krankmachender Schönheitsnormen zu einer Medikalisierung von Lebensphasen führen. Dies wird durch aggressiver und häufiger werdende mediale Attacken sexistischer Werbung verstärkt.

Ein weiteres herausforderndes Problemfeld bilden die Lebensstil-assoziierten Erkrankungen, die maßgeschneiderte Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte erfordern.

Ein wichtiges Thema ist der große Bereich der reproduktiven Gesundheit, der Zugang zu informierten Entscheidungen durch niederschwelliges Wissen über den Körper erfordert.

Gewalterfahrung betrifft Frauen in allen Lebensphasen, unabhängig von Alter, Bildung und sozialem Status, im Zusammenhang mit Kindern, Partnerbeziehung und Berufsrolle – aber auch Frauen im erwerbsfähigen Alter. Gewalt bricht die Persönlichkeit, das Selbstwertgefühl, das psychische Wohlbefinden und zieht oft eine lebenslange Reihe von psychosomatischen Erkrankungen mit sich.

Empowerment und Selbstbestimmung, gelebte Chancengleichheit, Verbesserung der psychischen Gesundheit von Frauen, qualitätsgesicherte Vorsorgeuntersuchungen, genderspezifische Gesundheitsförderung (in der Arbeitswelt) und nicht zuletzt gesellschaftlich besser akzeptierte Männerrollen mit Mitverantwortung bei Kinderbetreuung und Pflege sind daher zukunftsweisende Ziele, um Frauen zu unterstützen und ihre Gesundheit zu verbessern.

Wirkungsziel 10
Durch gerechte Aufteilung der bezahlten und unbezahlten Arbeit die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Frauen fördern

Herausforderungen

Unverzichtbare Haushaltsarbeiten, Kinderbetreuung und die Pflege von alten und beeinträchtigten Familienangehörigen werden hauptsächlich – wenn auch nicht ausschließlich – von Frauen geleistet.

Sie sind durchschnittlich 31 Stunden pro Woche im Haushalt und in der Kindererziehung beschäftigt, Männer hingegen nur 17 Stunden. Bei mehreren Kindern erhöht sich der familiäre Arbeitsaufwand fast ausschließlich für die Frauen. [19]

Die ungleiche Verteilung dieser Arbeiten unter den Geschlechtern hat zur Folge, dass Frauen mit den Widersprüchen zwischen der Notwendigkeit, sich am Arbeitsmarkt zu positionieren, und der Möglichkeit, einer existenzsichernden Erwerbsarbeit nachzugehen, konfrontiert sind. Abgesehen davon, dass es heute für die meisten Frauen zur Lebensplanung gehört, eine Ausbildung zu erwerben und einen Beruf auszuüben, sind es auch ökonomische Zwänge sowie das erhöhte Scheidungs- und Arbeitslosigkeitsrisiko, welche die Erwerbstätigkeit für Frauen notwendig machen. Nicht zuletzt stellt die Erwerbstätigkeit von Müttern einen wirksamen Schutz vor Armut dar.

Zwar ist die Erwerbsbeteiligung von Frauen in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen, das ist allerdings fast ausschließlich die Folge der Ausweitung von Teilzeitarbeit. Die Erwerbsbeteiligung vieler Frauen ist von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung geprägt, vor allem wenn Betreuungspflichten gegenüber Kindern bestehen. Die Teilzeitquote von Frauen mit Kindern unter 15 Jahren erhöhte sich im Zeitraum zwischen 1994 und 2014 von 39,1 auf 73,5 Prozent. Damit hat sich das Arbeitsvolumen von Frauen nicht direkt proportional zum Anstieg der Erwerbstätigen-Quote entwickelt. Einer Teilzeitbeschäftigung aufgrund familiärer Betreuungspflichten anzunehmen, basiert nicht immer auf einer freiwillig getroffenen Wahl der Frauen, sondern hat ihre Gründe oftmals im Mangel an außerfamiliären Betreuungsangeboten. [38]

Auf diese Weise haben viele Frauen nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten, erwerbstätig zu sein. Das bedeutet für Frauen oftmals, Einkommensverluste hinnehmen zu müssen, weniger prestigeträchtige Tätigkeiten zugewiesen zu bekommen, schwerer Karriere zu machen und Einbußen bei der Alterspension in Kauf zu nehmen.

Bisherige Initiativen

Die Schaffung von Kinderbetreuungsplätzen sowie angepasste Angebote ambulanter, stationärer und mobiler Pflege- und Betreuungsangebote versetzt Frauen in die Lage, eine existenzsichernde Vollzeit-Erwerbstätigkeit annehmen zu können. Darüber hinaus sind sozialarbeits- und familienpolitische Unterstützungsmaßnahmen deshalb wichtig, um gesundheitlichen Gefährdungen vorzubeugen, denn familiale Arbeit wird unter den gegebenen Rahmenbedingungen oftmals am Limit erbracht und zunehmend prekär. [39]

Die Einführung eines Papa-Monats mit finanziellem Ausgleich und Kündigungsschutz trägt dazu bei, die Rollenmuster nach der Geburt – Frau kümmert sich um das Kind, Mann um das Einkommen – aufzubrechen. Der Papa-Monat hat auch den Vorteil, dass Männer in ihrer Rolle als Väter in Betrieben wahrgenommen werden.

Internationale Beispiele zeigen, dass ein Bonus zum Kinderbetreuungsgeld bei möglichst gleicher Aufteilung der Karenzzeit zwischen den Elternteilen Wirkungen in Richtung geschlechtergerechte Aufteilung von Kinderbetreuung und Haushaltsarbeit hat.

Maßnahme 21
Arbeitsbedingungen für Frauen verbessern sowie erwerbstätige Frauen durch den Ausbau von sozialen Dienstleistungen entlasten

Frauen verbringen insgesamt mehr Zeit mit (bezahlter und unbezahlter) Arbeit, verfügen aber über weniger Geld. Die Doppel- und Mehrfachbelastung für Frauen wirkt sich nachteilig auf die Möglichkeiten zu Erwerbsarbeit und Weiterbildung, auf verfügbare Freizeit, Sozialleben und vor allem auf die Gesundheit der Frauen aus.

Für die Weiterentwicklung einer gleichberechtigten Gesellschaft gilt es, die Ungleichverteilung der Erwerbsarbeit aufzubrechen, die Bedingungen und Zugangsmöglichkeiten für Frauen am Arbeitsmarkt auf verschiedenen Ebenen gezielt zu verbessern, soziale Dienstleistungen auszubauen und Anreize zur gleichen Aufteilung von unbezahlter Betreuungs- und Hausarbeit zu setzen. Erwerbsarbeit muss Frauen und Männer unabhängig voneinander ökonomisch absichern können und in allen Berufsfeldern und Hierarchie-Ebenen geschlechtergerecht verteilt sein.

Querverweise

- Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018: Ausbau der eigenständigen Alterssicherung von Frauen
- Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018: Gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit – Gleichstellung von Frauen am Arbeitsmarkt, familienfreundliche Gesellschaft und Wirtschaft
- Gleichbehandlungsgesetze
- ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
- Barcelona-Ziele: Ausbau der Betreuungseinrichtungen für Kleinkinder in Europa

Maßnahme 22
Betriebliche Gesundheitsförderung genderspezifisch ausrichten

Die Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zählt zu den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung, dies bezieht sich insbesondere auch auf Genderaspekte. Ein gendergerechter Ansatz in Gesundheitsförderungsprojekten soll zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit im Sinne der Frauen beitragen und die Passgenauigkeit und Qualität der Umsetzung der involvierten Institutionen erhöhen. Es ist – auch in den Umsetzungsberichten – zu beobachten, dass Genderaspekte oftmals zu wenig oder nur undifferenziert berücksichtigt werden. Der spezifische Bedarf von Frauen wird zu wenig thematisiert.

Förderanträge für Projekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) werden, so wie alle beim Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) eingereichten Projekte, unter Anwendung der definierten Qualitätskriterien vom FGÖ und seinen Gremien (Gesundheitsreferenten/-referentinnen, wissenschaftlicher Beirat, Kuratorium) bewertet.

Der FGÖ wird in Zukunft bei der Begutachtung von Förderanträgen für BGF-Projekte im Hinblick auf Gender bzw. der Gendersensibilität der Chancengerechtigkeit erhöhte Aufmerksamkeit schenken. Insbesondere sollen frauenspezifische Themen verstärkt in BGF-Projekten berücksichtigt werden, frauenspezifische Zugänge sollen unterstützt werden. Dafür werden die Qualitätskriterien konkretisiert oder erläutert bzw. Hilfestellungen in Form von Checklisten dazu erarbeitet und den Akteurinnen und Akteuren im Österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) zur Verfügung gestellt.

Querverweis

- Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen

Wirkungsziel 11
Die psychische Gesundheit von Frauen stärken

Herausforderungen

In Europa leiden mehr als 27 Prozent der erwachsenen Bevölkerung mindestens einmal im Leben unter einer psychischen Störung. In einem Verhältnis von 3:1 werden psychische Störungen bei Frauen häufiger als bei Männern diagnostiziert; ein ähnliches Verhältnis gilt für Psychopharmaka-Verordnungen. Insbesondere Depressionen und/oder Angststörungen werden bei Frauen häufiger festgestellt. Essstörungen betreffen zu über 90 Prozent Frauen. Eine Unterversorgung oder mangelhafte Zugänglichkeit zu entsprechender Therapie und Behandlung bei psychischen Erkrankungen trifft somit insbesondere Frauen. Der negative Effekt wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass Frauen häufig über geringere finanzielle Mittel verfügen als Männer.

Doppelbelastungen durch Beruf und unbezahlte Pflege- bzw. Familienarbeit sind zusätzliche Risikofaktoren der psychischen Gesundheit. Die finanzielle Benachteiligung von Frauen und insbesondere von Alleinerzieherinnen sind weitere Belastungsfaktoren.

Ein überdurchschnittlich häufig Frauen betreffender Risikofaktor sind Gewalterfahrungen und deren Folgeerkrankungen. Nachweislich sind psychische Erkrankungen bei sozial belasteten Frauen besonders häufig. Bei der Gestaltung der Angebote muss also mehrsprachige Zugänglichkeit sowie anonyme Inanspruchnahme ermöglicht werden.

Psychische Gesundheit von Frauen ist in gleichem Maße wie physische Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Schließlich führen undiagnostizierte und infolgedessen unbehandelte psychische Erkrankungen zu Chronifizierung, Begleiterkrankungen, Langzeitkrankenständen und somit zu hohen gesellschaftlichen Kosten. Der Nutzen einer flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung liegt in der Verkürzung von Patientenkarrieren.

Maßnahme 23
Die Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen als fixen Bestandteil aller Gesundheits- und Sozialprogramme etablieren (Maßnahme fokussiert auf Anamnesegespräch und Vorsorgeuntersuchung)

Da Unter- bzw. Fehlversorgung durch mangelhaften Zugang zu einer entsprechenden Therapie bei psychischen Erkrankungen insbesondere Frauen treffen, sind evidenzbasierte Leitlinien und Empfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen als fixer Bestandteil in allen Gesundheits- und Sozialprogramme zu etablieren. Diese werden beispielsweise in (Gesunden-)Untersuchungen und jeglichen Anamnesegesprächen als fixer Bestandteil implementiert.

Querverweis

- Rahmen-Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern

Maßnahme 24
Psychische Gesundheitsversorgung als Sachleistung sicherstellen

Laut einer Studie des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger [40] stiegen die Krankenstände in Österreich aufgrund psychischer Diagnosen innerhalb von zwei Jahren um 22 Prozent an. Die durchschnittliche Dauer der Krankenstände aus psychischen Gründen beträgt etwa 40 Tage (im Vergleich zu somatischen Erkrankungen, die Krankenstände von durchschnittlich 11 Tagen zur Folge haben); 32 Prozent der Neuzugänge in die krankheitsbedingte Frühpension resultieren aus psychischen Gründen. Die volkswirtschaftlichen Folgekosten von psychischen Erkrankungen betragen ca. 3,3 Milliarden Euro [41].

Die psychologische/psychotherapeutische Versorgung insbesondere von Frauen ist durch große regionale Unterschiede geprägt, sowohl in der Bandbreite der angebotenen Therapieformen als auch in der Verfügbarkeit der auf Sozialversicherungskosten konsultierbaren Therapeutinnen und Therapeuten.

In manchen Gemeinden oder Bezirken werden nur wenige Therapieformen angeboten. Die von den Trägern der Sozialversicherung getroffenen Vereinslösungen führen häufig zur Situation, dass anstelle der gesetzlich vorgesehen Sachleistungsversorgung eine Therapie privat – also auf eigene Kosten – begonnen werden muss und von der Sozialversicherung nur ein Kostenzuschuss gewährt wird. Insbesondere aufgrund der strukturellen Benachteiligung von Frauen in Verbindung mit einer erhöhten Armutsgefährdung ist diese Situation untragbar.

Querverweis

- Rahmen-Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern

Maßnahme 25
Begleitende psychische Betreuung als gleichberechtigten Bestandteil der Krankenbehandlung sicherstellen

Psychische Betreuung in gesundheitlichen Krisensituationen garantiert nachweislich eine bessere Krankheitsbewältigung und somit weniger psychische und physische Folgeprobleme. Rahmenbedingungen für integrierte Versorgung für Patientinnen mit chronischen oder psychisch hoch belastenden Erkrankungen werden geschaffen. Weniger Nebenwirkungen – z.B. bei Chemotherapie – und damit auch Kosteneinsparungen sind die Folge. In Wien sind seit vielen Jahren psychoonkologisch spezialisierte Psychologen/Psychologinnen bzw. Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen in allen onkologischen Abteilungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) tätig.

Querverweis

- Rahmen-Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern

Wirkungsziel 12
Mehr gesunde Lebensjahre durch evidenzbasierte Prävention und Versorgung der häufigsten frauenspezifischen chronischen Krankheiten (NCD) erreichen

Herausforderungen

Frauen sind gekennzeichnet durch eine deutlich höhere Prävalenz der Autoimmunerkrankungen, der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, der Schmerzsyndrome oder altersabhängiger Erkrankungen wie Osteoporose, Demenz und Gebrechlichkeit. Um das Präventionspotenzial deutlich zu machen, sollten Themen wie Adipositas und damit assoziierte weitere Erkrankungen oder Schwangerschaftsdiabetes, der weitreichende gesundheitliche Konsequenzen für Mutter und Kind hat und bislang in der Versorgung noch nicht adäquat berücksichtigt wird, aufgegriffen werden.

Internationale Studien haben gezeigt, dass 7 der 15 Hauptrisikofaktoren für Krankheit und Tod in die Bereiche Ernährung und Lebensstil fallen und damit vielversprechende Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Primärprävention darstellen. Schätzungen der WHO gehen davon aus, dass chronische Erkrankungen im Jahr 2020 für mehr als drei Viertel aller Todesfälle in den Industriestaaten verantwortlich sein werden.

Als Adipositas bezeichnet man eine Krankheit, bei welcher es zu einer übermäßigen Zunahme an Körpergewicht in Form von Fett kommt. Zwar wird Adipositas als eigenständige Krankheit angesehen, sie muss aber gleichzeitig als einer der Hauptrisikofaktoren für die Entstehung von nicht übertragbaren, chronischen Erkrankungen gesehen werden: Dazu gehören das Metabolische Syndrom, kardiovaskuläre Erkrankungen, verschiedene Krebserkrankungen (z. B. Brust- und Darmkarzinome), Diabetes mellitus Typ 2, orthopädische und respiratorische Beschwerden sowie gynäkologische Probleme. Die Ernährung spielt in der Entwicklung dieser Krankheiten eine wesentliche Rolle [42]. Insgesamt erhöht Adipositas die Mortalität und verkürzt die Lebenserwartung beträchtlich.

In Österreich sind 44 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen „normalgewichtig“. 13 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer sind adipös. In absoluten Zahlen sind damit in Österreich 860.000 Menschen über 15 Jahre (460.000 Frauen und 400.000 Männer) von starkem Übergewicht betroffen (Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Statistik Austria im Auftrag des BMG). Bei den Adipositas-Raten in Österreich besteht ein Ost-West-Gefälle [Statistik Austria 2008; 43]. Unabhängig davon sind ältere Personen und sozial benachteiligte Gruppen überproportional von Übergewicht und Adipositas betroffen [31, 44]. Vor allem bei Frauen zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen Bildung, Einkommen und Körpergewicht: Frauen mit Pflichtschulbildung haben im Vergleich zu höher gebildeten Frauen ein 2,8-faches Risiko für Adipositas; Frauen, die zugewandert sind, sind altersstandardisiert häufiger adipös als Frauen ohne Migrationshintergrund (23 % vs. 11 %). Starkes Übergewicht hat aber selbst wieder negative soziale Auswirkungen: Übergewichtige Frauen sind oftmals mit Vorurteilen und Diskriminierung konfrontiert. Besonders im beruflichen Kontext werden sie bei der Arbeitsplatzsuche und der beruflichen Weiterbildung häufig ausgegrenzt.

Diabetes sowie deren Vorstufen (wie gestörte Glukose-Toleranz) erhöhen das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und auch die Sterblichkeit bei Frauen mehr als bei Männern. Eine spezielle Diabetes-Form bei Frauen ist Schwangerschaftsdiabetes, der ca. zehn Prozent aller Frauen in der Schwangerschaft und somit ca. 8.000 Frauen pro Jahr betrifft und sowohl für die Mutter als auch das Kind ein höheres Risiko für chronische Krankheiten wie Übergewicht, Diabetes oder kardiovaskuläre Erkrankungen im späteren Leben darstellt. Migrantinnen sind stärker betroffen als Österreicherinnen ohne Migrationshintergrund. Das Risiko, nach Gestationsdiabetes nach der Entbindung Typ-2-Diabetes zu entwickeln, ist 7-fach höher als bei Schwangeren, die in der Schwangerschaft keine Stoff-

wechselstörung zeigten. Somit kann die Prävention dieser Erkrankung doppelt wirksam werden – sowohl bei der Mutter (Sekundärprävention) als auch beim Kind (Primärprävention). Dazu sind sowohl eine möglichst gute Therapie der Mutter in der Schwangerschaft als auch Nachsorgeprogramme nach der Geburt notwendig. Diese Maßnahmen können, wie Diabetespräventionsstudien zeigen, bis zu 70 Prozent der Diabetes-Fälle verhindern.

Bisherige Initiativen

Um das Risiko für chronische Erkrankungen (NCD) mit multiplen Krankheitsbildern wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs etc.) sowie die damit verbundenen psychischen und sozialen Folgen zu minimieren, wird bei Gesundheitsförderung und Prävention angesetzt. Damit werden auch Folgekosten wie zum Beispiel Krankenstände und/oder Langzeitmedikationen und Therapien verringert.

Maßnahme 26
Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für Frauen mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko forcieren

Auf Basis bestehender Good-Practice-Beispiele werden niederschwellige, evidenzbasierte, gendersensitive Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für verschiedene Zielgruppen von Frauen mit erhöhtem kardio-vaskulären Risiko entwickelt. Bausteine des Programms umfassen die Aspekte gesunde Ernährung, Bewegung, psychologische Beratung sowie medizinische Begleitung. Ein wichtiger Bestandteil dabei ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen.

Die Zielgruppen für die Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme sind insbesondere Frauen mit Übergewicht (noch nicht Adipositas) und krankhaftem Übergewicht (Adipositas). bzw. Frauen nach Schwangerschaftsdiabetes. Adipositas ist mit höherem Risiko für Schwangerschaftsdiabetes, Diabetes, Herz-Kreislauf Erkrankungen aber auch verschiedenen Krebserkrankungen assoziiert. Da sowohl adipöse Frauen als auch Frauen nach Schwangerschaftsdiabetes bzw. mit Diabetes ein höheres Krebsrisiko aufweisen, werden diese Zielgruppen besonders motiviert, an den nationalen Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen.

Da Schwangerschaftsdiabetes ein höheres Risiko für Mutter und Kind birgt, von chronischen Erkrankungen wie Übergewicht, Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen betroffen zu sein, werden nach Gestationsdiabetes Maßnahmen zur Diabetes-Prävention und zur Reduzierung des kardiovaskulären Risikos gesetzt.

Querverweise

- Rahmen-Gesundheitsziele 3, 7 und 8
- Nationaler Ernährungs- und Bewegungsplan
- Mutter-Kind-Pass: Oraler Glukosetoleranztest zwischen der 24. und der 28. Schwangerschaftswoche zur Diagnose
- WHO recommendations
- Informationskampagne zum Schwangerschaftsdiabetes der Österreichischen Diabetesgesellschaft

Wirkungsziel 13
Reproduktive Gesundheit fördern

Herausforderungen

Die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die damit verbundenen Rechte betreffen Frauen in allen Lebensabschnitten. „Sexuelle und reproduktive Gesundheit“ umschreibt ein breites Themenfeld. Die Bandbreite erstreckt sich vom Recht auf sexuelle Selbstbestimmung über Familienplanung bis hin zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten. Neben medizinischen spielen auch soziokulturelle Aspekte eine wichtige Rolle.

Für Frauen bedeutet die Thematik „reproduktive Gesundheit“ in der Lebensspanne des Erwerbsalters gezwungenermaßen eine permanente Auseinandersetzung. Bei dieser Fragestellung wirken sich die traditionellen Rollenbilder und gesellschaftlichen Erwartungen an Frauen nach wie vor massiv aus. Grundsätzlich sind bei guten Bedingungen mit der Reproduktion Glückserlebnisse und Erfüllung verbunden. Andererseits kann es aber bei belastenden Bedingungen zu Krisen und Traumata kommen, z. B. kann eine Schwangerschaft und Geburt auch psychische und physische Erkrankungen mit sich bringen (Schwangerschaftsdiabetes, Eklampsie bis zum Trauma einer Todgeburt etc.).

Ein wichtiges Thema im Zusammenhang mit selbstbestimmter Sexualität ist eine sichere Verhütung. Obwohl für 70 Prozent der Österreicherinnen die Wirksamkeit das wichtigste Kriterium bei der Auswahl der Verhütungsmethode ist, werden häufig mittel bis wenig wirksame Methoden angewendet (Kondom 58 %, Coitus interruptus 11 %, Tage zählen 9 %, Selbstbeobachtung 8 %). Das Wissen der Österreicherinnen über Details der verschiedenen Verhütungsmethoden ist gering. Auch sind Frauen mit geringen finanziellen Möglichkeiten bezüglich sicherer Verhütung (wie z. B. Hormonspirale) eingeschränkt.

Bisherige Initiativen

75 Prozent der für den Frauenbarometer befragten Frauen vertreten die Meinung, dass in jedem Bundesland die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches in öffentlichen Krankenanstalten geben sein sollte [45]. https://www.bmbf.gv.at/ministerium/vp/2014/20141031_pu2.pdf?4lwmlu

Gesetzliche Rahmenbedingungen, das Bundesgesetz für Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG, § 6 Absatz 3), sichern die Maßnahme des Schwangerschaftsabbruches in öffentlichen Spitälern. Dennoch wird sie nur in wenigen öffentlichen Krankenanstalten in Österreich realisiert. Das bedeutet für Frauen in einer ohnedies schwierigen Lebenslage, oft weite Anfahrtsdistanzen auf sich nehmen zu müssen.

Die Kaiserschnittrate ist in den letzten 15 Jahren in Österreich auf über 30 Prozent angestiegen. Die Kaiserschnittrate ist durch multifaktorielle Risiken [46], z. B. Status post Sectio, relative Indikation, ungünstige Kindeslage, Komplikationen während der Schwangerschaft, Empfehlung von Ärztin/Arzt, massive Geburtsangst etc. bedingt. Unterschiedliche Studien zeigen, dass einem expliziten Kaiserschnittwunsch der Mutter meist entweder traumatisch erlebte Vorerfahrungen, massive Geburtsangst oder unbegründete Sorge um die Gesundheit des Kinder zugrunde liegen [Ri-hua Xie et al. 2011; 47, 48-52]. Faktum ist, dass Frauen dann, wenn keine medizinischen Risiken vorliegen, meist eine vaginale Entbindung präferieren.
Die Ergebnisse einer Studie des Wiener Programms für Frauengesundheit gemeinsam mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund (www.frauengesundheitwien.at.) weisen eine geringe Wunschsektio-Rate von 1,5 Prozent nach. Eine vergleichbare Studie in Deutschland ergab 2 Prozent [46].

Sexuelle und reproduktive Gesundheit hängt eng mit der Verwirklichung und Achtung von Menschenrechten zusammen, denn sie beinhaltet beispielsweise das Recht auf Anerkennung von Integrität und körperlicher Unversehrtheit wie auch das Recht auf Informationen über und Zugang zu sicheren, effektiven, erschwinglichen und akzeptablen Verhütungsmethoden. Die WHO spricht in diesem Zusammenhang von der Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt.

Maßnahme 27
Frauen in selbstbestimmter Sexualität unterstützen (z. B. niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln) sowie die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch in allen Bundesländern sichern

Laut dem österreichischen Verhütungsreport [53] gibt es ein Verbesserungspotenzial im Wissen der Österreicher/innen über Verhütungsmethoden und deren Sicherheit.

Niederschwellige Angebote zur Aufklärung und Beratung können insbesondere sozioökonimisch benachteiligten Frauen im reproduktiven Alter helfen ihr Wissen bezüglich wirksamer Verhütungsmittel zu verbessern.

Gleicher Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens setzt voraus, dass in jedem Bundesland in allen öffentlichen Schwerpunktkrankenhäusern die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs gegeben ist. Die Entscheidungsfreiheit der Frauen, ein gesetzlich verbrieftes Recht in Anspruch zu nehmen, muss unabhängig vom Wohnort gewährleistet sein. Die Entscheidungsfreiheit der einzelnen Ärztin / des einzelnen Arztes, den Eingriff durchzuführen, bleibt davon unberührt. Diese Überlegungen sollen in die Versorgungsziele der Gesundheits- und Spitalsreform einfließen.

Querverweise

- http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/policy
- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)

Maßnahme 28
Ganzheitliche Betreuung in Schwangerschaft und Geburtshilfe etablieren

15 bis 20 Prozent der Frauen erleben pre- oder postnatal psychische Belastungen oder Störungen. Ursachen können psychosoziale Vorbelastungen, finanzielle, partnerschaftliche oder seelische Krisen, fehlende Unterstützung, soziale Isolation oder glücklose Schwangerschaften sein. Auch Gewalterfahrungen, traumatische Geburtserlebnisse oder vorausgehende psychische Erkrankungen können in eine postpartale Depression (PPD) münden. Frühere psychische Krisen wie Depressionen, postpartale Depressionen bei einer vorangegangenen Schwangerschaft, Angst- oder Zwangserkrankungen, Essstörungen etc. sind als Risikofaktoren in Betracht zu ziehen.

Die Folgen von pre- oder postnatalen psychischen Belastungen sind schlechtere Startbedingungen für Mutter und Kind. Kinder, deren Mütter nach der Geburt eine psychische Krise durchleben, haben bei fehlender Unterstützung der Mutter schlechtere Entwicklungschancen.

Verstärke Sensibilisierung geburtshilflicher Teams als auch die niedergelassenen Gynäkologinnen/Gynäkologen, Pädiater/innen, Psychiater/innen und Hebammen für psychische Erkrankungen wird angestrebt.

Durch gezielte Anamnese bzw. mit Hilfe von Screening-Instrumenten wie dem EPDS (Edinburgh Postpartal Depression Scale) können Risikofaktoren in der Schwangerschaft frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen gesetzt werden. Mehrsprachige Informationsbroschüren in einfacher Sprache tragen dazu bei, den Wissenstand der werdenden Eltern zu unterstützen.

Querverweise

- Rahmen-Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern
- Leitlinien für psychosoziale Schwangerenbetreuung (Wiener Programm für Frauengesundheit) http://www.frauengesundheit-wien.at/downloads/broschueren/2008_03_PPD-Guidelines-web.pdf
- Frühe Hilfen, BMGF http://www.fruehehilfen.at/
- Broschüre: "... eigentlich sollte ich glücklich sein ..." - Psychische und soziale Belastungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. (BMGF) http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Psychische_Gesundheit/_eigentlich_sollte_ich_gluecklich_sein_Psychische_und_soziale_Belastungen_in_der_Schwangerschaft_und_nach_der_Geburt

Maßnahme 29
Leitlinien zum Kaiserschnitt nach internationalen Vorbildern implementieren

Guidelines nach internationalen Vorbildern von Fachgesellschaften zu Problemstellungen in Zusammenhang mit Kaiserschnitt – wie Status Post Sectio, Kaiserschnittwunsch ohne medizinische Indikation, starke Geburtsangst, traumatisch erlebte Geburt – werden zur Senkung der Kaiserschnittrate entwickelt und implementiert. Darüber hinaus werden niederschwellige Informationsmaterialien zu Geburtsmethoden für werdende Eltern erstellt. Zielgruppe dieser Maßnahme sind sowohl Ärzte/Ärztinnen und geburtshilfliche Teams inklusive Neonatologie und Hebammen als auch schwangere Frauen.

Kaiserschnitt-Entbindungen führen zu einem verminderten Stillerfolg sowie zu einer höheren Belastung der Mutter durch ein weniger befriedigendes Geburtserlebnis. Insbesondere die möglichen Folgen eines Kaiserschnittes für weitere Geburten sind den Frauen oft nicht bewusst. Werdende Eltern müssen umfassend über die unterschiedlichen Geburtsmodalitäten und ihre potentiellen Folgen aufgeklärt werden, um die Basis für eine informierte Entscheidung sicherzustellen.

Querverweise

- Kinder- & Jugendgesundheitsstrategie, BMGF http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/6/1/CH1351/CMS1344847459935/kindergesundheitsstrategie_2011.pdf
- Empfehlung des obersten Sanitätsrats zum Kaiserschnitt: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/0/2/CH1434/CMS1389862701035/1_2014_newsletter_kinder_und_jugendgesundheit.pdf
- NICE-Guidelines zum Kaiserschnitt (Großbritannien): https://www.nice.org.uk/guidance/cg132
- Faktencheck Kaiserschnitt (Deutschland): https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/
- Empfehlungen der ACOG (2014) zur Prävention der primären Sectio (USA): http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery
- Broschüre: Ein guter Start ins Leben. Kurze Informationen zur Geburt (Wiener Programm für Frauengesundheit)

Maßnahme 30
Psychische Betreuung bei Entscheidungsfindung nach Pränatal-Diagnostik sowie im Prozess der assistierten reproduktions-medizinischen Behandlung forcieren

Zielgruppen dieser Maßnahmen sind pränatal-diagnostische Zentren, Fertilitätszentren („Kinder-wunschzentren"), Gynäkologinnen/Gynäkologen, Hebammen, Frauen (Patientinnen) und deren Part-ner/innen. Die physischen, psychischen oder sozialen Auswirkungen nach einem verunsichernden Untersuchungsergebnis können durch eine integrierte psychische Betreuung unter Einbeziehung der Partnerin / des Partners sowie bei Bedarf einer Dolmetscherin abgeschwächt werden. Weiters sind positive Auswirkungen einer integrierten psychischen Betreuung während des gesamten Prozesses der assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung durch Psychotherapeutinnen/-therapeuten oder Psychologinnen/Psychologen zu erwarten.

Eine systematische Datenerhebung bezüglich der maternalen körperlichen und psychischen Gesund-heit sowie der kindlichen gesundheitlichen Entwicklung kann nach assistierter Reproduktion wertvol-le Daten liefern.

Querverweise

- Fortpflanzungsmedizingesetz – FMedG, BGBL Nr. 275/1992 i.d.g.F
- Gentechnikgesetz –GTG, BGBL Nr. 510/1994 i.d.g.F

5. Ältere Frauen

Prof.in Prim.a Dr.in Katharina Pils

Lebensentwürfe von Frauen im Alter sind genauso vielfältig wie jene in anderen Lebensphasen. Der Aktionsplan Frauengesundheit trägt dazu bei, Alter(n) als Chance für eine Gesellschaft zu sehen und den Frauen jeweils entsprechend ihren Bedürfnissen und Ressourcen adäquat zu begegnen.

Altern ist ein kontinuierlicher Prozess, der auf physiologische Weise mit körperlichen, geistigen und sozialen Veränderungen einhergeht. In der dritten Lebensphase sind Frauen nicht mehr beruflich aktiv, nehmen aber Aufgaben in der Gesellschaft wahr. So sind Frauen der dritten Lebensphase wesentliche Unterstützerinnen einer Solidargesellschaft und bringen sich in unterschiedlichen Ebenen ein.

Auch wenn Hochaltrigkeit nicht zwangsläufig mit Pflegebedarf einhergeht, so nimmt das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der vierten Lebensphase zu und damit die Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen. Frauen werden in wechselndem Ausmaß zu Empfängerinnen von pflegerischen Leistungen der Familie oder der öffentlichen Hand.

Zwar ist die Gruppe der „älteren Frauen“ hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes sehr heterogen, statistisch gesehen zeigt sich jedoch aufgrund der längeren Lebenserwartung, dass Frauen durchschnittlich mehr Jahre mit chronischen Krankheiten und funktionalen Beeinträchtigungen verbringen als Männer.

In der österreichischen interdisziplinären Hochaltrigenstudie von 2015 wird aufgezeigt, dass zwar beide Geschlechter gleichermaßen von chronischen Erkrankungen betroffen sind, Frauen jedoch oftmals mehrere chronische Erkrankungen gleichzeitig aufweisen. Frauen leiden öfter als Männer dieser Altersgruppe an Bluthochdruck, Osteoporose, Rheuma bzw. Gicht, Harninkontinenz, akuten und chronischen Schmerzzuständen, weisen höhere Medikationsraten auf und sind ebenso von einem höheren Ausmaß an funktionellen Beeinträchtigungen betroffen [54].

Das psychische Befinden hochaltriger Frauen kann insgesamt weitgehend als gut bewertet werden kann, jedoch sind auch in dieser Altersgruppe Geschlechtsunterschiede feststellbar: So geben Frauen häufiger an, von depressiver Verstimmungen und Traurigkeit betroffen zu sein oder unter Depressionen zu leiden [54]. Frauen sind trotz stärkerer gesundheitlicher Einschränkungen etwas häufiger frei von kognitiven Einschränkungen; wenn Auffälligkeiten im Rahmen von kognitiven Tests feststellbar sind, so zeigen sich bei Frauen tendenziell stärkere Ausprägungen als bei Männern [54]. Nicht immer ist der Zugang für ältere und hochaltrige Frauen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie eine qualitätsvolle Gesundheitsversorgung in adäquater Form gegeben. Dies gilt insbesondere Frauen mit geringem Einkommen und sozialer Desintegration.

Dass Frauen länger leben als Männer, bedingt, dass der größere Anteil alleinlebender Hochaltriger Frauen sind. Damit sind Frauen stärker gefährdet, ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu verlieren, und sind häufiger als Männer auf ambulante und stationäre Hilfe angewiesen. Bewohnerinnen von Pflegheimen sind in besonderem Ausmaß von funktionellen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie von einer „pflegeheimspezifischen Isolierung“ betroffen. Damit sind auch Einsamkeit und Depression wichtige Themen im Pflegeheim [54].

Ob und in welchem Ausmaß Frauen ihre Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit bis ins hohe Alter erhalten können, ist nicht zuletzt auch eine sozioökonomische Frage. Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit sowie die negative Auswirkung sozialer Benachteiligung auf die Lebenserwartung. Die soziale Lage älterer Frauen wird in einem starken Ausmaß von den gesellschaftlichen Bedingungen, den Lebensläufen und Geschlechterrollen früherer Jahre mitbestimmt.

Was den von älteren Frauen geleisteten Beitrag zur gesellschaftlichen Gestaltung sowie ihre auch volkswirtschaftlich relevante Leistungen betrifft, so werden diese bislang wenig sichtbar gemacht und sind auch gegenüber jenen der Männer oft geringer bewertet [55].

Das von älteren Frauen geleistete gesellschaftliche Engagement deutlicher sichtbar zu machen und diesem auch eine höhere Wertschätzung entgegenzubringen, ist demnach eine noch zu realisierende gesellschaftspolitische Aufgabe. Dies gilt nicht zuletzt deshalb, weil Anerkennung und Wertschätzung wesentliche Aspekte von Gesundheitsförderung sind.

Ebenso mit Gesundheit und Wohlbefinden verbunden ist soziale Partizipation. Alleinstehende ältere Frauen mit niedrigem Einkommen, Frauen mit eingeschränkter Mobilität und jene, die in Pflegeheimen leben, sind in Bezug darauf deutlich benachteiligt.

Was die Darstellung älterer Frauen in den Medien betrifft, so sind sie, gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil, entschieden unterrepräsentiert. Das gilt sowohl für Informations- als auch für Unterhaltungsmedien. In einer Mediengesellschaft, wie sie sich heute darstellt, bedeutet dies, dass ältere Frauen sozial auch wenig Relevanz haben bzw. für weniger relevant gehalten werden – eben weil sie in den Medien kaum vorkommen. Neben der Unterrepräsentanz erzeugt paradoxerweise eine Dramatisierung zusätzlich eine Schieflage: Ältere Frauen werden größtenteils als Problem thematisiert. Besonders Informations- und Nachrichtenmedien tragen stark zu einer negativen Stimmung bei.

Ein zentrales Ziel dieses Aktionsplans ist, stereotypen Rollenbildern entgegenzuwirken, die soziale Teilhabe älterer Frauen zu fördern und ihnen Selbständigkeit bis ins hohe Alter zu ermöglichen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass gesundheitliche Aspekte oder Befindlichkeiten älterer Frauen nicht isoliert betrachtet werden können, sondern differenzierte Zugänge und Gesundheitsangebote notwendig sind, um den heterogenen Bedarfslagen und Bedürfnissen älterer Frauen gerecht zu werden. Alter hat viele Definitionen – kalendarisch gesehen definiert die WHO „älter“ zwischen 60 und 75 Jahren, „alt“ zwischen 76 und 90 Jahren und die Gruppe der über 90-Jährigen als „hochbetagt“. Das kalendarische Alter gibt allerdings keinen Hinweis auf das biologische oder soziale Alter. Trotz körperlicher Veränderungen und altersspezifischer Erkrankungen steht der Erhalt alltagsrelevanter Fähigkeiten im Vordergrund. Daher müssen sich altersbegleitende Programme für Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische sowie pflegerische Konzepte nicht nur an Organ-Diagnosen orientieren, sondern auch geistige und körperliche Ressourcen der älteren Frauen stärken.

Wirkungsziel 14
Bis ins hohe Alter gendergerechte, individualisierte medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung unabhängig vom Setting sicherstellen

Herausforderungen

Krankheiten zeigen ihre Symptome im höheren Lebensalter weniger deutlich. Durch das Zusammenspiel mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität) und der daraus folgenden Mehrfach-Medikamentierung (Polypharmazie) wird das Erscheinungsbild von Symptomen unklarer. Ein adäquater Zugang zu diagnostischen und therapeutischen Leistungen muss sinnvollerweise bis zum Lebensende gewährleistet werden. Der Zugang von Frauen – insbesondere im höhen Lebensalter – zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist jedoch nicht immer gewährleistet. Mit zunehmendem Alter, geringerem Einkommen und sozialer Desintegration nimmt die Qualität der medizinischen Versorgung ab.

In der medizinischen Literatur gibt es vor allem zu jenen Themen, die für die Pharmaindustrie interessant sind, Evidenz für therapeutische Maßnahmen. Für jene, die aktuell kein Geschäftsfeld darstellen, stehen weniger Ressourcen zur Verfügung. Der Zusammenhang zwischen medizischen und sozialen Leistungen wird aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsstränge zu wenig dargestellt.

Um zukünftig Frauen in der dritten und vierten Lebensphase einen gerechten Zugang zum Gesundheitssystem in allen Facetten zu gewährleisten, müssen themenübergreifende, interdisziplinäre Forschungsprojekte etabliert werden.

Eine flächendeckende strukturierte und kontinuierliche Vernetzung von Forschung und Praxis ist Voraussetzung, um einerseits praxisrelevante Forschungsfragen generieren zu können und andererseits die Forschungsergebnisse in den medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungsangeboten umzusetzen. Auch in diesem Zusammenhang ist es notwendig, die Geschlechtersensibilität von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen zu stärken.

Um die Selbstständigkeit, Selbsthilfefähigkeit und Selbstverantwortung älterer Frauen zu unterstützen, sind aber auch Maßnahmen gefragt, die sich direkt an ältere Frauen richten und ihr Wissen bezüglich diagnostischer, therapeutischer Möglichkeiten und unterstützender Angebote erweitert und sie in ihrer eigenen Gesundheitskompetenz stärken.

Maßnahme 31
Interdisziplinäre, industrieunabhängige Forschung zu frauenspezifischen Gesundheitsfragen der dritten und vierten Lebensphase verstärken

Um zu ermöglichen, dass sich gendergerechte und evidenzbasierte Behandlungspfade bei allen Gesundheitsanbietern etablieren, ist eine Pharmaindustrie-unabhängige Förderung von interdisziplinären Forschungsprojekten aufzubauen. Die Forschungsprojekte sollen sich vor allem relevanten Gesundheitsfragen von Frauen in der dritten und vierten Lebensphase widmen und dabei die salutogenetische Perspektive verstärkt berücksichtigen. Ebenso sind dabei Chancen, Barrieren und Umweltfaktoren im Zusammenhang mit Ambient Assisted Living zu berücksichtigen.

Durch eine stärkere Präsenz und Öffentlichkeitsarbeit sowie durch die Veröffentlichung aktueller Forschungsergebnisse können Genderaspekte in der Versorgungslandschaft für ältere Frauen besser dargestellt werden. Das bildet die Basis dafür, dass neue Forschungsimpulse gesetzt werden und eine gendergerechte Gesundheitsversorgung bis ins hohe Alter gewährleistet werden kann.

Querverweise

- Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
- Rahmen-Gesundheitsziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Maßnahme 32
Regionale Plattformen der Frauengesundheit etablieren

Ziel dieser Plattform ist es, die Erkenntnisse aus der interdisziplinären Forschung in der psychosozialen, medizinischen und pflegerischen Versorgung zur Umsetzung zu bringen.

Durch diese Maßnahme wird der Theorie- Praxis-Transfer unterstützt sowie die Kommunikation mit den Seniorenvertretern/-vertreterinnen und Repräsentanten/Repräsentantinnen der Gesundheitsberufe und Forschungsdisziplinen verbessert. Darüber hinaus bietet die Plattform die Möglichkeit, praxisrelevante Forschungsfragen zu generieren sowie Erfahrungen über erfolgreiche Umsetzungsmodelle auszutauschen. Damit wird das Voneinander-Lernen gefördert, Redundanzen und Fehlentwicklungen können vermieden werden. Nicht zuletzt wird durch die öffentliche Diskussion von genderrelevanten Gesundheitsfragen und Problemen mit Expertinnen/Experten das selbstbewusste Handeln älterer Frauen gefördert (health literacy).

Die Zielgruppe dieser Maßnahme sind Gesundheitsberufe und Vertreter/innen von Institutionen und Forschungseinrichtungen, die sich mit Gesundheitsfragen von älteren Frauen beschäftigen und/oder deren Interessen vertreten.

Querverweise

- Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung: „Den Dialog zwischen Wissenschaft und Gesellschaft fördern“
- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Maßnahme 33
Gesundes und aktives Leben für Frauen mit chronischen Erkrankungen fördern

Mit steigender Lebenserwartung nimmt die Zahl chronischer Erkrankungen, verordneter Medikamente und funktioneller Einschränkungen zu. Zwar sind beide Geschlechter gleichermaßen von chronischen Erkrankungen im Alter betroffen, Frauen haben jedoch oftmals mehrere chronische Erkrankungen gleichzeitig. Dies fordert betroffenen Frauen eine Reihe gesundheitlicher Entscheidungen und Bewältigungsfähigkeiten im Alltag ab. Häufig haben Frauen nicht den Mut, eigene Entscheidungen zu treffen.

Deshalb werden Angebote für ältere Frauen zur Vermittlung von Wissen über chronische Erkrankungen und frauenspezifische funktionelle Beeinträchtigungen forciert. Besonderer Fokus soll dabei auf gesundheitliche Aspekte gelegt werden, von denen ältere Frauen besonders betroffen sind, beispielsweise Harninkontinzenz, Schmerzzustände, psychische Beeinträchtigungen, Bluthochdruck, Osteoporose.

Damit wird die Kompetenz älterer Frauen im Umgang mit dem eigenen Körper sowie ihr Wissen über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten gefördert. Die Maßnahmen zielen ebenso darauf ab, die älteren Frauen in ihrem Selbstvertrauen zu unterstützten, wie darauf, selbstbestimmte und informierte Entscheidungen zu treffen sowie kompetent und mit größtmöglichem Nutzen mit Vertreterinnen/Vertretern der Gesundheitsberufe zu kommunizieren.

Querverweise

- Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Maßnahme 34
Geschlechtersensibilität von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Gesundheits- und Sozialberufen fördern

Eine stabile personale Identität sowie ein positives Selbstbild stehen in einem engen Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden. Dazu gehört auch die Identität als Mann oder Frau. Respekt vor der Vielschichtigkeit von „Gender Biografien", gerade im Umgang mit Menschen mit Demenz, die ja immer wieder zurück in frühere Lebensphasen wandern, ist daher gefragt. Gerade in so nahen Beziehungen wie Pflegebeziehungen mit alten Frauen und Männern fließen eigene Geschlechter-Stereotype oftmals in professionelle Betreuungssituationen ein, womit die Handlungschancen der unmittelbar betroffenen Pflegebedürftigen eingeschränkt werden.

Zielgruppe dieser Maßnahme sind Leitungspersonen und Mitarbeiter/innen von Sozial- und Gesundheitsorganisationen, die ältere Menschen betreuen.

Querverweis

- Broschüre (BMGF): Geschlechtersensibel werden. Nachdenken über Gender im Umgang mit Menschen mit Demenz. Eine Handreichung für Gesundheits- und Sozialberufe

Wirkungsziel 15
Rahmenbedingungen schaffen, die es den derzeit hauptsächlich weiblichen Pflege- und Betreuungspersonen ermöglichen, die eigene Gesundheit, Selbstbestimmung und Würde zu erhalten

Frauen übernehmen nicht nur den Hauptanteil an Haushaltsführung und Kindererziehung, sie erbringen auch den überwiegenden Anteil an Betreuungsarbeit für ihre pflegebedürftigen Angehörigen. In Österreich werden 76,55 Prozent aller Pflegegeldbezieher/innen – unabhängig von der Pflegegeldstufe – zuhause betreut, 78 Prozent der betreuenden Angehörigen sind weiblich [56]. Diese zumeist von Frauen erbrachte Betreuung ist „zugleich unsichtbar und unverzichtbar" [57]. Nicht nur (weibliche) Erwachsene leisten regelmäßige Pflege für Familienmitglieder, sondern auch viele Kinder und Jugendliche. Eine Studie aus Österreich errechnet, dass 3,5 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 14 Jahren Pflegeleistungen für Angehörige erbringen [58]. Eine am Institut für Altersökonomie durchgeführte Studie zeigt auf, dass betreuende Angehörige Leistungen im Wert von zwei bis drei Milliarden Euro pro Jahr erbringen [59].

Angehörigenpflege ist somit ein altersübergreifendes Thema; pflegende Angehörige jeden Alters müssen auf entsprechende Unterstützungsangebote zugreifen können, um körperlichen und psychischen Belastungen entgegenzuwirken zu können.

Da sich die Altersgruppe der Frauen, die in die Angehörigenpflege von über 60-Jährigen involviert sind, hauptsächlich auf jene zwischen 55 (dieses Alter entspricht dem 25%- Perzentil) und 72 Jahren (75%-Perzentil) konzentriert [59], werden an dieser Stelle Maßnahmen vorgeschlagen, die sich auf diese Zielgruppe konzentrieren. Dies nicht zuletzt deshalb, weil Frauen, die im privaten Bereich pflegen, ein höheres Risiko haben, selbst pflegebedürftig zu werden. Diesem Umstand muss durch rechtzeitige Unterstützung entgegengewirkt werden.

Die Belastungen, die sich für die pflegenden Frauen im häuslichen Umfeld ergeben, sind vielfältig: Bei den körperlichen Belastungen stehen Kreuzschmerzen an erster Stelle, gefolgt von Schmerzen im

Schulter- und Nackenbereich sowie in den Gelenken. Das Erleben von körperlichen Belastungen ist umso stärker, je höher die Pflegegeldstufe der/des zu pflegenden Angehörigen ist.

Als psychische Belastungen werden die hohe Verantwortung und die wahrgenommene Aussichtslosigkeit, Überforderung, Isolation sowie familiäre Probleme angegeben. Auch in diesem Bereich wurde eine wachsende Belastung mit ansteigender Pflegestufe festgestellt [56].

In Zusammenhang mit der Pflege von demenzerkrankten Angehörigen zeigt sich, dass Stress und Angstempfinden besondere Herausforderungen für betreuende Angehörige im häuslichen Kontext darstellen. Darüber hinaus besteht unter den hohen Belastungen durch die Pflegetätigkeit das Risiko, an einer Depression zu erkranken. Frauen mit niedrigem Bildungsniveau sind besonders davon betroffen. [60]

Gleichzeitig gilt es zu betonen, dass Angehörige die Betreuungstätigkeit nicht ausschließlich negativ erleben. Die überwiegende Mehrheit, nämlich 82 Prozent aller betreuenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, zieht Freude aus dieser Tätigkeit, besonders dann, wenn die Betreuung als gemeinsames Handeln erlebt wird. Das positive Erleben ist auch mit einer geringeren Belastungserfahrung verbunden. [61]

Die wahrgenommene Belastung hängt unter anderem von der Anerkennung ab, die Angehörige für ihre Betreuungsarbeit erfahren, sowie von den Unterstützungsleistungen, die sie in Anspruch nehmen. Zwischen der Inanspruchnahme von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten und dem sozioökonomischen Status der betreuenden Angehörigen besteht ein signifikanter Zusammenhang: Personen, die über ein eigenes Einkommen verfügen, nehmen häufiger Unterstützungsangebote in Anspruch, ebenso Angehörige, die vollzeitbeschäftigt sind und über einen höheren formalen Bildungsabschluss verfügen. [61]

Was die Belastungssituation von Frauen betrifft, die noch berufstätig sind, so zeigt eine in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland durchgeführte Studie [62], dass die größten Hindernisse für die Weiterführung der Erwerbstätigkeit während der Betreuung Zeitmangel und Belastungen durch die Betreuungssituation darstellen. Die prekäre Situation pflegender Angehöriger spiegelt sich auch in ihrer Einkommenssituation wider: 47 Prozent verfügen entweder über kein eigenes Einkommen oder über ein Einkommen von maximal 700 Euro monatlich [59]. Jene Personen, die versuchen, trotz der Übernahme von familiären Pflegeaufgaben die Berufstätigkeit aufrechtzuerhalten, sind häufig von Überlastungen betroffen: In der oben genannten Studie gaben 26 Prozent der Befragten an, sich durch Berufstätigkeit und Pflegearbeit zeitlich überlastet zu fühlen, 21,6 Prozent fühlen sich körperlich und 9,5 Prozent finanziell überlastet [62]. Diese Umstände tangieren nicht nur die Gesundheit betroffener Frauen in der aktuellen Pflegesituation, sondern bringen auch finanzielle Benachteiligungen im Pensionsalter und das Risiko der Altersarmut sowie negative gesundheitliche Auswirkungen mit sich.

Die Öffentlichkeit nimmt die Rolle der pflegenden Angehörigen zu wenig differenziert wahr und anerkennt ihre auch volkswirtschaftlich relevanten Leistungen im Rahmen der Angehörigenpflege nicht in gebührendem Ausmaß. In Zukunft sollen den pflegenden Frauen zeitgerecht professionelle Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen, ohne das Stigma des Versagens zu vermitteln. Ebenso sollen Frauen stärker unterstützt werden in der Wahlfreiheit, ob sie die Angehörigenpflege übernehmen oder professionelle Dienstleistungen in Anspruch nehmen möchten. Dazu ist es notwendig, ihre Rechte und die verfügbaren Unterstützungsangebote transparent darzustellen.

Bisherige Initiativen

In den letzten Jahren wurde bereits damit begonnen, Informations- und Beratungsangebote für pflegende Angehörige auszubauen. Das 2011 in Kraft getretene Pflegefondsgesetz soll unter anderem zur Sicherung des bestehenden Angebots sowie zur Förderung des bedarfsgerechten Aus- und Aufbaues

des Angebots an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in der Langzeitpflege der Länder und Gemeinden beitragen. Ebenso wird damit die Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgung pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen mit bedürfnisorientierten und leistbaren Betreuungs- und Pflegedienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege intendiert.

Beispielhaft für das Engagement der Zivilbevölkerung sei an dieser Stelle auch die seit längerem bestehende Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger genannt, die sich unter anderem für die Verbesserung der Lebenssituation pflegender Angehöriger, für die öffentliche Bewusstseinsbildung betreffend die gesellschaftliche Relevanz und die Belastungen und Herausforderungen in der Pflege von Angehörigen sowie für eine höhere Wertschätzung und Anerkennung der Pflege- und Betreuungsleistungen von Angehörigen einsetzt.

Maßnahme 35
Aufsuchende Entlastungsgespräche sowie Bestärkungsangebote für pflegende Angehörige im häuslichen Setting flächendeckend etablieren

Um die Gesundheit der pflegenden An- und Zugehörigen zu stützen, wird das Angebot kostenloser aufsuchender Entlastungsgespräche für pflegende Angehörige im häuslichen Setting flächendeckend etabliert.

Oftmals verfügen Angehörige nicht ausreichend über Wissen und Kompetenz im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, wodurch Sicherheitsaspekte und individuelle Entlastungsstrategien zu kurz kommen. Mit dem flächendeckenden kostenlosen Angebot von aufsuchenden Entlastungsgesprächen wird psychosozialen und physischen Belastungssituationen vorgebeugt und die Sicherheit der Pflegenden, aber auch der Gepflegten gestärkt und Gewalt vorgebeugt, die aus einer Überforderungssituation resultieren kann. Gleichzeitig können diese Hausbesuche auch genützt werden, um den Pflegenden konkrete Bestärkungsangebote zu machen.

Querverweise

- Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Maßnahme 36
Arbeitgeber/innen für die Situation pflegender Angehöriger sensibilisieren und Maßnahmen umsetzen

Indem Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für die Situation pflegender Angehöriger sensibilisiert und mit ihnen Lösungsoptionen bezüglich der Vereinbarkeit von Arbeit und Angehörigenpflege gesucht werden, soll der Überlastung pflegender Angehöriger vorgebeugt und der Situation entgegengewirkt werden, dass Frauen in eine prekäre Einkommenssituation geraten. Zudem können sich Unternehmen auf diese Weise als attraktive Arbeitgeber/innen positionieren.

Unterstützende Informationen können Arbeitgeber/innen bei der Umsetzung von Lösungen behilflich sein, wie beispielsweise in Form einer Broschüre mit entsprechenden Informationen zur praktischen Umsetzung, bestehenden Angeboten sowie zur Situation pflegender Angehöriger.

FGÖ-Förderprojekte im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) mit der Zielgruppe pflegender Angehörige beziehungsweise dem Thema Entlastung pflegender Angehöriger werden bevorzugt gefördert. Es sollen Möglichkeiten entwickelt werden, wie das Thema und die Zielgruppe in BGF-Konzepte und BGF-Maßnahmen integriert werden können. Es werden Bestrebungen unterstützt, die bestehende Zertifikate wie beispielsweise „familienfreundlicher Betrieb“ auf den Aspekt pflegende Angehörige ausweiten.

Querverweis

- Bundesplan für Seniorinnen und Senioren

Wirkungsziel 16
Armutsgefährdete ältere Frauen erhalten Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, ihre Selbsthilfefähigkeiten zu erhalten sowie selbstbestimmt und autonom zu leben

Herausforderungen

In der Altersgruppe der „älteren Frauen“ finden sich wohlsituierte, kaufkräftige Seniorinnen ebenso wie armutsgefährdete Pensionistinnen. Die durchschnittliche Bruttopension einer Pensionistin betrug im Jahr 2013 im Schnitt monatlich 886 Euro, deutlich weniger als die durchschnittliche Bruttopension eines Mannes mit 1.466 Euro. Insgesamt gesehen besteht ein überproportionales Armutsrisiko für ältere Frauen, jede fünfte gilt als armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (19 %), wobei in der Gruppe der alleinstehenden Pensionistinnen jede vierte von Altersarmut bedroht ist. [63]

Altersarmut entsteht nicht erst im Alter, sondern im Laufe des weiblichen Erwerbslebens. Noch immer ist dieses von geschlechtsspezifischen Lohnunterschieden (23,4 %) geprägt, sind Frauen überproportional im Niedriglohnsektor und häufig aufgrund familiärer Verpflichtungen als Teilzeitbeschäftige tätig. Frauen, die Angehörigenpflege leisten, nehmen ebenfalls Einkommensnachteile auf sich, was sich auch als finanzielle Benachteiligung im Pensionsalter auswirkt. Die damit verbundenen gesundheitsbezogenen Auswirkungen sind vielfältig: Insbesondere die psychosozialen Belastungen, die sich aus Zukunftssorgen, lang andauernden Stressreaktionen und geringer sozialer Unterstützung ergeben, erschweren eine gesundheitsförderliche Lebensweise [26].

Bestehende rechtliche Regelungen bezüglich der Anrechnung von Erziehungs- und Pflegezeiten für Pensionsansprüche reichen derzeit nicht aus, um Einkommensarmut und Armutsgefährdung im Alter

entgegenzuwirken. Für Frauen, die vor dem Pensionseintritt bereits ein unterdurchschnittliches Einkommen bezogen haben, ist die Wahrscheinlichkeit für dauerhafte Altersarmut hoch.

Maßnahme 37
Die Einrichtung eines „One-Stop-Shops“ für Beantragung und Abwicklung von Sozialleistungen sowie für Pflegeberatung forcieren

Schon derzeit bestehen viele Unterstützungsangebote, auf die in prekären Lebenssituationen zugegriffen werden kann. Durch die komplexen Strukturen und die Vielzahl der Ansprechpartner/innen ist eine rasche und unbürokratische Inanspruchnahme aber nicht gegeben. Unterschiedliche Rahmenbedingungen pro Bundesland erschweren die Situation. Anspruchsberechtigungen verändern sich, wenn Familienangehörige übersiedeln.

Zielsetzung der Maßnahme ist deshalb, Informationen zu Sozialleistungen, die bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze gewährt werden, kompakt und leicht verständlich anzubieten. Auf lange Sicht in die Einrichtung eines „One-Stop-Shops“ für die Beantragung und Abwicklung von Sozialleistungen sowie für Pflegeberatung anzustreben.

Zielgruppe dieser Maßnahme sind vor allem materiell benachteiligte Frauen mit der Zielsetzung, das Risiko einer Altersarmut zu verringern.

Querverweis

- Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

Wirkungsziel 17
Differenziertes, wertschätzendes Bild der vielfältigen Lebensrealitäten älterer Frauen entwickeln und ihre Teilhabe-Chancen in der Gesellschaft sichern

Herausforderungen

Gesellschaftliche Teilhabe und Partizipation stehen in einem engen Verhältnis mit Gesundheit und Wohlbefinden. Die jüngste EU-weite Indexerhebung zum aktiven Altern zeigt bezüglich der Domäne „soziale Teilhabe”, dass Österreich zu jenen Ländern gehört, in denen ältere Frauen deutlich weniger in politische Aktivitäten und Freiwilligenarbeit eingebunden sind als ältere Männer [64]. Die gesellschaftliche Teilhabe von Frauen im Alter ist unter anderem abhängig von strukturellen Rahmenbedingungen wie

- der Gestaltung eines öffentlichen und sicheren Raums,
- finanziellen Ressourcen,
- diskriminierungsfreiem Zugang zum Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen,
- dem Bild älterer Frauen in der Öffentlichkeit.

Insbesondere jene älteren Frauen, die von Armut betroffen sind, alleinstehend und in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, aber auch demenziell erkrankte Frauen und jene, die Angehörigenpflege übernehmen, sind in ihren Partizipationsmöglichkeiten eingeschränkt.

Darüber hinaus sind ältere Frauen medial kaum vertreten, obwohl Frauen den größeren Anteil der älteren Bevölkerung ausmachen. Ältere und alte Frauen sind aber nicht nur (beinahe) unsichtbar für die Öffentlichkeit. Wenn ältere Frauen in Medien überhaupt vorkommen, dann sind sie – im Vergleich zu älteren Männern – auch qualitativ vielfach negativer dargestellt. Ältere Männer werden medial eher als weise und noch körperlich aktiv oder in statushohen Positionen (Management, Politik etc.) gezeigt. Ältere Frauen werden besonders in der Werbung häufig mit dem Verlust von Schönheit und Jugend assoziiert. In Unterhaltungs- bzw. Nachrichtenformaten werden ältere Frauen oft mit geringem Bildungsgrad und niedriger sozialer Position dargestellt (Hausfrau, Witwe, Pensionistin). Dieses Phänomen wird als doppelte Benachteiligung älterer Frauen nach Alter und Geschlecht oder als *double standard of ageing* bezeichnet [55].

Bisherige Initiativen

Seitens des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz wurden in den letzten Jahren bereits unterschiedliche Maßnahmen gesetzt. Diese betreffen beispielweise die Beauftragung von Grundlagenforschung zu Bildung in der nachberuflichen Lebensphase und Produktivität im Alter, die Förderung von Modellprojekten sowie die Evaluierung von Good-Practice-Modellen und reichen bis zu gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Erwachsenenbildung veranstalteten Weiterbildungsworkshops.

Die vom Frauenservice Graz angebotene Multiplikatorinnen-Ausbildung *PrettyOld* ist ein Angebot für Frauen, die sich engagieren möchten, um das gesellschaftliche Klima für ältere Menschen im Allgemeinen und Frauen im Besonderen zu verbessern, und die notwendigen Kompetenzen erwerben wollen, um sich erfolgreich einzubringen. Diese Initiative gilt es fortzuführen und auszubauen.

Vom Österreichischen Seniorenrat und dem Österreichischen Journalisten Club wird jedes Jahr der Medienpreis Senioren-Rose / Senioren-Nessel ausgeschrieben. Es geht darum, das Bild, das sich die Öffentlichkeit von Seniorinnen und Senioren auf Grund von Medienberichten macht, zurechtzurücken.

Maßnahme 38
Verbesserung der Lebenssituation und Sicherstellung der Teilhabechancen älterer Frauen nachhaltig fördern

Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zur Lebenssituation älterer Frauen ermöglichen die gezielte Förderung von vielfältigen, qualitätsvollen und wohnortnahen Projekten, Initiativen und Veranstaltungen zur Sicherstellung der Teilhabe-Chancen älterer Frauen und zur Verbesserung ihrer Lebenssituation. Die Zielgruppe dieser Maßnahme sind insbesondere alleinstehende ältere Frauen, jene mit gesundheitlichen Einschränkungen, strukturell verursachten Mobilitätsbeeinträchtigungen sowie Frauen mit niedrigem Einkommen. Da bezüglich Teilhabechancen von älteren Frauen Unterschiede im städtischen und ländlichen Räumen gegeben sind, müssen alle gesetzten Aktivitäten unter Berücksichtigung raumspezifischer Aspekte stattfinden.

Querverweise

- Bundesplan für Seniorinnen und Senioren
- Regionale Umsetzungsstrategie des Weltaltenplans für die UNECE-Region. Berlin 2002
- Strategie zum lebensbegleitenden Lernen in Österreich, Aktionslinie 9. Wien 2011

Maßnahme 39
Genderaspekte in Projekten zur sozialen Teilhabe und zur Gesundheitsförderung älterer Frauen verstärkt berücksichtigen

Es ist ein Ziel des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), dass die durch ihn geförderten Projekte gesundheitliche Chancengerechtigkeit erhöhen und gendersensibel sind. Im Rahmen seiner Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ legt der FGÖ ab 2015 einen besonderen Schwerpunkt auf die soziale Teilhabe von älteren Menschen. Für diese Zielgruppe sind die „informellen“ sozialen Unterstützungsnetzwerke in der Nachbarschaft und erweiterte Möglichkeiten der sozialen Teilhabe besonders wichtig.

Aus diesem Grund werden Gesundheitsförderungsprojekte für die Zielgruppe „ältere Menschen“ in unterschiedlichen Bundesländern umgesetzt. Die Projekte sprechen insbesondere ältere Menschen an, die sozial benachteiligt sind bzw. besonderen Bedarf an Einbindung in ein Nachbarschaftsprojekt aufweisen (z. B. alleinstehende ältere Menschen, Menschen mit eingeschränkter Mobilität, ältere Menschen mit niedrigem Einkommen).

Jene Gesundheitsförderungsprojekte, die für die Zielgruppe ältere Menschen im Rahmen der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ umgesetzt werden, sind bislang – wenn man von den Konzepten ausgeht – bereits teilweise gendersensibel angelegt.

Eine formative Evaluation soll unter anderem feststellen, inwiefern es gelingt, die Projekte gendersensibel umzusetzen. Durch Rückmeldungen seitens der externen Evaluation bzw. der zuständigen FGÖ-Mitarbeiter/innen werden die Projektumsetzer/innen für die Thematik weiter sensibilisiert. Aus der externen Evaluation sollen Erkenntnisse für die gendersensible Umsetzung von Projekten zur sozialen Teilhabe älterer Menschen gewonnen werden.

Querverweis

- Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

Maßnahme 40
Eine alters- und frauenfreundliche öffentliche Kommunikation von Politik und Medien forcieren

Ältere Frauen erfüllen wichtige Aufgaben in unserer Gesellschaft. Zielsetzung dieser Maßnahme ist es, einseitige und stereotype Bilder sowie unbewusst diskriminierende Sprache in der öffentlichen Darstellung von älteren Frauen zu vermeiden und der fehlenden Präsenz älterer Frauen in den Medien entgegenzuwirken. Um dies zu erreichen, bedarf es der Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure/innen im Sinne von Health in all Policies sowie der Vernetzung bereits bestehender Aktivitäten.

Querverweise

- Demenzstrategie www.demenzstrategie.at
- Bundesplan für Seniorinnen und Senioren
- Leitlinie für respektvolle Armutsberichterstattung

6. Teilnehmer/innen

Arbeitsgruppe 1: Junge Frauen und Mädchen

Arbeitsgruppenleiter/in	Institution
Scholz-Resch Martha, Mag.[a]	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, Geschäftsfeld-leitung Prävention, Fachleitung Frauengesundheit
Haftner Helga, ADir.	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Moderation	**Institution**
Nowotny Monika, Dr.[in]	Gesundheit Österreich GmbH
Teilnehmer/in	**Institution**
Axster Lilly, Mag.[a]	Verein Selbstlaut
Brem Eveline	Plattform Elterngesundheit
Cekan Doris	Amt der Kärntner Landesregierung Abteilung 5 (Kompetenzzentrum Gesundheit) – Unterabteilung Sanitätswesen – Prävention
Hafner Sabine, Dr.[in]	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumenten-schutz; Abteilungsleiterin der Abteilung 10 Angelegenheiten der Dienstleistungserbringung des Arbeits-marktservice einschließlich Einsatz von Förderungen nach dem Arbeitsmarktservicegesetz;
Lackner Mario, Mag.	Beratungsstudio DAS!ALLES der Traumsieberei OG
Leitner Miriam Kristin, MSc., Dr.[in]	Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel, Interne Medizin III, Gender Medicine Unit
Lugstein Teresa	make it – Büro für Mädchenförderung des Landes Salzburg; Land Salzburg; Referat für Jugend, Generationen, Integration
Schindelar Kathrin, Mag.[a]	Bundesministerium für Familien und Jugend, Kompetenzzentrum Jugend
Schmidjell Sanda, Mag.[a]	Peregrina Bildungs-, Beratungs- und Therapiezentrum für Immigrantinnen;
Schoch Laura	Bundesjugendvertretung
Tomaschek-Habrina Lisa, Dr.[in]	Sowhat
Wilkens Elisabeth, Dr.[in]	Bundesministerium für Bildung
Zagler Jutta	MonA-Net

Arbeitsgruppe 2: Frauen im Erwerbsalter

Arbeitsgruppenleiter/in	Institution
Wimmer-Puchinger Beate, ao. Univ.Prof.in Dr.in	Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien
Stamm Ines, Dr.in	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Moderation	**Institution**
Schleicher Barbara, Mag.a Dr.in	Gesundheit Österreich GmbH
Teilnehmer/in	**Institution**
Blahout Sabine, Mag.a	Wiener Programm für Frauengesundheit
Erdemgil-Brandstätter Anneliese	Frauen- und Familienberatungsstelle Kassandra
Fiegl Jutta, Univ.-Doz. Dr.in	Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
Frohner Ursula	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
Grasl Alexandra, Mag.a	Wiener Programm für Frauengesundheit
Hess-Knapp Helga	Arbeiterkammer Wien
Hofireck Sabine, Mag.a	Wiener Programm für Frauengesundheit
Kautzky-Willer Alexandra, Univ.Prof.in Dr.in	MedUni Wien, Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen
Münch-Beurle Alexandra, Maga	Wiener Programm für Frauengesundheit
Posch-Keller Birgit, Mag.a	Österreichische Plattform für Alleinerziehende - ÖPA
Repnik Ulrike, Mag.a	MA 57, Frauenabteilung der Stadt Wien
Rieder Anita, Univ.Prof.in Dr.in	MedUni Wien, Institut für Sozialmedizin
Rösslhumer Maria, Mag.a	GF Autonome Frauenhäuser Österreich
Ruda Romana, Mag.a	Netzwerkmanagerin Competence Center Integrierte Versorgung; c/o Wiener Gebietskrankenkasse
Steurer Julia, Mag.a	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abt. VII/A/4
Thurner Daniela, Mag.a	Wiener Programm für Frauengesundheit
Vecerik Marinela, Mag.a	NINLIL-Empowerment und Beratung für Frauen mit Behinderung; ZEITLUPE Peer-Beratung für Frauen mit Behinderung
Wolf Hilde, Mag.a MBA	Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Arbeitsgruppe 3: Ältere Frauen

Arbeitsgruppenleiter/in	Institution
Pils Katharina, Prof.in Prim.a Dr.in	Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie
Arrouas Magdalena, Dr.in	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Moderation	**Institution**
Pfabigan Doris, Dr.in	Gesundheit Österreich GmbH
Teilnehmer/in	**Institution**
Baldinger-De Smet Silvia, Dr.in	Bundesministerium für Land und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft; Vorsitzende der Arbeitsgruppe für Gleichbehandlungsfragen
Bauer Gudrun, Dr.in	Diakonie Österreich
Biringer Erwin	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Sektion IV
Diketmüller Rosa, Ass.in Prof.in Mag.a Dr.in	Universität Wien, Institut für Sportwissenschaft
Fahnler Sylvia, Mag.a	Vertretungsnetz
Felkel Astrid	Vertretungsnetz
Fischer Tatjana, Mag.a Dr.in	Institut für Raumplanung und Ländliche Neuordnung
Frohner Ursula	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
Hechl Elisabeth, Dr.in	Österreichischer Freiwilligenrat
Heimerl Katharina, Dr.in	Institutsleiterin, IFF-Palliative Care und OrganisationsEthik Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Wien, Graz
Hirtl Christine, Mag.a	Mitglied der Geschäftsführung – Projektentwicklung Frauengesundheitszentrum / Women's Health Center
Kumpfmüller Magdalena, Mag.a	Bereich Pflege, Sektion IV des Sozialministeriums
Kurz Christine, Univ.Prof.in Dr.in	Abteilung für Endokrinologie und Sterilitätsbehandlung, Univ.Klinik für Frauenheilkunde
Lang Gert, Dr.	Fonds Gesundes Österreich
Lindermayr Monika, Mag.a	Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung IVa Frauen und Gleichstellung
Oberleitner Elisabeth, Dr.in MPH	Land Kärnten, Unterabteilungsleiterin
Rieger Djamila, Mag.a	Verein Frauenservice Graz, Projektleitung ALTERnative Schönheit & PRETTY OLD
Rohrauer-Näf Gerlinde, Mag.a MPH	Fonds Gesundes Österreich, stellvertretende Leiterin, Gesundheitsreferentin mit Schwerpunkt Psychosoziale Gesundheit
Rosenberger-Spitzy Angelika, Dr.in	Fonds Soziales Wien; Kundenservice, SeniorInnenbüro & Medizinische Angelegenheiten
Sax Barbara, Mag.a	Sektion II des Sozialministeriums
Skazedonig Monika	Kärntner Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung,
Sieglinde Trannacher, Mag. †	Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens
Wilbacher Ingrid, Mag.a Dr.in, PhD	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Zechner Olga	Österreichischer Berufsverband der Sozialarbeiterinnen

Steuerungsgruppe

Teilnehmer/in	Institution
Arrouas Magdalena, Dr.in	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Haftner Helga, ADir.	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Kolm Andreas, MA	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Lang Gert, Dr. Vertretung für Rohrauer-Näf Gerlinde, Mag.a MPH	Fonds Gesundes Österreich
Lehner Petra, Mag.a	Bundesministerium für Gesundheit
Nowak Peter, Mag. Dr.	Gesundheit Österreich GmbH
Pfabigan Doris, Dr.in	Gesundheit Österreich GmbH
Rohrauer-Näf Gerlinde, Mag.a MPH	Fonds Gesundes Österreich
Sax Gabi, Mag.a	Gesundheit Österreich GmbH
Schönher Barbara, Dr.in vormals: Hellwagner Katrin	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Stamm Ines, Dr.in	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Erweiterte Steuerungsgruppe

Teilnehmer/in	Institution
Pils Katharina, Prof.in Prim.a Dr.in	Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie
Wimmer-Puchinger Beate, ao. Univ.Prof.in Dr.in	Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien
Scholz-Resch Martha, Mag.a	PGA Frauengesundheitszentrum Wels

7. Glossar

Adipositas	Starkes Übergewicht mit übermäßiger Vermehrung des Körperfetts. [65]
Barrierefreiheit	Als barrierefrei definiert das Gesetz bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung und andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise (ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe) zugänglich und nutzbar sind. [66]
Behinderung	Die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben, in der Gesellschaft, insbesondere am allgemeinen Erwerbsleben, zu erschweren. Als „nicht nur vorübergehend“ gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten. [66]
BMI (Body Mass Index)	Zur Definition von Gewichtskategorien wie Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) wird der sogenannte Body Mass Index benutzt. Der BMI wird aus dem Quotienten des Gewichts in kg und dem Quadrat der Körpergröße in m^2 berechnet.
Chancengleichheit / gesundheitliche Chancengleichheit	Chancengleichheit bezeichnet in modernen Gesellschaften den Anspruch auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. Gesundheitliche Chancengleichheit definiert dieses Recht gesundheitsbezogen, d. h. als Herstellung gleicher Chancen, gesund zu sein und gesund zu bleiben. [67]
Determinantenorientierung	Orientierung an den vorhandenen persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen oder umweltbedingten Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften – positiv wie negativ – bestimmen. [68]
Diversität (Diversity)	Diversität ist ein Konzept, das für die Unterscheidung und Anerkennung von Gruppen- und individuellen Merkmalen benutzt wird. Häufig wird der Begriff „Vielfalt“ anstelle von Diversität benutzt. Diversität von Personen – sofern auch rechtlich relevant – kann z. B. unter folgenden Aspekten betrachtet werden: Kultur (Ethnie), Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Behinderung, Religion (Weltanschauung). [69]
Empowerment	Befähigung; Prozess, mit dem die Fähigkeiten von Menschen gestärkt und aktiviert werden, Herausforderungen zu bewältigen, Bedürfnisse zu stillen, Probleme zu lösen und sich die notwendigen Ressourcen zu verschaffen, um Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die die eigene Gesundheit beeinflussen. [70]
Ergebnisevaluation	Ergebnisevaluation erfasst die Wirkungen eines Projekts, bewertet die Ergebnisse der umgesetzten Maßnahmen und die Zielerreichung des Projekts. Je nach Fragestellung wird sie entweder gegen Ende des Projekts oder nach Abschluss einzelner Maßnahmen durchgeführt. [70]
Evaluation	Systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes eines Gegenstandes. Evaluationsgegenstände können z. B. Programme, Projekte, Produkte, Maßnahmen, Leistungen, Organisationen, Politik, Technologien oder Forschung sein. Die erzielten Ergebnisse, Schlussfolgerungen oder Empfehlungen müssen nachvollziehbar auf empirisch gewonnenen qualitativen und/oder quantitativen Daten beruhen. [68]
Evidenz	Nachweis, Beweis; Informationen aus Studien, die einen bestimmten Sachverhalt erhärten oder widerlegen. Unter evidenzbasierter Medizin (EbM) versteht man eine Vorgehensweise medizinischen Handelns, die darauf abzielt, individuelle Patientinnen und Patienten auf Basis der besten zur Verfügung stehenden Information zu versorgen [70]. „Evidenzbasierte Ansätze sind solche, deren Effekte wissenschaftlich untersucht und für nutzbringend befunden wurden“ [71].
Gender	"Gender" ist das "soziale Geschlecht" oder das "anerzogene Geschlecht" im Unterschied zum biologischen Geschlecht. Es bezeichnet die Geschlechtsidentität des Menschen als soziale Kategorie. Das bedeutet, nicht "die Frauen" oder auch "die Männer" in den Blick zu nehmen, sondern Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit und Vielfalt zu berücksichtigen sind.[72]Wenn im vorliegenden Aktionsplan von Frauen und Mädchen die Rede ist, darf das Spektrum von geschlechtlicher und sozialer Identität nicht außer Acht gelassen werden.

Gesunde Lebenserwartung	Das Konzept der Lebenserwartung bei guter Gesundheit soll den Aspekt der Lebensqualität (Gesundheit) in die Betrachtung der Lebenserwartung einbinden. Gemessen wird, wie viele Lebensjahre bei guter Gesundheit zu erwarten sind.
Health in all Policies (HiAP) / Gesundheit in allen Politikfeldern	Strategie zur Integration von Gesundheitsüberlegungen in andere politische Sektoren mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. [68]
Gesundheitliche Ungleichheiten	Steht für ungerechte und vermeidbare Unterschiede in der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen und befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen sozialen bzw. sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit. [73]
Gesundheitsförderung	Zielt laut Ottawa Charta der WHO auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Konkret werden darunter Maßnahmen und Programme verstanden, die Menschen dabei unterstützen, ihre Gesundheit zu verbessern. [68]
Gewalt gegen Frauen	Bezeichnet jede Handlung geschlechtsbezogener Gewalt, die Frauen körperlichen, sexuellen oder psychischen Schaden oder Leid zufügt oder zufügen kann, einschließlich der Androhung derartiger Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsberaubung in der Öffentlichkeit oder im Privatleben.
Häusliche Gewalt	Hauptschauplatz von Gewalt gegen Frauen ist der soziale Nahraum. Trotz der augenscheinlichen Neutralität des Begriffes handelt es sich bei häuslicher Gewalt fast immer um geschlechtsbezogene Gewalttaten an Frauen, die in enger persönlicher Beziehung zu den männlichen Tätern stehen. [74]
ICD-10	Zehnte Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten. Unterteilung in 22 Kapitel, z. B. Neubildungen, psychiatrische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität etc.
Inzidenz	Häufigkeit des Neuauftretens einer Erkrankung, gemessen beispielsweise als jährliche Anzahl der Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner/innen.
Invalidität	Dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund von Krankheit oder Behinderung, die zur vollständigen oder teilweisen Berufsunfähigkeit führt. Der Schwergrad der Invalidität wird in Prozent ausgedrückt.
Intersektionalität	Unter Intersektionalität wird verstanden, dass soziale Kategorien wie Gender, Ethnizität, Nation, Klasse, sexuelle Orientierung, Behinderung nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden können, sondern in ihrer ‚Verwobenheit' oder ‚Überkreuzung' (intersections) analysiert werden müssen. Darum ist es wichtig, den Fokus auf das gleichzeitige Zusammenwirken von sozialen Ungleichheiten zu legen. [75]
Lebenserwartung	Die Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter bei einem unveränderten Sterberisiko im Durchschnitt noch leben würde. Die Lebenserwartung bei Geburt wird hierbei auch als mittlere Lebenserwartung bezeichnet. Sie darf nicht als prognostischer Wert verstanden werden, sondern als eine Momentaufnahme, die die durchschnittliche aktuelle Lebenserwartung der untersuchten Bevölkerung angibt.
Mammographie-Screening	Reihenuntersuchung von Frauen zur möglichst frühzeitigen Entdeckung von Brustkrebs.
Morbidität	Krankheitshäufigkeit in einer Bevölkerung.
Mortalität	Rate der Sterbefälle, angegeben als jährliche Anzahl der Sterbefälle je 100.000 Einwohner/innen.
Nachhaltigkeit	Nachhaltigkeit auf der gesellschaftlichen Ebene bezieht sich auf das Ausmaß, in dem eine politische Strategie oder ein nationales Programm eine optimale Ausbalancierung wirtschaftlicher, ökologischer, sozialer und gesundheitlicher Ziele erreicht [70]. „Nachhaltige Gesundheitsförderungsaktionen sind solche, die ihren Nutzen für Gemeinwesen oder Bevölkerungen auch jenseits der ersten Stadien ihrer Implementation aufrecht erhalten können." [76]

Nicht übertragbare Krankheiten (NCD: Non communicable diseases)	Zu den nicht übertragbaren Krankheiten gehören Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und psychische Störungen; sie sind für 86 Prozent aller Todesfälle und 77 Prozent der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO verantwortlich. Diese Gesundheitsprobleme sind weitgehend vermeidbar und zeichnen sich durch gemeinsame Risikofaktoren und Determinanten, aber auch durch gemeinsame Handlungsmöglichkeiten aus. [77]
Öffentliche Gesundheit (Public Health)	Ist ein multidisziplinärer Forschungsbereich, der sowohl Natur- als auch Sozial- und Kulturwissenschaften umfasst. Er beschäftigt sich mit der Erfassung gesundheitsrelevanter Daten, der Aufdeckung aktueller und historischer Einflüsse von Gesellschaft und Umwelt auf Gesundheit und Krankheit und analysiert deren Bedeutung für die gesamte Bevölkerung, um bevölkerungsbezogene Maßnahmen für Prävention, Gesundheitsförderung, bessere medizinische Versorgung, Änderung des Verhaltens und Kontrolle der Umweltbedingungen entwickeln zu können. [70]
Partizipation	Partizipation als Grundprinzip der Gesundheitsförderung soll gewährleisten, dass Gesundheitsförderungsaktivitäten gut auf die Bedürfnisse der Zielgruppen und anderer beteiligter Akteure/Akteurinnen sowie Entscheidungsträger/innen abgestimmt sind, Ressourcen aller Beteiligten zur Umsetzung aufgreifen und damit hohe Erfolgschancen haben. Die Beteiligten können auf unterschiedlichen Ebenen am Gesundheitsförderungsprozess partizipieren, indem sie ihre Themen und ihr Wissen in die Entscheidungsprozesse einbringen, wesentliche Projektschritte mitentscheiden oder sich aktiv an der Projektdurch- und -ausführung beteiligen. [70] Öffentlichkeitsbeteiligung, Einbeziehung: Bedeutet die Möglichkeit aller Betroffenen bzw. Interessierten, ihre Interessen oder Anliegen bei der Entwicklung von Plänen, Programmen, Politiken oder Rechtsakten zu vertreten bzw. vorzubringen. [68]
Prävalenz	Rate aller bereits an einer bestimmten Krankheit Erkrankten in einem definierten Zeitraum; Gradmesser für die Häufigkeit einer Erkrankung (vgl. Inzidenz, Rate der Neuerkrankungen)
Prozessevaluation	Konzentriert sich auf die interne Dynamik in der Umsetzung eines Projekts und analysiert seine Stärken und Schwächen (im Gegensatz zur Ergebnisevaluation); fokussiert insbesondere auf die Verfahren, Praktiken und Organisationsformen bei der Projektumsetzung wie die Kommunikationsprozesse, Partizipationsmöglichkeiten, das Schnittstellenmanagement usw. [70].
Ressourcenorientierung	Orientierung an den vorhandenen persönlichen, sozialen und strukturellen Ressourcen im Sinne von Stärken, Potenzialen, Kompetenzen etc. (sowohl von Individuen als auch von sozialen Netzwerken oder Systemen) [70].

Literatur

[1] WHO. **Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern**. World Health Organization; Wien, 1994.

[2] Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. **Health in All Policies. Prospects and potentials**. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health; 2006.

[3] Pauli A, Hornberg C. **Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive**. In: Becker R, Kortendiek B: Handbuch Frauen- und Geschlecherforschung Theorie, Methoden, Empirie. 3. Aufl.: Verlag für Sozialwissenschaften, 2010. Seite 631-644.

[4] Weinbrenner S, Lönnfors S, Babitsch B. **Gender: Neue methodische Herausforderungen bei der Leitlinienentwicklung**. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2010: 104/(7):-547-553.

[5] Dietscher C, Pelikan JM. Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen – was und wie umsetzen? ; 29.06.2015, 2015.

[6] Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, Consortium Health Literacy Project E. **Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models**. BMC public health, 2012: 12/-80.

[7] HLS-EU Consortium. **Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, Online Publication: http://www.health-literacy.eu**. 2012.

[8] Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, Broucke SV, Brand H, Consortium H-E. **Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)**. European journal of public health, 2015: 2015/(05.04.2015): Seite 1-6.

[9] Anzenberger J, Bodenwinkler A, Breyer E. **Migration und Gesundheit**. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht.ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2015.

[10] Zielsteuerung-Gesundheit: **Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit**, unveröffentlichte Version. 2012.

[11] WHO. **Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century**. Copenhagen: World Health Organization - Regional Office for Europe, 2013.

[12] FRA. **Violence against women: an EU-wide survey**. Hrgb.: European Union Agency for Fundamental Rights. Luxembourg: Publications Office of the European Union, European Union Agency for Fundamental Rights, 2014. Available online: http://fra.europa.eu/DVS/DVT/vaw.php.

[13] Haller B, Dawid E. **Kosten häuslicher Gewalt in Österreich**.IKF Institut für Konfliktforschung, 2006.

[14] Hilbe J, Jaquemar S. **Prävalenz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in österreichischen Alten- und Pflegeheimen**. Österreichische Pflegezeitschrift 5/2013, 2013.

[15] KAKuG: **Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten**, BGBl Nr. 1/1957. http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285.

[16] Leitner B, Baldaszti E. **Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2011**. Wien: Statistik Austria, 2013.

[17] BMASK. **Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008**. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008.

[18] Schröttle M, Hornberg C, Glammeier S, Sellach B, Kavemann B, Puhe H, Zinsmeister J. **Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland**. Bielefeld, Frankfut, Köln, München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012.

[19] Scholz M. **Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011**. Linz: Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit PGA im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2010. Available online: http://www.bmg.gv.at.

[20] Karl-Trummer U, Novak-Zezula S. **Gesundheit – Migration – Public Health**. Das österreichische Gesundheitswesen, 2012: 53/ Seite 8-9.

[21] ÖIF. **Migrantinnen in Österreich**. Österreichischer Integrations Fonds; Factsheet. Wien, 2014.

[22] Statistik Austria. **Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren**. Wien: Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, 2016. Available online: http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/migrationintegration-2016.pdf.

[23] Klein C, Fröschl B, Kichler R, Pertl D, Tanios A, Weigl M. **Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie**. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2015.

[24] Sellach B. **Armut: Ist Armut weiblich?** In: Becker R, Kortendiek B: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung Theorie, Methoden, Empirie. 3. Aufl.: Verlag für Sozialwissenschaften, 2008. Seite 471-480.

[25] Till-Tentschert U, Till M, Glaser T, Heuberger R, Kafka E, Lamei N, Skina-Tabue M. **Armutsgefährdung und soziale Ausgrenzung**. In: BMASK: Armutsgefährdung in Österreich. Wien: Statistik Austria, 2010. Seite 174-203.

[26] Lampert T, Kroll LE. **Armut und Gesundheit. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes**. Berlin: Robert Koch-Institut, 2010.

[27] Klocke A, Lampert T. **Armut bei Kindern und Jugendlichen**. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2005.

[28] Wimmer-Puchinger B, Langer M. **Der genormte Körper. Entwicklungspsychologische und gesellschaftliche Entwicklungsfaktoren**. In: Unterdorfer S, Deutinger M, Langer M, Wimmer-Puchinger B: Wahnsinnig schön: Schönheitssucht, Jugendwahn & Körperkult. 1. Aufl. Wien: Goldegg Verlag, 2009. Seite 61-97.

[29] Orbach S. **Bodies - Schlachtfelder der Schönheit**. Zürich – Hamburg: Arche Literatur-Verlag, 2010.

[30] Neumark-Sztainer D. **I´m, like, SO fat!** . Guilford Press; New York, 2005.

[31] Elmadfa I, Hasenegger V, Wagner K, Putz P, Weidl N-M, Wottawa D, Kuen T, Seiringer G, Sturtzel B, Meyer AL, Kiefer I, Zilberszac A, Sgarabottolo V, Meidlinger B, Anita Rieder A. **Österreichischer Ernährungsbericht 2012**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2012.

[32] Pädagogische Hochschule Salzburg. **Gender Kompetenz in der PädagogInnenbildung NEU – Vorschläge zur Verankerung an den Pädagogischen Hochschulen**: Koordinationsstelle für Gender Studies an der Pädagogischen Hochschule Salzburg, 2014.

[33] Bundeskanzleramt Österreich. **Nationaler Aktionsplan: Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt**. Wien: Bundeskanzleramt & Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst, 2010.

[34] WHO. **Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva**. Geneva: World Health Organization, 2006.

[35] Strilić M. **Einstellungen zu Sexualität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen**.Österreichische Gesellschaft für Familienplanung, 2012.

[36] BZgA. **Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern - aktueller Schwerpunkt Migration. Ergebnisse der aktuellen Repräsentativbefragung**. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010. Available online: www.forschung.sexualaufklaerung.de, www.bzga.de, www.sexualaufklaerung.de.

[37] BMBF. **Grundsatzerlass Sexualpädagogik**. BMBF-33.543/0038-I/9d/2015. Wien: Bundesministerium für Bildung und Frauen, 2015.

[38] Statistik Austria. **Erwerbstätige und unselbständig Erwerbstätige nach Vollzeit/Teilzeit und Geschlecht seit 1994**. Austria S, 2015.

[39] Jurczyk K. **Care in der Krise? Neue Fragen zu familialer Arbeit**. In: Apitzsch U, Schmidbaur M: Care und Migration: Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter-und Armutsgrenzen. Leverkusen: Barbara Budrich, 2010. Seite 59-77.

[40] HVB. **Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt "Psychische Gesundheit". Abschlussbericht**. Wien/Salzburg: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger & GKK Salzburg, 2011. Available online: http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.564640&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184577.

[41] Biffl G, Faustmann A, Gabriel D, Leoni T, Mayrhuber C, Rückert E. **Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Endbericht. Im Auftrag der AK Wien**. Wien: Donau-Universität Krems (DUK) - Department für Migration und Globalisierung & Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), 2011. Available online: tps://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/studien/Psychische_Belastungen_der_Arbeit_2012.pdf.

[42] Nishida C, Uauy R, Kumanyika S, Shetty P. **The joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications**. Public Health Nutr, 2004: 7/(1a):-245-250.

[43] Schoberberger R, Dorner T, Rieder A. **Gesundheitsbewusstsein als dominierender Einflussfaktor auf die Entstehung von Übergewicht-eine Gesundheitsbefragung bei der bäuerlichen Bevölkerung Österreichs**. Das Gesundheitswesen, 2014: 76/(5):-336-338.

[44] Kautzky-Willer A, Dorner T, Jensby A, Rieder A. **Women show a closer association between educational level and hypertension or diabetes mellitus than males: a secondary analysis from the Austrian HIS**. BMC Public Health, 2012: 12/(1):-392.

[45] BMBF. **8. Frauenbarometer. Die Umfrage zu aktuellen frauenpolischen Themen**. Wien, 2014.

[46] Kolip P. **Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus: Kaiserschnitt versus Spontangeburt**. Gesundheitsmonitor, 2012: 2012/(3): Seite 1-11.

[47] Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sanchez AJ, Belizan JM. **Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies**. BJOG, 2011: 118/(4):-391-399.

[48] Handelzalts JE, Fisher S, Lurie S, Shalev A, Golan A, Sadan O. **Personality, fear of childbirth and cesarean delivery on demand**. Acta Obstet Gynecol Scand, 2012: 91/(1):-16-21.

[49] Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhstrom H. **Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section**. Acta Obstet Gynecol Scand, 1998: 77/(5):-542-547.

[50] Sydsjo G, Angerbjorn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjo A, Josefsson A. **Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery**. Acta Obstet Gynecol Scand, 2013: 92/(2):-210-214.

[51] Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T, Oian P. **Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling?** Birth, 2006: 33/(3):-221-228.

[52] Rauh C, Beetz A, Burger P, Engel A, Haberle L, Fasching PA, Kornhuber J, Beckmann MW, Goecke TW, Faschingbauer F. **Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression**. Arch Gynecol Obstet, 2012: 286/(6):-1407-1412.

[53] Fiala C, Schweiger P, Purkarthofer J. **Österreichischer Verhütungsreport 2015. Eine repräsentative Umfrage von Integral-Meinungsforschung im Auftrag des Gynmed Ambulatoriums**. 1. Aufl. Leobersdorf: Gynmed Ambulatorium, 2015. Available online: www.gynmed.at.

[54] ÖPIA. **Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirkungen von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung**. Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen, 2015.

[55] BMASK. **Altern und Zukunft. Bundesplan für Seniorinnen und Senioren**. Wien: Bundes-Ministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abteilung V/6, in Zusammenarbeit mit dem Bundesseniorenbeirat, 2013.

[56] Pochobradsky E, Bergmann F, Brix-Samoylenko H, Erfkamp H, Laub R. **Situation pflegender Angehöriger**. Buch, Monographie. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2005.

[57] Fleischer E. Sorge – Arbeit am Leben. Sphären der Gerechtigkeit: Arbeit – Bildung – Chancen: Akademie für Politische Bildung Tutzing, 2012 Available online: http://web.apb-tutzing.de.

[58] Nagl-Cupal M, Daniel M, Kainbacher M, Koller M, Mayer H. **Kinder und Jugendliche in als pflegende Angehörige. Einsicht in die Situation gegenwärtiger und ehemaliger pflegender Kinder in Österreich**. Wien: Universität Wien, 2014.

[59] Schneider U, Österle A, Schober D, Schober C. **Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung**. Wien: Institut für Sozialpolitik - WU Vienna University of Economics and Business, 2006.

[60] Höfler S, Bengough T, Winkler P, Griebler R. **Österreichischer Demenzbericht 2014**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Sozialministerium, 2015.

[61] Plunger P, Heimerl K, Reitinger E. **Beratung von Angehörigen von Menschen mit Demenz - ein Beitrag zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu Hause**. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014.

[62] KOBV. **Umfrageergebnisse über den Informationsstand und Unterstützungsbedarf von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen**. Wien: KOBV - Der Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland, 2012.

[63] Statistik Austria. **Pensionsleistungsbezieherinnen und -bezieher nach Funktionen und Pensionsleistungen 2000 bis 2013**. Austria S, 2015.

[64] UNECE / European Commission. **Active Ageing Index 2014. Analytical Report**. prepared by Asghar Zaidi of Centre for Research on Ageing,, University of Southampton and David Stanton. Geneva/Brussels: United Nations Economic Commission for Europe, 2015.

[65] Gesundheitsportal. **Lexikon medizinischer Begriffe** Bundesministerium für Gesundheit; 2016. Available online: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/lexikon/a/Adipositas_WM.html. [Zugriff am: 18.01.2016]

[66] BMASK. **Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012-2020. Strategie der österreichischen Bundesregierung zum Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention**. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012. Available online: www.bmask.gv.at.

[67] BZgA. **Leitbegriffe der Gesundheitsförderung** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2016. Available online: http://www.bzga.de/leitbegriffe/. [Zugriff am: 18.01.2016]

[68] Horvath I, Haas S, Knaller C, Sax G, Exel S, Sprenger M. **Health Impact Assessment. Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich**. Wien: ÖBIG, 2010.

[69] Bergische Universität Wuppertal. **Glossar. Gender-Glossar** 2016. Available online: http://www.diversitaet.uni-wuppertal.de/glossar.html. [Zugriff am: 12.06.2016]

[70] FGÖ. **FGÖ-Glossar** Fonds Gesundes Österreich; 2005. Available online: http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar. [Zugriff am: 21. Oktober 2011]

[71] Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H. **Evidence-based Public Health**. 1. Bern: Hans Huber, 2010.

[72] wien.at. **Gender-ABC** Stadt Wien; 2016. Available online: https://www.wien.gv.at/menschen/gendermainstreaming/grundlagen/gender-abc.html#mainstreaming. [Zugriff am: 12.01.2016]

[73] BMG. **Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich**. Langfassung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2012. Available online: www.gesundheitsziele-oesterreich.at.

[74] Schleicher B. **Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis**. Hrgb.: Gesundheit Österreich GmbH. Wien: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010.

[75] Walgenbach K. **Intersektionalität – eine Einführung**. 2012. Available online: www.portal-intersektionalität.de.

[76] WHO. **Glossar Gesundheitsförderung**. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 1998.

[77] WHO. **Was sind nichtübertragbare Krankheiten?** Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa; 2016. Available online: http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/what-are-noncommunicable-diseases. [Zugriff am: 12.01.2016]

GESUNDHEIT.GV.AT
Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs
unabhängig - serviceorientiert - qualitätsgesichert

www.bmgf.gv.at

REPUBLIK ÖSTERREICH Parlamentsdirektion SIEGEL	**Unterzeichner**	Parlamentsdirektion
	Datum/Zeit-UTC	2017-06-02T16:11:52+02:00
	Prüfinformation	Informationen zur Prüfung des elektronischen Siegels und des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.parlament.gv.at/siegel
Hinweis	Dieses Dokument wurde elektronisch besiegelt.	