

**BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN**

XXII. GP.-NR

767/AB

2003 -10- 10

zu 759/J

Herrn
Präsidenten des Nationalrates
Parlament
1010 Wien

(5-fach)

GZ: 11.001/66-I/A/3/03

Wien, 03 10 03

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 759/J der Abgeordneten Weinzinger, Freundinnen und Freunde** wie folgt:

Frage 1:

Im letzten Jahrzehnt wurde durch eine Vielzahl von Studien und Initiativen verdeutlicht, dass Frauen- und Männergesundheit sich in vielen Bereichen voneinander unterscheiden und daher ein geschlechtsspezifischer Ansatz im Gesundheitswesen zu berücksichtigen ist, um den Bedürfnissen von Frauen und Männern besser begegnen zu können.

Da die genaue Kenntnis über die Gesundheit der Frauen die zentrale Basis für eine frauenspezifische Gesundheitspolitik darstellt, empfiehlt die WHO als politische Maßnahme, in regelmäßigen Abständen umfassende Frauengesundheitsberichte zu erstellen. Für Österreich stellt der im Jahr 1995 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz verfasste Frauengesundheitsbericht (Austrian Women's Health Profile, Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung) einen ersten wichtigen Schritt zur Erfassung der Gesundheitssituation von Frauen dar.

Im Sinne der Darstellung von regionalspezifischen Besonderheiten wurden folgende regionale und kommunale Frauengesundheitsberichte verfasst:

- Gesundheit Linzer Frauen. Lebensbedingungen von Frauen und ihre Bedeutung für die Gesundheit (Beham/Kränzl-Nagl/Ortmair, 1995 – Linzer Frauenbüro)
- Wiener Frauengesundheitsbericht (Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 1996)

- Frauen- und Mädchengesundheitsbericht Graz und Steiermark (Rasky 1998 – Magistrat der Stadt Graz)
- Daten und Fakten zur gesundheitlichen Lage der Frau in Vorarlberg (Bechter/Concin 1998 – Landesregierung Vorarlberg)
- Niederösterreichischer Frauengesundheitsbericht (Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 1999 – Amt der Niederösterreichischen Landesregierung)
- Frauengesundheitsbericht für das Bundesland Salzburg (2000 – Büro für Frauenfragen und Gleichbehandlung des Landes Salzburg, Frauenbüro der Stadt Salzburg)

Des weiteren führe ich folgende Literatur exemplarisch an:

- „Geschlechtsspezifische Disparitäten“ (Statistik Austria 2002) im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kunst *)
- „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ (ÖBIG 2001) im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen *)
- „Armutsbetroffene Frauen in Österreich. Frauen und Gesundheitseinrichtungen“ (ÖBIG 2002) im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen *)
- „Armutsbetroffene Frauen in Österreich. Gesundheit und Erkrankungsrisiko“ (ÖBIG 2003) im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen *)
- „Ärztinnen im Wissenschaftsbetrieb – Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierechancen (Elisabeth Mixa, 1994 – 1996) im Auftrag des BMWVK
- „Versorgung mit Antidepressiva“ (Werner Bencic, 2003) Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften der OÖ Gebietskrankenkasse. Linz
- „Plötzlich ist das Leben anders – eine sozialwissenschaftliche Studie zu frauengerechter Gesundheitsversorgung am Beispiel des Brustkrebs (Buchinger, Gschwandtner, 2002) im Auftrag des Frauengesundheitszentrums Kärnten GmbH. Villach
- Frauengesundheitsförderung – Strategien zur zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Frauen, Migrantinnen und schwangeren Frauen“ (Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung) im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen *)

Von den mit *) versehenen Studien ist in der Beilage jeweils ein Exemplar angeschlossen, die anderen Studien wären bei den angegebenen Quellen zu beziehen.

Frage 2:

Die Gleichbehandlung von Frauen ist mir besonders auch in gesundheitlichen Belangen natürlich ein wichtiges Anliegen.

Die epidemiologische Datenlage zeigt, dass Frauen stärker als Männer von chronischen Krankheiten und von funktionellen Einschränkungen betroffen sind und ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als Männer. Die Maßnahmen gegen Herz-Kreislaufkrankungen, die hier besonders angesprochen wurden, müssen daher meiner Meinung nach so früh wie möglich, also bereits im Rahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung

einsetzen, wobei die geschlechtsspezifischen Unterschiede des Krankheitsverlaufes und damit sowohl die Diagnostik als auch die Therapie besondere Berücksichtigung zu finden haben. Hier kommt der Bekämpfung von Risikofaktoren, wie insbesondere dem Rauchen, das gerade bei Frauen ein zunehmendes Problem darstellt, ein hoher Stellenwert zu.

Gesundheitsvorsorge bzw. Gesundheitsförderung ist mir ein großes Anliegen, wobei hier zielgruppenspezifische Maßnahmen nicht nur für einzelne, sondern für alle Bevölkerungsgruppen vorgesehen sind. In diesem Zusammenhang möchte ich besonders auf meine Vorsorgeinitiative hinweisen, die ich am 15. September 2003 präsentiert habe. Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung sind ebenso wie die Verbesserung der medizinischen Vorsorgeuntersuchungen die Eckpfeiler unserer Initiative.

Frage 3:

Die 4. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz des FGÖ stand unter dem Motto „Geschlechtsspezifische Ansätze in der Gesundheitsförderung“; im Rahmen des Zielgruppenschwerpunktes „Frauen in besonderen Lebenssituationen“ wurden zahlreiche Projekte mit einem geschlechtsspezifischen Ansatz gefördert.

Die Frauengesundheitsberichte der Bundesländer liefern ein sehr klares Bild und dienen als wichtige Informationsgrundlage für die Vorbereitung und Umsetzung von Maßnahmen, welche wiederum - aufgrund der föderalistischen Struktur Österreichs - in weiten Bereichen den Bundesländern vorbehalten sind.

Wie bereits zu Frage 2 angemerkt, ist es mein Ziel, möglichst frühzeitig auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Gesundheitsverhalten zu reagieren. Im Auftrag meines Ressorts wird daher durch das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie der österreichische Arm der „Health Behaviour in School-aged Children-Studie“ durchgeführt. Diese Daten liefern uns wichtige Informationen zum Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung) und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen und bilden damit die Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen. Ein Fact-Sheet zum Gesundheitsverhalten von Mädchen ist derzeit in Ausarbeitung, die Ergebnisse werden ebenfalls in die bereits angeführte Vorsorgeinitiative meines Ressorts einfließen.

Frage 4:

Noch auf Veranlassung meines Amtsvorgängers wurden aus Anlass der parlamentarischen Anfrage der Abgeordneten Petrovic u.a. betreffend Zuständigkeit für Frauenpolitik (Nr. 1569/J) der Psychologenbeirat und der Psychotherapiebeirat mit der Fragestellung befasst, in welcher Art und Weise staatliche Organe, wie etwa Krankenanstalten und die Polizei, im Umgang mit Frauen, denen Gewalt angetan worden ist, besonders geschult und weitergebildet werden können.

In der Folge wurde sowohl seitens des Psychologenbeirates als auch des Psychotherapiebeirates jeweils eine Arbeitsgruppe mit dem Thema „Gewalt gegen Frauen“ initiiert. Am 21. Februar 2002 wurde das Ergebnis der Arbeitsgruppe im Psychologenbeirat und am 24. Juni 2003 das Ergebnis der Arbeitsgruppe im Psychotherapiebeirat jeweils einstimmig als Gutachten beschlossen. Die beiden Endberichte der Beiräte sind in Kopie angeschlossen.

Frage 5:

Zu dieser Frage ist grundsätzlich anzumerken, dass sie – sofern davon der Bund als Arbeitgeber betroffen ist – nicht in meinen Wirkungsbereich fällt. Gleiches gilt für Beschäftigungsverhältnisse zu anderen Gebietskörperschaften und privaten Arbeitgebern.

Was die Situation der Pflegeberufe betrifft, möchte ich jedoch darauf hinweisen, dass von meinem Ressort erstmals ein Bericht über die Gesundheits- und Krankenpflege in Auftrag gegeben wurde. Er wird vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen erstellt und wird Anfang nächsten Jahres zur Verfügung stehen. Er beinhaltet unter anderem:

- Bedarf und Angebot an Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe im extra- und intramuralen Bereich
- Trends in der Berufsausübung – z.B. unterschiedliche Aufgaben im extra- und intramuralen Bereich, Erweiterung von Aufgaben wie Angehörigenberatung, Pflegemanagement, Hilfsmittelmanagement
- Evaluierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, auch unter Gesichtspunkten wie: eigenverantwortlicher, mitverantwortlicher und interdisziplinärer Bereich
- Möglichkeiten, Verbesserungen trotz rechtlicher Zuständigkeitszersplitterung zwischen Bund, Ländern und Krankenversicherungsträgern zu erreichen (z.B. durch Personalschlüssel).

Weiters werde ich mit den Gebietskörperschaften, freien Wohlfahrtsträgern und Berufsvertretungen einen Nationalen Aktionsplan „Pflege“ erarbeiten. Gegenstand werden vor allem gemeinsame Qualitätskriterien der Gesundheits- und Krankenpflege sein, zu deren Einhaltung sich alle Akteure verpflichten.

Frage 6:

Soweit es sich bei den angesprochenen Leitungspositionen um solche in Krankenanstalten handelt, ist festzuhalten, dass die Zuständigkeit zur Regelung der Besetzung von Leitungspositionen im Wesentlichen Dienstrecht darstellt und daher nur in einem Teilbereich eine Zuständigkeit des Bundes besteht (Universitätsangehörige), wobei auch dieser Teilbereich nicht in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen fällt. Im Übrigen sind die Länder zuständig.

Im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten ist lediglich vorgesehen, dass der Landessanitätsrat zu hören ist. Weitere Vorgaben sind aus kompetenzrechtlichen Gründen nicht möglich. Mein Ressort kann daher mangels Zuständigkeit auch keine Maßnahmen setzen.

Ich habe zu dieser Frage aber ergänzend Informationen einholen lassen. Wie der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger dazu mitteilte, enthält die Dienstordnung für die Ärzte und Dentisten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs (DO.B) in Anlage 2 (Fassung inkl. 60. Änderung, S. xxvii) ein Programm zur Förderung von Chancengleichheit (siehe Beilage). [Die Dienstordnung für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs (DO.A)

enthält in Anlage 4 analog zur DO.B ein ähnliches Programm.]. Die Sozialversicherung hat keinen Einfluss auf die Personalpolitik der Vertragspartner.

Nach Mitteilung der Wiener Gebietskrankenkasse (Rechtsträgerin des Hanuschkrankenhauses) ist für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Bereichs die Chancengleichheit beim beruflichen Aufstieg in Leitungspositionen kollektivvertraglich durch das dafür vorgesehene Verfahren – welchem eine geschlechtsneutrale Ausschreibung derartiger Funktionen vorangeht – gewährleistet. Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe (Gesundheits- und Krankenpfordienst, medizinisch-technischer Fachdienst, gehobener medizinisch-technischer Dienst) sind jedoch derartig stark frauendominiert, dass die Führungsfunktionen in diesem Bereich nahezu ausschließlich (96%) mit weiblichen Führungskräften besetzt sind. Primariate sind in den Krankenanstalten der Wiener Gebietskrankenkasse zu rund 20% mit Ärztinnen besetzt, Planstellen für Oberärzte zu rund 28%.

Auch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt versichert, dass bei der Besetzung von medizinischen Leitungspositionen auf die Gleichbehandlung von Frauen und Männern besonderes Augenmerk gerichtet wird, um eine Gleichstellung für die Aufstiegsmöglichkeiten zu gewährleisten.

Frage 7:

Die BSC („balanced score card“) sieht unter K1.1 eine verbesserte Dienstleistungsstruktur vor. Unterziel sind dabei u.a. verbesserte Öffnungs- bzw. Wartezeiten, was unter anderem auch berufstätigen Frauen mit Kindern zugute kommen sollte.

Im europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003 widmet sich der Hauptverband dem Problem des barrierefreien (behindertengerechten) Zugangs zur Arztpraxis („Arzt ohne Hindernisse“) – in diesem Zusammenhang findet vor allem die Problematik des Zugangs von behinderten Frauen zum Gynäkologen/zur Gynäkologin Beachtung. Barrierefreier Zugang ist nicht nur für unsere behinderten Mitbürgerinnen wichtig, sondern bringt auch Vorteile für Mütter mit Kinderwagen.

Weiters ist festzuhalten, dass bei der derzeit zur Diskussion stehenden Neugestaltung der Vorsorgeuntersuchung auch ein evidenzbasiertes gynäkologisches Vorsorgeprogramm Berücksichtigung finden soll.

In Zusammenhang mit dieser Frage möchte ich auch darauf hinweisen, dass durch die Involvierung meines Ressorts die Problematik „Verantwortung der Gesellschaft für die im Gesundheitswesen Tätigen“ bei der Moskau-Konferenz 2004 des Netzwerks „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ zum Thema gemacht wird.

Frage 8:

Mit dem Budgetbegleitgesetz 2003, BGBl. I Nr.71/2003, wurde dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die grundsätzliche Ermächtigung eingeräumt, für die Krankenversicherungsträger nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz - mit Ausnahme der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen - jährlich eine Verordnung zu erlassen, in der festgestellt wird, ob und in welcher Höhe ein Kostenbeitrag bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung und bei

Behandlung in einer Spitalsambulanz im nächstfolgenden Kalenderjahr zu entrichten ist. In diesem Zusammenhang ist der ausdrückliche gesetzliche Auftrag ergangen, dass bei Ausarbeitung des Verordnungsinhaltes auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten Bedacht zu nehmen ist.

Es liegt somit zunächst in der Verantwortung des Hauptverbandes, eine Regelung zu formulieren, welche bei der Einhebung eines Kostenbeitrages ganz allgemein die soziale Schutzbedürftigkeit von Versicherten und Versichertengruppen berücksichtigt und sachgerechte Ausnahmen von der Verpflichtung zur Zahlung eines solchen Beitrages zu normieren. Inwieweit allein geschlechtsspezifische Umstände bereits eine Begünstigung rechtfertigen, werden die diesbezüglichen Beratungen der Krankenversicherungsexperten ergeben.

Im Hinblick darauf, dass die genannte Verordnung der Genehmigung durch mich als Bundesministerin für Gesundheit und Frauen bedarf, werde ich anlässlich der Vorlage dieser Verordnung durch den Hauptverband besonderes Augenmerk auf die Beurteilung der Umsetzung der diesbezüglichen gesetzlichen Vorgaben richten.

Frage 9:

Wie bereits zu Frage 1 ausgeführt, wurden von der Frauengesundheitsabteilung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen 2 Studien zum Thema „Armutsbetroffene Frauen“ beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) in Auftrag gegeben, die sich auf die sozioökonomischen Zusammenhänge als Einflussfaktoren auf die Frauengesundheit beziehen:

- „Frauen und Gesundheitseinrichtungen“ – ÖBIG, 2002 und
- „Gesundheit und Erkrankungsrisiko“ – ÖBIG, 2003.

Ergebnisse aus diesen beiden Studien:

Es zeigt sich, dass die soziale Schichtzugehörigkeit, d.h. Bildung, beruflicher Status und Einkommen, Einfluss auf die Gesundheit und die Lebenserwartung von Frauen hat und unterschiedliches Gesundheitsverhalten durch die jeweilige soziale Lage geprägt ist.

Frauen aus niedrigeren sozialen Schichten haben ein höheres Risiko für Erkrankungen und eine höhere Sterblichkeit, v.a. in Folge von Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, Infektions- und Atemwegserkrankungen, als Frauen in höheren sozialen Schichten. Faktoren, die die Morbidität und Mortalität beeinflussen, sind arbeitsbedingte Belastungsfaktoren (niedrige Einkommen, körperliche Belastungen, Zeitdruck etc.), psychosoziale Belastungsbedingungen sowie belastende Lebensumstände (geringe Einbindung in soziale Netze), gesundheitsschädigendes Verhalten (ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Zigaretten- und Alkoholkonsum, Übergewicht) sowie geringe Inanspruchnahme medizinischer Vorsorge- und Früherkennungsprogramme.

In Österreich werden statistisch gesehen insgesamt über 450 000 Frauen als armutsgefährdet und 40% davon als arm bezeichnet. Alleinerzieherinnen leiden signifikant häufiger unter Schlaflosigkeit, Kreislaufproblemen, Magen- und Darmerkrankungen und unter psychologischen Verhaltensauffälligkeiten. Darüber hinaus war die Gesundheitszufriedenheit von Alleinerzieherinnen durchwegs geringer als jene von sozial abgesicherten Frauen.

Die Ergebnisse der Expertisen bestätigen Aussagen aus der Literatur, dass sozial benachteiligte Frauen (speziell Alleinerzieherinnen) Gesundheitsleistungen in geringerem Maße in Anspruch nehmen als andere Frauen, sogar wenn das Angebot speziell auf sie abgestimmt ist. Als Hauptbarrieren der Nutzung konnten neben dem Bildungsstand primär knappe Zeitbudgets und ökonomische Faktoren identifiziert werden.

Auch strukturelle Mängel, vor allem auf dem Land (schlechte Erreichbarkeit), und das soziale Umfeld (Herkunft, Sprache) können eine Hemmschwelle bedeuten.

Diese Benachteiligung könnte verringert werden durch multifunktionale, regionalisierte Gesundheits- bzw. Sozialzentren, die ein vielseitiges Angebot unter einem Dach vereinen oder zumindest die verschiedenen regionalen Angebote koordinieren.

Weiters wurde von der Frauengesundheitsabteilung am 7. Oktober 2002 eine Enquete zu Frauengesundheit für Österreich organisiert, welche sich mit neuen Modellen und Strategien in der Frauengesundheitsversorgung, -förderung und -forschung auseinandersetzte. Diese Frauengesundheitsveranstaltung diente dem Informationsaustausch über die interdisziplinären Expertisen zur Frauengesundheit sowie zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für spezifische Frauengesundheitsthemen.

Die Broschüre „Wenn Essen zur Qual wird“ wurde als Information für Mädchen und Frauen und Fachexpertinnen und -experten zum Thema Essstörungen von der Frauengesundheitsabteilung erstellt. Sie informiert über die Krankheitsursachen und -verläufe der Essstörungen und über Anlaufstellen für Beratungen in ganz Österreich.

Die Frauengesundheitsabteilung initiierte im April 2002 ein Netzwerktreffen mit Expertinnen und Experten aus dem Frauengesundheitsbereich, welches Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich in den Mittelpunkt stellte. Die Sichtbarmachung der Ungleichbehandlung von Frauen und Männern in Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung in Krankenanstalten an Hand von bestimmten Diagnosen sowie die Entwicklung von Standards, um die Chancengleichheit zu fördern – unter Einbeziehung der psychosomatischen Komponente und Berücksichtigung der regionalen Analyse – wurden evaluiert. Eine Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Komponenten ist in den Bereichen der Dokumentations- sowie statistischen Informationssysteme notwendig. Einen weiteren Schwerpunkt stellt der Zusammenhang Berufsleben und Gesundheit von Frauen dar. Benachteiligungen im Berufsleben wirken sich auf die Frauengesundheit aus. Berufe, die überwiegend von der weiblichen Bevölkerung ausgeübt werden, sind mit geschlechterspezifischen Gesundheitsbelastungen verbunden.

Frage 10:

Als Schwerpunkteinrichtungen im Frauengesundheitsbereich werden Frauengesundheitszentren seit Jahren in Kärnten, Linz, Salzburg, Graz und Wien gefördert. Darüber hinaus bieten auch die Frauenservicestellen im Rahmen ihres Beratungsangebotes Beratungen und Betreuung zur Frauengesundheit an.

Fördermittelvergabe seit 2002:

Für die oben angeführten Frauengesundheitszentren wurden insgesamt € 39.335,- an Fördermitteln vergeben.

Fördermittelvergabe 2003/04:

Die Förderung aus Frauenprojektfördermitteln erfolgt aufgrund der Änderung im Bundesministeriengesetz ab 1. Mai 2003 nunmehr aus VA-Ansatz 1/17006. Insgesamt stehen für 2003 (inklusive Budgetprovisorium) und 2004 gemäß BVA jeweils 3.247.000,- Euro zur Verfügung. Einzelprojekte werden im Bundesvoranschlag nicht gesondert ausgewiesen.

Beilage

Mit freundlichen Grüßen
Die Bundesministerin:



Maria Rauch-Kallat

Von der Vervielfältigung der der Anfragebeantwortung angeschlossenen umfangreichen Beilagen wurde gemäß § 23 Abs. 2 GOG Abstand genommen.
Die gesamte Anfragebeantwortung liegt jedoch in der Parlamentsdirektion zur Einsichtnahme auf.