



Parlament
Österreich

Gesundheitsausschuss

Auszugsweise Darstellung

verfasst von der Abteilung 1.4/2.4 – Stenographische Protokolle

35. Sitzung

Mittwoch, 14. Februar 2024

XXVII. Gesetzgebungsperiode

TOP 1

Frauengesundheitsbericht 2022, vorgelegt vom Bundesminister für Soziales,
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (III-953 d.B.)

(Wiederaufnahme der am 6. Juni 2023 vertagten Verhandlungen)

12.34 Uhr – 14.45 Uhr

Bundesratssaal

www.parlament.gv.at



Beginn des öffentlichen Teils: 12.34 Uhr

1. Punkt

**Frauengesundheitsbericht 2022, vorgelegt vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (III-953 d.B.)
(Wiederaufnahme der am 6. Juni 2023 vertagten Verhandlungen)**

Obmann Mag. Gerhard Kaniak nimmt die unterbrochene Sitzung **wieder auf** und begrüßt Bundesminister Rauch, seine Mitarbeiter sowie die anwesenden Expertinnen und Experten.

Nach Mitteilungen hinsichtlich der Redeordnung leitet der Obmann zu den Eingangsstatements der Expertinnen und Experten über und ersucht Sylvia Gaiswinkler um ihre Ausführungen.

Eingangsstatements der Expert:innen

Sylvia Gaiswinkler, MA (Gesundheit Österreich GmbH): Erfreulicherweise gibt es nach zehn Jahren wieder einen Frauengesundheitsbericht. Damit liegen wieder Informationen zur gesundheitlichen Situation von Mädchen und Frauen in Österreich vor. Darin sind Themen abgedeckt, die sonst in klassischen Gesundheitsberichten kaum oder gar nicht vorhanden sind. Der Bericht ist aus der Perspektive sozioökonomischer Determinanten erstellt, das heißt, er schließt an klassische Gesundheitsberichte und auch an vorhergehende Frauengesundheitsberichte, wie dem aus 2010 oder auch dem aus Deutschland, vom RKI, aus 2020, an.

Warum braucht es eigentlich einen Frauengesundheitsbericht? – Es ist so, dass 51 Prozent der Bevölkerung Frauen sind. In Österreich gibt es also rund 4,5 Millionen Mädchen und Frauen. Dennoch fehlen größtenteils Informationen zu deren gesundheitlicher Situation in klassischen Gesundheitsberichten und auch in Daten. Es gibt aber Unterschiede zwischen Männern und Frauen, diese liegen in



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 3

Erkrankungsrisiken, in Erkrankungsverläufen, aber auch in den Lebensrealitäten, die in einem gesellschaftlichen Kontext zu sehen sind und soziale Faktoren – wie unter anderem Fragen betreffend Armut, die zusammenhängen mit dem Pensionsgap, dem Gender-Pay-Gap, mit Teilzeitquoten, die Armutsgefährdung von Alleinerzieherinnen oder auch die erhöhte Armutsgefährdung von Frauen im Pensionsalter – betreffen.

Die absolute Lebenserwartung von Frauen in Österreich ist höher als jene von Männern, sie liegt bei 84 Jahren, jedoch ist es so, dass Frauen weniger Jahre in Gesundheit verbringen, das heißt, sie verbringen mehr Jahre in schlechter oder mittelmäßiger Gesundheit als Männer.

Ich zeige jetzt anhand von ein paar Beispielen, wie deutlich die Unterschiede sind. Das eine Beispiel ist mittlerweile glaube ich relativ bekannt: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die Haupttodesursache bei einem Drittel der Frauen. Das ist bei Männern genau so, trotzdem sterben insgesamt mehr Frauen als Männer an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, trotzdem gelten Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiterhin als typisch männliche Erkrankungen. Das ist insofern ein Thema, als Frauen dadurch ihr Erkrankungsrisiko unterschätzen. Sie haben unterschiedliche Symptome, sie bekommen oft eine verspätete Diagnosestellung und sind vor allem auch mit auf Frauen nicht abgestimmten Medikations- und Behandlungsplänen konfrontiert. Risikofaktoren sind – wie bei Männern auch – vor allem psychosoziale Faktoren wie Stress oder auch mangelnde soziale Unterstützung.

Ein Beispiel, das ich herausgegriffen habe, bei dem es auch Unterschiede gibt: Eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen bei Frauen ist Endometriose, die in letzter Zeit etwas in den Blick gerückt ist, ich möchte sie hier aber trotzdem nennen. Es ist so, dass es eine geschätzte Prävalenz von rund 10 Prozent in der Gruppe der Frauen im reproduktiven Alter gibt – das heißt, das betrifft in Österreich rund 120 000 bis 300 000 Mädchen mit einer wahrscheinlich hohen Dunkelziffer. Diese Prävalenz von rund 10 Prozent ist ähnlich hoch wie bei Diabetes Typ 2, also das bedeutet, es ist keine seltene Erkrankung, aber dennoch liegt die Forschung im



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 4

Vergleich zu Diabetes deutlich zurück. Auch die Dauer, bis die Diagnose gestellt wird, umfasst mit zwischen sieben und neun Jahren einen wirklich langen Zeitraum.

Ein weiterer Punkt sind Mehrfachbelastungen – Stress, Arbeitsdruck, Mental Load –, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben, vor allem auf die psychische Gesundheit, wie etwa in Form von Schlafstörungen, Kopfschmerzen. Das heißt: All das sind Faktoren, die zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch zu anderen physischen Erkrankungen führen.

Mental Load ist in dem Zusammenhang ein Belastungsverstärker; unter diesem Konzept werden die Übernahme von Verantwortung und das gesamte Management des privaten und beruflichen Bereichs verstanden, was mehr von Frauen als von Männern geleistet wird, von Männern eher konsumiert wird.

Insgesamt zieht sich da auch die Frage der Selbstbestimmungsmöglichkeit von Frauen ein bisschen durch. Selbstbestimmung spielt eine Schlüsselrolle für Gesundheit in allen Altersphasen und in allen Lebenssituationen – im Fall von sexueller Selbstbestimmung, im Fall von reproduktiver Selbstbestimmung und vor allem auch im Fall von Körper- und Selbstbildern, die auch starke Auswirkungen auf die Gesundheit haben.

Was sind die Hauptergebnisse? – 51 Prozent der Bevölkerung sind Frauen. Wir haben aber bei Erstellung des Berichtes gesehen, wir stehen vor einer herausfordernden Datenlage zu frauenspezifischen oder zu gesundheitsrelevanten Themen, von denen Mädchen und Frauen betroffen sind. Diese Themen sind noch nicht standardisiert in Forschung, Planung und Versorgung verankert; da geht es um Menstruationsgesundheit, um Wechseljahre und Menopause, um sexuelle Gesundheit, um reproduktive Selbstbestimmung, vor allem auch um den Blick auf Mädchen und Frauen in ihren unterschiedlichen Lebensphasen, um gesundheitliche Auswirkungen durch Mehrfachbelastungen.



Wir wissen eigentlich noch wenig darüber: Wie kommen diese Mehrfachbelastungen im Detail zustande und wie wirken sie sich tatsächlich aus? Ähnlich wenig wissen wir auch dazu: Wie sieht es mit den defizitären Körper- und Selbstbildern aus, wie wirken sich diese aus? Wie wirken sich Gewalterfahrungen, die Mädchen und Frauen machen, aus? Es gibt Annahmen, wonach rund 80 Prozent der psychischen Erkrankungen auf frühere Gewalterfahrungen zurückzuführen sind.

Insgesamt geht es um gesundheitliche Themen, von denen entweder nur Frauen betroffen sind, wie im Fall von Endometriose, oder von denen sie häufiger oder anders betroffen sind als Männer. Auffallend ist: Wenn es Daten gibt, so sind diese häufig mit dem Fokus auf reproduktive Gesundheit vorhanden.

Insgesamt ist erkennbar, dass historisch – und das ist tatsächlich historisch – das Gesundheitssystem androzentrisch ausgerichtet ist. Es ist sehr viel abgedeckt im Gesundheitssystem, jedoch werden frauentypische Gesundheitsrisiken häufig nicht berücksichtigt, und das in Forschung, Prävention, Diagnostik und Versorgung. – Danke.

Dr. Günter Koderhold (Krankenhaus Hietzing): Vielen Dank für die Einladung, danke, dass ich zu Ihnen sprechen darf.

Zum Gesundheitsbericht erlaube ich mir eingangs zu erwähnen, dass es sicherlich nicht leicht war, mit einer derartig knappen nationalen Datenlage, wie ja von den Verfasserinnen selbst erwähnt, einen doch detaillierten Gesundheitsbericht abzufassen.

Die Problematik der Datenlage ist schon seit Jahrzehnten bekannt, weshalb wir vor acht Jahren einen Antrag auf die Installierung eines Kodierassistenten – in Analogie zu den Medical/Clinical Codern, wie es sie in den angloamerikanischen Ländern gibt – gestellt haben. Diese Dokumentationsassistenten oder Clinical Coders haben die Aufgabe, die medizinischen Berufe zu entlasten. Das ist eine relativ anspruchsvolle Ausbildung, die im Allgemeinen drei bis vier Jahre dauert. Wir drängen diesbezüglich



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 6

und werden diesen Antrag noch einmal einbringen. Man braucht ungefähr fünf Jahre bis zur Etablierung der ersten fertig ausgebildeten Dokumentationsassistentin. Sie müssen eine Akademie beschließen, Sie müssen das Lehrpersonal bekommen, Sie müssen das Budget zuordnen, und dann können Sie diese Dokumentationsassistenten im gesamten medizinischen Bereich einsetzen.

Da geht es, wie gesagt, nicht nur um die Frauengesundheit, da geht es um den gesamten medizinischen Bereich. Wir haben es betreffend Epidemiologie gesehen – und zwar nicht nur bei Covid-19, sondern schon bei Grippe –, dass wir bei Personen, bei Patienten, die auf Intensivabteilungen versterben, eigentlich nicht einmal die Infrastruktur und auch nicht die Spezialisten haben, die die Dokumentation übernehmen können. Wie gesagt, es ist international üblich, dass die aufwendige und qualitativ hochwertige Dokumentation nicht mehr vom üblichen medizinischen Personal umgesetzt wird, sondern von Dokumentationsassistenten oder Clinical Codern beziehungsweise Medical Codern.

Ich möchte Ihnen das nur noch einmal zur Kenntnis bringen, wir werden diesbezüglich einen entsprechenden Antrag stellen.

Wie gesagt: Den Bericht zu erstellen war sicher eine ziemliche Arbeit für die Verfasserinnen; die Problematik ist halt wie im gesamten Gesundheitsbereich die nicht ausreichende nationale Datenlage.

Ein zweiter Punkt, der Frauen ziemlich sicher mehr betrifft als Männer, ist, dass Frauen traditionellerweise im Gesundheitserhaltungsbereich der Familie tätig sind. Da würden wir uns eine verbesserte Gesundheitsbildung aller jungen Leute und auch der Erwachsenen wünschen. Bei Rankings innerhalb Europas im Bereich der Gesundheitsbildung ist Österreich eines der Schlusslichter. Dabei geht es darum, den jungen Leuten Basics beizubringen: Wie behandle ich eine Wunde? Wie kann ich mit Fieber umgehen? Was kann ich innerhalb des Familienbereichs, innerhalb des sozialen Umfelds selbst machen? Wie kann ich Erste Hilfe einschätzen, wie kann ich am



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 7

Arbeitsplatz Erste Hilfe einfordern? Mit einem entsprechenden Wissen an Gesundheitsbildung kann man das natürlich auch im betrieblichen Bereich einfordern. Diesen Punkt möchte ich Ihnen auch unbedingt ans Herz legen.

Ein Problembereich, den wir natürlich erwartet haben, ist die Situation betreffend Schwangerschaftsabbruch. Da möchten wir vor allem auf eine sachliche Diskussionsebene kommen. Dass es ein sehr emotional besetztes Thema ist, haben wir an den Bemerkungen politischer Parteien zur US-amerikanischen Situation gesehen, wo behauptet wird, dass durch das oberstgerichtliche Urteil das Recht auf Schwangerschaftsabbruch abgeschafft wird. Dem ist nicht so, mehr als die Hälfte der Bundesstaaten haben ein sehr liberales Recht auf Schwangerschaftsabbruch, und nur 14 Staaten von 50 haben ein deutlich restriktiveres System. *(Zwischenruf der Abg. Heinisch-Hosek.)* – Da stimme ich Ihnen zu, aber man muss auf einer sachlichen Datenbasis arbeiten, und wir würden uns eine Entemotionalisierung der Debatte wünschen, indem man wirklich auf die Fakten eingeht, wie zum Beispiel auf jenes Fakt, dass in den USA mehr als die Hälfte eine deutlich liberalere Situation haben. Es geht auch darum, dass wir damit rechnen, dass das auch auf EU-Ebene übernommen wird.

Ein ebenso diskussionswürdiger Punkt wird die Einbindung der LGBTI-Gruppe sein. Da stehen wir vor der Situation, dass diese Gruppe eine der mit dem gesundheitlich schlechtesten Zustand ist; es wird in diesem Bereich ein entsprechend hoher medizinischer und auch infrastruktureller Aufwand notwendig sein. Vor allem Personen, die Hormone zu sich nehmen, und das sind laut einer - - *(Abg. Lindner: Es gibt eh einen eigenen Bericht! Diskutieren wir bei der nächsten Sitzung!)* – Danke, dass Sie mich darauf hinweisen - - *(Ruf: Den Experten ausreden lassen!)*

Obmann Mag. Gerhard Kaniak: Ich ersuche die Abgeordneten, sich mit Zwischenrufen zurückzuhalten, es gibt dann die Fragerunden. Momentan ist der Experte am Wort.



Dr. Günter Koderhold (fortsetzend): Vielen Dank, Herr Vorsitzender.

Es geht da auch darum, dass die Datenlage zu gering ist und dass wir aufgrund der doch erheblichen Morbidität doch zu einer gewissen Vorsicht raten.

Die Klimasituation wurde im Bericht auch angesprochen. Dieser Aspekt ist sicherlich im Bereich der Subäquatorialregionen von großer Bedeutung, da Hitze ein Stressfaktor ist, der sich auf die Qualität der Schwangerschaft auswirkt. Ob sich das auch in Mitteleuropa so auswirkt, wagen wir zu bezweifeln. In sehr heißen Gebieten, die man zu den Entwicklungsländern zählt, wird das sicher ein Problem sein, in Mitteleuropa eher nicht.

Ein Punkt, bei dem wir wahrscheinlich mit den meisten anderen Fraktionen übereinstimmen, ist die Bewerbung des Erkennens der Endometriose; das ist eine wenig erkannte, wenig bewusste, aber über viele Jahre sehr quälende Krankheit.

Da empfehlen wir, dass im Bereich der Bildung, der Gesundheitsbildung, der Schulen und auch im Bereich anderer Möglichkeiten wie der Medien die Existenz der Endometriose den Frauen und Mädchen in das Bewusstsein gebracht wird, damit man möglichst bald und möglichst rechtzeitig handeln kann.

Zur beruflichen Gleichstellung erlaube ich mir, anzumerken, dass es in Deutschland – ich darf darauf hinweisen – immer wieder Schulungen und Kurse zu technischen Berufen gibt, von technischen Diensten, von Ingenieursdiensten, die Schulen aufsuchen und den Mädchen und jungen Frauen dezidiert die technischen Berufe, das Mint-System, darstellen, damit diese auch wissen, dass es auch Alternativen zu den traditionellen Berufen gibt. Soviel ich weiß gibt es so etwas in Österreich nur in der Steiermark. Da würden wir uns auch wünschen, dass diese technischen Berufe, der Aufbau technischen Wissens bei jungen Frauen und Mädchen besser beworben wird.

Dann noch eine Randbemerkung zum Stichwort genderfluid: Es wurde angeführt, dass die Identifikation fluid sei. Ich habe mich da etwas eingelesen – mehr als etwas –: In



der Altersgruppe von 25 bis 60 würden sich etwa 5 Prozent als genderfluid bezeichnen. Das ist an der statistischen Grenze – ich möchte nur in Erinnerung rufen, dass der Prozentsatz bei Weitem nicht so hoch ist. – Danke für die Aufmerksamkeit.

Univ.-Prof. MMag. DDr. Barbara Maier (Klinik Ottakring): Sehr geehrte Abgeordnete! Vielen Dank für die Möglichkeit, über den Frauengesundheitsbericht zu sprechen. Ich möchte das als Frauenärztin mit jahrzehntelanger Erfahrung, als Primarärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Klinik Ottakring tun.

Eine für mich ganz wesentliche Vorbemerkung: Gesundheit ist Autonomie und Selbstbestimmung. Sie ermöglicht Lebenssouveränität, und lebenssouveräne Menschen sind gesünder. Das gilt nicht nur für Männer, sondern gleichberechtigt auch für Frauen. Basis dafür ist Healthliteracy, Gesundheitskompetenz. Das braucht entsprechende Bildung und auch eine gut abgesicherte finanzielle Situation, heute: Gender-Pay-Gap.

Ich denke, Frauen sind sehr viel häufiger als Männer Mehrfachbelastungen ausgesetzt, und, wie Sie alle wissen und worauf wir uns wahrscheinlich auch verständigen können, Frauen leisten den Löwenanteil an sogenannter nicht remunerierter Carearbeit. Beides prädestiniert sie später für Altersarmut, denn sie versäumen ja Einkommensmöglichkeiten, und Armut ist ein wesentlicher Faktor für gesundheitliche Probleme.

Frauen – ich sage Ihnen wahrscheinlich nichts Neues – sind phasische, zyklische Wesen. Die Kindheit und Jugend, die reproduktive Phase, die Postmenopause und das Senium haben alle in einem biopsychosozialen Modell verschiedenste Herausforderungen. Sehr oft wird diesen Herausforderungen viel zu wenig Rechnung getragen.

Sexuelle und reproduktive Rechte sollten nicht nur auf dem Papier bestehen, man sollte sie auch leben können. Ich bin selber Präsidentin der Österreichischen



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 10

Gesellschaft für Familienplanung; Sie werden es mitgekriegt haben: 50 Jahre Fristenlösung, großes Symposium im Rathaus.

Selbstbestimmung ist ein wesentlicher Teil, dass wir gesund leben können! Verhütung, die Möglichkeit von Abbrüchen ungewollter Schwangerschaften und die Leistbarkeit assistierter Fortpflanzungshilfe sollten garantiert sein. Für Frauen, insbesondere für arme Frauen, ist die Leistbarkeit von Verhütung ein Problem. Etliche von Ihnen werden vielleicht sagen: Na, die Pille kostet gar nicht so viel Geld! – Das stimmt einerseits, andererseits vertragen auch nicht alle Frauen die Pille, und wesentlich wäre die freie Langzeitverhütung, sprich mit der Spirale. Eine solche kostet zwischen 300 und 500 Euro. Wenn Sie Ihre Anstellung an der Billa-Kasse haben, dann ist das mindestens Ihr halbes Monatsgehalt. Das muss man sich dazu wirklich vorstellen!

Langzeitverhütung verhindert noch effizienter ungewollte Schwangerschaften und damit auch Schwangerschaftsabbrüche. Sollten diese allerdings notwendig werden, so sollte ein ungehinderter, flächendeckender Zugang für alle Frauen in Österreich möglich sein. Ebenfalls bin ich absolut der Meinung – und das sage ich Ihnen als Geburtshelferin –, dass es darum geht, dass eine Frau nicht zu einer Schwangerschaft gezwungen werden darf. Das ist ein unglaubliches Leid für solche Frauen wie auch für solchermaßen entstandene Kinder.

Die Remunerierung der Schwangerschaftsvorsorge, und: Schwangerschaft ist ein Window of Opportunity, ist eine Farce. Also das ist für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wirklich viel zu wenig. Man muss sich Zeit nehmen, als Window of Opportunity ermöglicht man in der Schwangerschaft nämlich das Erkennen von späteren Problemen, im Sinne von Adipositas, Schwangerschaftsdiabetes et cetera. Könnte man da die Frauen entsprechend beraten, würde man später für solchermaßen betroffene Frauen eine Altersdiabetes Typ 2 verhindern können. Auch für die Kinder ist eine transgenerationelle Weitergabe solcher Probleme eine wirklich essenzielle Geschichte. Der Mutter-Kind-Pass oder, wie er jetzt heißt, Eltern-Kind-Pass, könnte da noch viel Positives bewirken.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 11

Eine ungestörte Entwicklung des Körperbildes ist insbesondere für unsere Mädchen wesentlich. Defizitäre Körperbilder – dazu werden die Psychologinnen noch einiges sagen – schüren Unzufriedenheit und natürlich dann auch viele Probleme für die Mädchen im Hinblick auf Essstörungen, Anorexia nervosa auf der einen Seite sowie Adipositas-Entwicklungen auf der anderen, die uns viele Sorgen bereiten.

Zur Menstruationsgesundheit hat es in Wien eine interessante Studie gegeben, auch im Gesundheitsbericht gut verankert, das ist ganz, ganz wesentlich. Viele Mädchen, viele junge Frauen haben Dysmenorrhoe, also Schmerzen. Wenn man das entsprechend behandeln könnte, würde man viele Fehltage und viel Leid verhindern. Außerdem kann man auch schon in jungen Jahren Endometriose, Adenomyose entwickeln.

Eine oft vergessene Lebensphase von Frauen ist die Postmenopause, also die Wechselphase. Allerdings wird jede zehnte Frau mit sogenannten Wechselbeschwerden im medizinischen System nicht ernst genommen – Kritik an uns selber.

Entsprechende Vorsorgedimensionen wie Brustgesundheit, Krebsabstrich, Ultraschalluntersuchung sind erforderlich und die Frauen sollten dazu absolut motiviert werden. Österreich ist leider kein Land der Vorsorge, obwohl im Gesundheitswesen von Mammakarzinomscreening bis zu Vorsorgekolposkopien ja vieles vorgehalten wird.

Thema Impfung: Ich bin eine onkologisch-gynäkologisch operierende Frauenärztin, also für große Operationen wie betreffend Gebärmutterhalskrebs, Gebärmutterkörperkrebs et cetera; Eierstockkrebs, was auch immer, zuständig. Zur HPV-Impfung: Wenn nur 40 bis 50 Prozent der Jugendlichen geimpft sind, ist das unglaublich schade. Mir blutet das Herz, wenn ich eine 38-jährige Frau mit einem Zervixkarzinom, das nicht mehr operabel ist, so groß ist und primär bestrahlt werden



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 12

muss, betreuen muss. Also: HPV-Impfung kostenfrei bis zum 30. Lebensjahr!, sage ich jetzt. Das wäre wahnsinnig wichtig anzudenken.

Gesundheitsgefährdend sind Gewalterfahrungen – da lasse ich den Psychologinnen den Vortritt.

Die Datenlage in Österreich ist prekär. Das einzig gute Register ist das Geburtenregister Österreich, da machen wir als geburtshilfliche Abteilungen unsere Eingaben, und das ist unser Qualitätsmanagement.

Was wir wissen – Sie (*in Richtung Expertin **Gaiswinkler***) haben es auch schon angesprochen –: 51 Prozent der Bevölkerung sind Frauen. Das Gesundheitswesen – die Datenerfassung – ist androzentrisch, und das sage ich als Frau, die im 20. Jahrhundert – und nicht im 19. – die vierte Frau war, die in Salzburg an der Salzburger Frauenklinik zur Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ausgebildet wurde.

Sie können es sich vorstellen, es gibt auch ganz wenige Primarärztinnen in dem Fach, fünf an der Zahl von 80 Primariaten. Das verhindert natürlich auch frauenspezifische Fragestellungen und Expertinnen, die die Möglichkeit haben – vielen Dank noch einmal –, so wie heute, zu Ihnen zu sprechen.

Gendermedizin ist in unserem Gesundheitswesen aber nicht einmal in der Frauenheilkunde unbedingt angekommen. Endometriose, Osteoporose, reproduktive Gesundheit finden trotz höchster Relevanz viel zu wenig Beachtung. Auch im Gesundheitsversorgungsbereich – wie zum Beispiel: die Gynäkologie ist weiblich – bildet sich das so nicht ab, wie ich Ihnen das gerade geschildert habe.

Arbeitsbedingungen für Ärztinnen, aber vor allem Arbeitsbedingungen für Frauen, die in der Pflege tätig sind, gehören dringend verbessert. Das ist sozusagen das Allerwichtigste, weil gerade jene Frauen, die jetzt sehr, sehr viele gepflegt haben,



wahrscheinlich im Alter dann keine Pflege bekommen werden, wenn sich die Situation weiter so verschärft.

Ein Wunsch wäre ein Frauenaktionsplan Frauengesundheit. – Damit danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

ao. Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger (Ludwig-Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung): Sehr geehrter Herr Bundesminister! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte mich sehr für die Einladung bedanken, der ich mit großem, weitem, starkem, feministischem Herzen nachgekommen bin. Ich habe mich wirklich sehr gefreut.

Ich bin Autorin des ersten – ever – österreichischen Frauengesundheitsberichtes, initiiert immerhin von der WHO – oh, là, là – und sehr gescheit gemacht, weil es in ganz Europa einheitliche epidemiologische Strukturen gab. Wir haben gewusst, was wir suchen müssen und wir konnten die Länder vergleichen; das war schon sehr spannend, darf ich Ihnen sagen. Ich bin auch Autorin des zweiten österreichischen Frauengesundheitsberichtes und Verfasserin des ersten Wiener Frauengesundheitsberichtes, der gezeigt hat, dass es eine unheimliche Chance ist – und deshalb sind wir, glaube ich, sehr froh darüber, dass wir als Expert:innen hier reden dürfen –, evidenzbasiert, wissenschaftlich, sachlich, objektiv gut belegt ein Programm zu schmieden und in die Zukunft zu schauen. Das haben wir, glaube ich, damals einstimmig – ich weiß nicht, ob das heute noch so wäre – in Wien geschafft, und wir haben das Wiener Frauengesundheitsprogramm mit vielen nachhaltigen Maßnahmen – die Kollegin von FEM Süd sitzt hier neben mir; das FEM blüht und gedeiht – auf die Beine gestellt. Ich glaube, wir können sagen: Ja, wir können es!

Das Wichtigste aber zuerst: Ich möchte aus ganzem Herzen dem Herrn Bundesminister dafür danken, dass er nach zehn Jahren wieder diese Schätze gehoben hat, sodass wir endlich wieder Frauengesundheit thematisieren können, weil – wie auch meine Vorrednerin soeben leidenschaftlich gesagt hat –: Liebe



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 14

Politiker:innen, wir sind mehr als die Hälfte der Bevölkerung, daher bitte ernst nehmen!

Was ich auch als langjährige Frauengesundheitsforscherin und Aktivistin sagen kann: Es ist so viel Chance drinnen. Wir können so viel machen, wenn wir es ernst nehmen. Wir vertun Chancen auch ökonomisch, wenn wir sie nicht nützen – also von daher: danke, danke!

Eine kleine Episode am Rande – heute ist Aschermittwoch –: Es ist schon verwunderlich, sehr geehrte Damen und Herren, dass es über 2 000 Jahre gebraucht hat, bis der gar nicht kleine Unterschied – wenn ich uns alle anschau – erst erkannt worden ist und sozusagen auf Frauengesundheit, Männergesundheit, Gendergesundheit überhaupt fokussiert wurde. Wir wissen aber auch, womit das zu tun hat, nämlich mit der jahrtausendealten patriarchalen Tradition, dass uns Frauen – als wären wir blöd – so lange der Zugang zur Wissenschaft und zur akademischen Ausbildung, somit auch zur Lehre und zum ärztlichen Tun, verwehrt wurde. Wir wissen also schon, woher das kommt.

Es gab deshalb auch in 124 Jahren, das ist vielleicht für Sie interessant, nur 5 Prozent Nobelpreisträgerinnen der Medizin – mit einem Wort: nachhaltig.

Ja, was macht dieser Bericht, dessen Verfasserin und ihrem Team ich aus vollem wissenschaftlichem Herzen nur gratulieren kann? – Er ist großartig, er ist umfassend. Er entspricht allen Vorgaben und Erkenntnissen von Public Health. Er ist verhaltens- und verhältnisorientiert und er macht eines ganz deutlich: Besonders bei Frauen – es gibt immer noch einen Gender-Pay-Gap, das brauche ich jetzt gar nicht länger auszuführen, das haben meine Vorredner:innen wunderbar gemacht – wirken sich soziale Bedingungen, Benachteiligungen, Diskriminierungen, Rollenerwartungen, Doppelt- und Dreifachbelastungen – ich könnte lange darüber reden, das will ich nicht – natürlich auf die Gesundheit aus, weil soziale Bedingungen sich biospsychosozial auf die Gesundheit auswirken.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 15

Wir könnten es auf den brutalen Punkt bringen: Armut, besonders im Alter, ist weiblich. Alter ist weiblich – das könnte positiv sein, aber wenn man arm ist, ist das eine andere Frage. Da wäre also viel zu machen. Depressionen sind – muss ich als Psychologin sagen – leider weiblich, und die Pflege ist weiblich – das Zusammenspiel all dieser Faktoren kann schon etwas nicht so Erfreuliches bewirken.

Der Bericht macht Haupterkrankungen sichtbar – das ist schon gesagt worden, ich möchte das jetzt gar nicht wiederholen. Ich möchte vielleicht nur, weil es wichtig ist und das die Autorinnen auch ganz klar und deutlich adressiert haben, herausheben: Der Ladykiller Nummer eins, liebe Damen, sind nach wie vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das wissenschaftlich nachzuweisen hat unheimlich lange gebraucht und ist der Professorin für Kardiologie an der Columbia University Marianne Legato zu verdanken, die diesen vor etwa 20, 30 Jahren erbracht hat, dass sich die Symptome bei Frauen anders ankündigen – das man muss wissen und man muss es ernst nehmen –, dass es eben einen Nachteil in der Behandlung gab.

Ich glaube, wir können positiv sagen, dass Gendermedizin schon etwas bewirkt hat, denn sie ist mittlerweile bei allen Kardiologiekongressen Thema. Aber: Frauen müssen noch besser darüber Bescheid wissen. Da ist also, glaube ich, viel zu holen. Zum anderen hängen Herz-Kreislauf-Erkrankungen natürlich auch mit Lifestylesituationen, mit Belastungen, mit Stress, mit weniger Bewegung – das tun wir Frauen leider auch, weil wir keine Zeit haben und weil es bei manchen noch nicht so zur Rolle gehört –, mit Ernährung – Diabetes ist schon gesagt worden – zusammen. Das heißt also, da ist viel an Prävention drin, wenn wir es rechtzeitig erkennen. Nützen wir sie!

Das Thema Mortalität weiterführend komme ich zu Krebs. Erfreulich ist, dass die Brustkrebsmortalität gesunken ist. Da sind wir ganz gut in der Behandlung. Es gibt gute Hoffnung. Die Inzidenz steigt leider weiterhin, auch da spielen viele Faktoren eine Rolle.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 16

Und: Wir haben ein gutes Instrument, wobei wir in Österreich fast die letzten in der EU waren, wir haben ein flächendeckendes – sollte so sein! –

Mammografieprogramm. Es wird aber – und da danke ich den Autorinnen auch, dass sie das deutlich gemacht haben – zu wenig genutzt. Warum? – Wir haben einen Gap von ungefähr 15 Prozent zwischen Frauen mit hoher Bildung und gutem Einkommen und jenen mit geringem Einkommen. Das geht nicht! Wir müssen also vom System her schauen – vor allem in ländlichen Regionen ist Frauengesundheit noch zu wenig Thema –: Wie können wir das zum Beispiel in die Plattform Gesunde Gemeinden hineintragen, in die dörflichen Strukturen? Wie können wir da die Frauen niederschwellig erreichen, sodass es eben diesen Gap in der Früherkennung in Zukunft bitte nicht mehr gibt?

Alter: Skeletterkrankungen, die eben auch eine Folge des Alters sind; auch das ist eine Folge von geringerer Bewegung. Osteoporose sollte man auch früh behandeln können. Das ist ein Wunsch an die Sozialversicherung generell. Es wäre vielleicht in Zukunft wichtig, dass wir die Wechseljahre und das Alter der Frauen vielleicht auch noch mehr in den Blickpunkt nehmen, weil wir eben auch älter werden, was ja erfreulich ist.

Ein anderer Schwerpunkt sind die gynäkologischen Erkrankungen. Es ist schon erwähnt worden und ich möchte das gerne noch einmal ausführen, und auch da ist den Autorinnen des Berichtes zu danken. Ich muss gestehen, in meinen Berichten ist das Wort Menstruation nicht wirklich vorgekommen. Wir älteren Frauenforscherinnen haben damals gesagt: Das Frauenleiden wollen wir nicht sehen, na ja, es ist nicht so schlimm! – Es ist aber gut, dass wir es jetzt sehen. Es ist gut, dass wir es adressieren. Es kostet außerdem etwas. Das betrifft jetzt nur Frauen, insofern sollten wir an einer positiven Einstellung arbeiten. Es ist sehr negativ konnotiert und den Studien zufolge in Zukunft noch mehr. Diesbezüglich haben wir auch als Mütter oder als Ärztinnen eine große Verantwortung, dass das einerseits eben positiver gesehen werden kann, dass wir andererseits die Beschwerden bitte viel ernster nehmen. Das haben wir wie gesagt lange ausgeblendet.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 17

Da komme ich auch – das ist schon gesagt worden – zur Osteoporose: Es ist eigentlich für mich unverständlich, aber ich bin keine Medizinerin, warum es so lange gedauert hat, bis man es erkannt hat. Ich muss gestehen, als Psychologin habe ich mir in meiner Psychosomatikambulanz gedacht: Aha, es ist vielleicht psychisch! Und ich habe mir gedacht, ich finde eigentlich nichts. Das heißt also, es ist super, dass wir endlich wissen, worauf diese Beschwerden und diese wirklichen Schmerzen und Belastungen zurückzuführen sind. Es ist aber nicht hinnehmbar und akzeptabel, dass es so lange Wartefristen gibt. Da brauchen wir wirklich mehr, weil es wirklich eine massive körperliche und psychische Belastung für Frauen ist. Osteoporose müssen wir also in Zukunft besser in den Griff kriegen.

Last, but not least ganz wichtig – von mir als Psychologin nicht überraschend und es ist ja von der Gynäkologin schon angesprochen worden –: psychische Gesundheit als großes Frauenthema. Ich muss Ihnen ehrlich sagen, ich finde es unheimlich traurig, dass ich das immer noch sagen muss: Depression ist weiblich. Fix noch einmal! Ich täte so gerne wissen, wie wir das endlich ändern können. Es gibt verschiedene Hypothesen, aber die Zahlen zeigen nicht nur in Österreich, sondern auch europaweit, dass es Depression in einem Verhältnis von zwei Dritteln zu einem Drittel gibt und dass wir Frauen auch leider mehr Psychopharmaka verschrieben bekommen und dann aber leider auch schlucken.

Das heißt, in der Gewaltprävention ist viel drinnen und viel zu tun, denn Gewalt macht lebenslang krank und – damit möchte ich schließen – es ist eigentlich für unsere Demokratie im Jahr 2024 eine Schande, dass es das überhaupt noch gibt. Der Kampf gegen Gewalt gegen Frauen und Kinder sollte ein gesamtgesellschaftliches Anliegen werden. Wir müssen wirklich schauen, dass das, was wir in dem wunderbaren Bericht mit 17 Zielen und 40 Maßnahmen drinnen haben, lebt, dass wir uns darum kümmern, dass wir es mit Ressourcen ausfüllen, denn damit könnten wir die Welt der Frauen um einiges besser machen. – Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.



Mag. Hilde Wolf, MBA (FEM Süd): Sehr geehrter Herr Bundesminister! Sehr geehrte Abgeordnete! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich danke für die Einladung und für die Gelegenheit, als Koordinatorin der leider nur noch sechs bestehenden Frauengesundheitszentren in Österreich und in meiner Leitungsfunktion des Frauengesundheitszentrums FEM Süd in Wien die Sicht der Frauengesundheitszentren auf den aktuellen Frauengesundheitsbericht einbringen zu dürfen. Meine Aufgabe habe ich seit mittlerweile 25 Jahren inne, ich verfolge also schon seit geraumer Zeit die Entwicklung auf dem Gebiet der Frauengesundheit.

Der neue Frauengesundheitsbericht, an dem wir als beratende Expertinnen mitwirken durften, zeichnet sich aus meiner Sicht vor allem dadurch aus, dass er, was in der Gesundheitsberichterstattung immer noch selten ist, eben kein Krankheitsbericht ist, der vor allem auf Zahlen, Daten, Fakten, Statistiken zu Morbiditäten und Mortalitäten beruht. Ich finde es ganz wichtig, dass darin auch wirklich durchgängig sozioökonomische Determinanten der Gesundheit einbezogen werden. Warum ist das für uns in der Praxis von großer Bedeutung? – Weil es eben auch in den Frauengesundheitszentren die Realität ist, dass Frauen selten mit einem Problem kommen, sondern meistens mit multiplen Problemlagen. Meistens ist die Belastungssituation schon sehr hoch, wenn Frauen sich an uns wenden, und das manifestiert sich dann eben auf physischer, psychischer und sozialer Ebene. Wir können viel helfen, stoßen mitunter aber auch an unsere Grenzen, wenn es beispielsweise darum geht, dass wir versuchen, Frauen im Bereich der Gynäkologie, der Psychiatrie, der Pädiatrie und anderen mehr an die kassenärztliche Versorgung anzubinden.

Wie meine beiden Vorrednerinnen schon gesagt haben, zeigen die multiplen Problemlagen, dass Frauengesundheit eben ein Ergebnis der Lebensbedingungen und der Lebensumwelt ist. Mehrfachbelastungen, Carearbeit, das Dasein als Alleinerzieherinnen, finanzielle Not durch Teilzeitbeschäftigung oder Altersarmut wurden schon angesprochen. Dass sich all das auch maßgeblich auf die Gesundheit



auswirkt, ist zwar bekannt, wird aber viel zu wenig thematisiert. Der Bericht macht das glücklicherweise.

Wichtig ist uns der Bericht auch insofern, als reproduktive Gesundheit zwar ein ganz zentrales und wichtiges Thema ist, aber nicht das einzige. Wir müssen Frauen in ihrer Gesamtheit wahrnehmen. In unserer täglichen Arbeit mit Frauen sehen wir auch, dass psychosoziale Belastungen, die sich aus Zukunftssorgen, lang andauernden Stressfaktoren und geringer sozialer Unterstützung ergeben, eine gesundheitsförderliche Lebensweise deutlich erschweren. Das Resultat sind dann oft Übergewicht, Adipositas, Bluthochdruck, Diabetes. Da wird die Schuld dann oft den Frauen gegeben und es heißt, sie seien zu willensschwach und sie müssten ihren Lebensstil halt gesünder gestalten.

Was auch schon angesprochen wurde und uns ebenfalls sehr wichtig ist, ist der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit. Frauen sind nach wie vor häufiger armutsgefährdet als Männer und die Armutsgefährdung hat seit der Pandemie noch einmal zugenommen. Das heißt, dass der Handlungsbedarf groß ist. Der Equal-Pay-Day heute – auch schon angesprochen – macht die Ungleichheit noch einmal mehr sichtbar. Was ist die Folge? – Ein niedrigerer sozioökonomischer Status erhöht das Morbiditätsrisiko, insbesondere eben für Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Herzinfarkt ist kein alleiniges Männerthema – und natürlich auch für psychische Erkrankungen.

Für uns ist auch sehr erfreulich, dass den gesundheitlichen Auswirkungen der aktuellen Krisen ein eigenes Kapitel im Frauengesundheitsbericht gewidmet ist. Es sind Frauen, die in der Zeit der Pandemie und auch jetzt, in der Zeit der Krisen, die Hauptlast getragen haben und tragen. UN Women hat von der „Krise der Frauen“ gesprochen und das zeigt uns einfach, dass wir da wirklich großen Handlungsbedarf haben. Nichtsdestotrotz passiert es uns immer wieder, dass wir gefragt werden, warum denn Frauengesundheit so wichtig ist, wo es doch immer noch die Männer sind, die deutlich kürzer leben.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 20

Für mich ist das eine etwas komische Frage und für mich geht es auch nicht um ein Entweder-oder, wir müssen auch die Männergesundheit ins Auge fassen. Wir wissen aber – der Bericht hat es auch noch einmal sehr klar gemacht –, dass Frauen zwar länger leben, aber nicht mehr Lebensjahre in guter Gesundheit verbringen. Da müssen wir ansetzen. Für mich ist es wirklich erschreckend, dass Frauen fast 20 Jahre ihres Lebens in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit und somit auch in schlechter Lebensqualität verbringen. Bei der Ursachenforschung sind wir wahrscheinlich schnell wieder bei den Lebensbedingungen.

In den Frauengesundheitszentren macht sich die Krise der Frauen sehr stark bemerkbar. Wir haben einen hohen Anstieg der Beratungsanfragen erlebt. Im Jahr 2022 haben wir allein in den Wiener Frauengesundheitszentren 35 000 Telefonanrufe verzeichnet und 27 500 Beratungsgespräche mit Frauen abgewickelt. Das ist eine Steigerung um 25 Prozent gegenüber dem Beginn der Pandemie. Wir tun, was wir können. Die Problemlagen werden akuter und gravierender. Wir hatten das früher sehr selten, dass beispielsweise schon die Delogierung bevorsteht oder Frauen zu uns kommen, die tagelang kaum gegessen haben. Dass manches Mal Kolleginnen in der Beratungssituation mit ihren privaten Lebensmitteln aushelfen, das ist für uns neu. Diese existenziellen Probleme kommen also noch zu Depressionen, Erschöpfungssymptomen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Ängsten dazu.

Der Bericht sagt auch, dass Frauen doppelt so viele Krankenstandstage aufgrund von psychischen Erkrankungen haben wie Männer und auch häufiger wegen Erwerbsunfähigkeit in Pension gehen. Auch da sehen wir also großen und dringenden Handlungsbedarf. Ich bin froh, dass im Bericht das Thema Mental Load aufgegriffen worden ist. Es ist ein ganz neues Thema, da müssen auch wir unsere Aufmerksamkeit erst schärfen. Es bedeutet – das werden jetzt viele von Ihnen kennen –: Selbst wenn partnerschaftliche Aufgabenteilung gelingt, sind es die Frauen, die sich um Arzttermine, Schularbeiten und das Geschenk für die Schwiegermutter kümmern. Frauenministerin Raab hat für heuer einen Schwerpunkt zu dieser emotionalen



Belastung gesetzt. Da braucht es Aufmerksamkeit, auch von uns selbst, also vonseiten der Beraterinnen.

Wichtig ist mir auch ein Blick auf die Zielgruppe der Mädchen und jungen Frauen, denen es besonders schlecht geht. Laut Bericht sind psychische Erkrankungen in dieser Gruppe sogar die häufigste Ursache für in Krankheit verbrachte Lebensjahre. Das ist sehr erschreckend.

Für uns war es sehr hilfreich, dass wir in den Frauengesundheitszentren darauf schnell und gezielt reagieren und unsere Angebote erweitern konnten. Dank der Unterstützung vom Herrn Bundesminister für Gesundheit konnten wir das Projekt Selbstwert Plus in ganz Österreich mit 12 Partner:innen der Frauen- und Mädchengesundheit umsetzen und so in den letzten zwei Jahren fast 6 000 Mädchen flächendeckend und niederschwellig unterstützen. In der Beratung geht es da vor allem um psychische Krisen und Belastungen, es geht auch um Essstörungen, es geht um selbstverletzendes Verhalten oder auch um Substanzmissbrauch. Wir haben da sehr stark darauf gesetzt, dass wir gemeinsam mit Partner:innen in der offenen Jugendarbeit in Qualifizierungsmaßnahmen oder Schulen aufsuchend Workshops umsetzen. In den zwei Jahren haben wir gemeinsam 450 Workshops umgesetzt und da geht es einfach sehr stark darum, Mädchen in ihrem Selbstwert, in der Selbstbestimmung im Hinblick auf die sexuelle Gesundheit und das Thema Gewaltprävention zu stärken.

Das sei noch kurz angesprochen: Das Thema Gewalt gegen Frauen ist ein zentrales Thema der Frauengesundheit. Uns beschäftigt physische Gewalt natürlich sehr stark. Wir sind sehr froh darüber, dass das Gewaltschutznetz ausgebaut worden ist, und wir versuchen Frauen und Mädchen laufend zu ermutigen, dieses auch für sich zu nützen und nicht aus Scham oder Schuldgefühlen sich selber und vielleicht auch noch ihre Kinder in Gefahr zu bringen. Wir sind aber mit neuen Formen der psychischen Gewalt – Handytracking und -kontrollieren, Cyberstalking – konfrontiert, die in starkem Ausmaß steigen. Da kommen wir oft auch an unsere Grenzen. Eine Klientin



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 22

von uns ist sogar von Deutschland nach Österreich übersiedelt, um der Verfolgung zu entgehen.

Ein letzter Punkt: Auch spezifisch geschlechtsbezogene Formen der Gewalt, wie die weibliche Genitalverstümmelung sind dankenswerterweise ein Thema im Frauengesundheitsbericht. Dank der Unterstützung von Frauenministerin Raab dürfen wir seit mittlerweile drei Jahren gemeinsam mit dem Österreichischen Roten Kreuz und anderen Partner:innen österreichweit als FGM/C-Koordinationsstelle fungieren und sind sehr froh, so die aktuell geschätzten 11 000 betroffenen Frauen und Mädchen wirklich gezielt unterstützen zu können. Frau Prof. Maier ist im Bereich der gynäkologischen Versorgung ja auch eine Vorreiterin. Dafür sind wir Ihnen enorm dankbar. Das ist uns ein großes Anliegen.

Mein Resümee: Die Ergebnisse des Frauengesundheitsberichtes stärken uns in unserem Tun und zeigen gleichzeitig, dass es erst ein Anfang für weitere Forschung, die zu den Themen, die schon angesprochen sind, stattfinden muss, sein kann. Aus unserer Sicht ist auch der Aktionsplan Frauengesundheit ein gutes Instrument für Monitoring und die Umsetzung.

Noch eine letzte Anmerkung in eigener Sache: Um Frauengesundheit nachhaltig zu verbessern, braucht es eine langfristige Absicherung der Einrichtungen für Frauen- und Mädchengesundheit. – Vielen Dank.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak dankt den Expert:innen für ihre Ausführungen und leitet zur ersten Fragerunde der Abgeordneten über. Er weist darauf hin, dass die Abgeordneten ihre Fragen von ihren Plätzen aus über die Tischmikrofone stellen können.

Erste Fragerunde der Abgeordneten

Abgeordnete Mag. Dr. Juliane Bogner-Strauß (ÖVP): Herr Vorsitzender! Werte Expertinnen! Werter Experte! Ich finde den Gesundheitsbericht natürlich extrem



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 23

spannend, darin sind sehr, sehr viele Themen verankert. Ich möchte auf ein paar davon doch noch einmal eingehen.

Frau Primaria, Sie haben zum Beispiel erwähnt, dass die HPV-Impfung leider nur von 50 Prozent der Jugendlichen in Anspruch genommen wird. Dazu würde mich schon interessieren: Wir haben die HPV-Impfung in der Steiermark schon früher bis 18 Jahre gratis ermöglicht, sie ist jetzt, dank der gemeinsamen Finanzierung von Bund, Ländern und Sozialversicherung bis 21 Jahre gratis; als Beispiel sehen wir Australien. HPV ist die einzige Impfung, die vor Krebs schützt. Welche Vorschläge hätten Sie, um die Durchimpfungsrate zu erhöhen?

Ein weiteres Thema, das Sie, Frau Mag. Wolf, zum Schluss angesprochen haben, waren Frauengesundheitszentren und auch Gewaltambulanzen: In welche Richtung sehen Sie da Verbesserungen, die in den letzten Jahren eingetreten sind, und die zum Beispiel durch die Gewaltambulanzen auch noch eintreten können? Und wie können wir den Frauen niederschwellig Mut machen, in die Gewaltambulanzen zu gehen?

Ein weiteres Thema, das auch mich vermutlich in naher Zukunft betreffen wird, ist die Menopause beziehungsweise das Vorfeld der Wechseljahre. Frau Primaria, Sie haben es selbst angesprochen: Wie können gerade im medizinischen Bereich Ärzte und Ärztinnen, Gynäkologinnen und Gynäkologen die Jugendlichen bei Erstgesprächen, die dem Gesundheitsbericht zufolge stark zurückgegangen sind, besser mitnehmen – das gilt auch für das Thema Endometriose –, um eben in der Pubertät über die Menarche und über die Menopause entsprechend zu reden und das nicht mehr gesellschaftlich zu stigmatisieren? Vor allem: Wie können wir auch Eltern mitnehmen? – Danke schön.

Abgeordnete Gabriele Heinisch-Hosek (SPÖ): Vielen herzlichen Dank an alle Expert:innen! Ich freue mich sehr, dass seit 2010 wieder ein Frauengesundheitsbericht vorliegt, den wir auch im Plenum diskutieren können und nicht hier enderledigen. Dieses Hearing haben wir auch letztens gemeinsam



beschlossen. Es ist ganz wichtig, von Expertinnen – vor allem von Expertinnen, also kleines I – hier sehr aufschlussreiche Antworten auf unsere Fragestellungen zu bekommen.

Ein Ausfluss des damaligen Frauengesundheitsberichtes war der Aktionsplan Frauengesundheit – ein nationaler war nicht möglich, da das Thema Schwangerschaftsabbruch mit der ÖVP nicht zu diskutieren war, das sei nur am Rande angemerkt. Der Aktionsplan ist aber ein rollierender Prozess, den gibt es noch immer, das hat dann von Ressort zu Ressort gewechselt und es gibt in den Bundesländern immer noch Focal Points, die dazu arbeiten. Das ist erfreulich. Vielleicht haben wir jetzt wieder eine Chance. Damals haben wir – Alois Stöger war Gesundheitsminister, ich war Frauenministerin – den Gesundheitsbericht gemeinsam, zwei Ausschussgruppen übergreifend, diskutiert, da hat er auch an Bedeutung gewonnen. Vielleicht gelingt es auch diesmal, in den Monaten bis zur Wahl noch gemeinschaftliche Schlussfolgerungen zu ziehen.

Mein erster Fragenkomplex bezieht sich auf Mädchen und junge Frauen: Wir stellen gerade nach der Pandemie fest, dass – das Thema Depressionen wurde angesprochen – das emotionale Wohlbefinden von Mädchen schwer gesunken ist, dass vermehrt Essstörungen oder Angststörungen auftreten. Meine Frage an alle Expert:innen: Wie kann das Versorgungssystem in Österreich besser werden? – Mein erster Fragenkomplex.

Die zweite und dritte Frage gehen hauptsächlich an Frau Prof.ⁱⁿ Maier, es können aber auch alle anderen etwas dazu sagen. Es geht um die Themen Regelschmerzen – natürlich –, Endometriose – natürlich – und andere Erkrankungen im gynäkologischen Bereich. Frau Professorin, wie müssen wir da die Versorgungslage oder auch die Informationslage verbessern? Denn alles läuft auf Healthliteracy hinaus: Wenn ich gesundheitskompetent bin, kann ich ja viele Dinge verhindern beziehungsweise vermeiden.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 25

Frauen und Geburt, der dritte Themenkomplex: Welche Datenlage bräuchten wir? In Deutschland weiß man zum Beispiel, dass zwischen 10 und 15 Prozent der Frauen, die Mütter geworden sind, während der Schwangerschaft körperliche und psychische Gewalt erlebt haben, also Tritte gegen den Bauch und andere schwerwiegende Verletzungen, und dort gibt es eine bessere Datenlage als bei uns. Wie kann man in der Fachärzt:innenausbildung bessere Sensibilisierungsmaßnahmen ergreifen?

Der letzte Fragenkomplex: 50 Jahre Fristenregelung wurde als das Selbstbestimmungsrecht von Frauen über ihren Körper heute schon sehr prominent von Ihnen erwähnt, Frau Professorin. Welche Möglichkeiten sehen Sie alle hier am Podium, den Straftatbestand wegzubekommen? Das heißt: Raus aus dem Strafrecht! Welche Möglichkeiten gäbe es, daraus eine niederschwellige Gesundheitsdienstleistung in allen Bundesländern zu machen? – Vielen Dank.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak weist die zweite Fragestellerin der SPÖ – Abgeordnete Verena Nussbaum – darauf hin, dass ihr noch 30 Sekunden Redezeit bleiben.

Abgeordnete Mag. Verena Nussbaum (SPÖ): Zum Mental Load: Die Covid-19-Krise hat uns die Bedeutung unbezahlter Carearbeit, die einfach ungerecht verteilt ist und überwiegend von Frauen gemacht wird, noch deutlicher gemacht. Frau Dr. Maier und gerne auch die Psychologinnen: Welche konkreten körperlichen und seelischen Auswirkungen haben Sie da beobachten können?

Ich möchte auch noch einmal auf das Thema Frauen in der Menopause zurückkommen: Wir wissen, dass Frauen zirka 19,3 Jahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit leben. Das Thema Wechsel ist schon angesprochen worden, es wird stigmatisiert, ist nicht wirklich beleuchtet und wird nicht besprochen, aber: Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Lebensjahren in mittelmäßiger und schlechter Gesundheit und der medizinischen Versorgung in den Wechseljahren? Was ist Ihrer Meinung nach zu unternehmen, damit Frauen auch diesbezüglich selbstbestimmter werden können? – Danke.



Abgeordnete Rosa Ecker, MBA (FPÖ): Herr Vorsitzender! Das Ziel bei der Erstellung des Frauengesundheitsberichtes war ja, dass man die Frauengesundheit damit verbessern und die Gendermedizin stärken kann. Wir haben es schon gehört: Es gibt Fehldiagnosen und falsche Therapieansätze, da Gesundheitsrisiken sich bei Frauen in anderen Krankheiten und Krankheitsverläufen äußern. Jetzt wäre meine Frage an alle Expert:innen: Welche Maßnahmen sind aus dem Gesundheitsbericht ganz besonders dringend abzuleiten, damit das Ziel, die Frauengesundheit zu stärken und zu verbessern, möglichst rasch in zumindest einigen Teilbereichen realisiert werden kann?

Im Bericht wird festgestellt: Die Daten sind nicht repräsentativ, sie sind schwer zugänglich, sie fehlen überhaupt, teilweise sind Daten verwendet worden, die nicht aus Österreich stammen. Eine geschlechtergerechte Erhebung und eine Auswertung von Daten aus Österreich ist aber essenziell, damit man einen definitiven Bericht für Frauen in Österreich erstellen kann. Erstens einmal: Wie kann das sein? Und: Welche Daten müssen denn erhoben werden, damit man einen Bericht erstellen kann, der sich zu 100 Prozent auf österreichische Frauen bezieht und wo alle Faktoren einfließen, die jetzt nicht verfügbar waren? Wer ist dafür zuständig, wer ist dafür verantwortlich und welche Themen müssten in Studien aufgearbeitet werden, um mehr Daten sammeln zu können?

Geplant sind ja Studien zu Menstruationsgesundheit, zu Endometriose, aber es gibt sicher noch mehr Themen. Wir haben heute schon im Gleichbehandlungsausschuss über das Thema Menopause/Wechselbeschwerden gesprochen.

Welche Empfehlung gibt es für den nächsten Bericht? Haben wir 20 Jahre Zeit, um zwischenzeitlich etwas zu machen, oder wie sehen Sie da die Situation?

Depression ist weiblich, habe ich auch gehört. Frau Dr. Wolf, welche zusätzlichen Maßnahmen wurden aus Ihrer Sicht seit Bekanntwerden des Berichtes in Bezug auf die psychische Gesundheit von Mädchen und Frauen gesetzt? Der Bericht liegt ja



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 27

nicht erst seit heute vor, sondern schon sehr viel länger. Ich hätte ja die Hoffnung gehabt, dass es in der Zwischenzeit aufgrund der Ergebnisse schon Maßnahmen gibt, die vielleicht Wirkung zeigen, und zwar flächendeckend, nicht nur im Rahmen einzelner kleinere Projekte.

Wir haben gehört, dass Frauen viel früher – nicht aus dem Erwerbsleben – in die Pension übertreten oder aufgrund von Krankheit in die Pension übertreten. Welche Maßnahmen braucht es? Was braucht es, damit wir diese Frauen gesund und arbeitsfähig bis zum 65. Lebensjahr im Arbeitsprozess halten können, sie auch vom Pensionsantritt noch etwas haben und sich freuen, diesen Lebenszeitraum auch noch aktiv begehen zu können?

Stimmen Sie mir zu, dass es da eine Ungleichbehandlung der Geschlechter braucht, damit man den Bedürfnissen der Frauen gerecht wird? – Ich würde es einfach nur gerne hören.

Aktion Leben Österreich hat festgestellt, dass eine wichtige Dimension im Frauengesundheitsbericht 2022 nicht ganzheitlich erfasst wurde, und mir ist das auch aufgefallen, als ich ihn gelesen habe, nämlich betreffend reproduktive Gesundheit. Frauen bräuchten in dieser Krisensituation Stabilisierung und Halt. Für diesen Aspekt in der mentalen Gesundheit von Frauen fehlt mir völlig die Bedeutung der ergebnisoffenen und unabhängigen Schwangerenberatung. Der leichtere Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen wurde im Bericht ja sehr wohl ausreichend behandelt.

Für mich stellt sich die Frage: Warum wurde der Bereich Schwangerenberatung definitiv vernachlässigt? Warum ist der Bereich Betreuung und Begleitung von Müttern nach der Geburt nicht entsprechend abgebildet? Es ist kein Geheimnis: In Österreich sind Stillberaterinnen beinahe nicht verfügbar, der Hebammenmangel ist in vielen Bereichen eklatant, und so werden Mütter nach der Geburt nicht ausreichend versorgt. Wir haben für Mütter in schwersten Krisen viel zu wenige



Spezialambulanzen für peripartale Psychiatrie und in weiterer Folge auch für postpartale Depression. Das heißt, da sind entsprechende Betten Mangelware.

Wie können wir werdende Mütter und Mütter nach der Geburt besser unterstützen? Welche Maßnahmen und Aktionen würde es hier brauchen? Ja, es gibt sehr vieles, das im Bericht - -

Obmann Mag. Gerhard Kaniak unterbricht und erklärt, dass die Fragezeit zu Ende sei, restliche Fragen aber für die zweite Fragerunde aufgehoben werden können

Abgeordnete Rosa Ecker, MBA (FPÖ): Eine einzige Frage hätte ich jetzt noch für diese Runde, und zwar: Depression ist weiblich; wie schaut es mit Therapieeinheiten auf Krankenschein aus? Wie schaut es mit kassenfinanzierten Therapieplätzen aus? Was würden Sie dazu sagen?

Abgeordnete Mag. Meri Disoski (Grüne): Danke auch meinerseits an die Expert:innen für die Eingangsstatements, die sie hier gegeben haben. Ich freue mich sehr, dass es vier Parteien geschafft haben, Expertinnen einzuladen und eine Partei es geschafft hat, einen Experten einzuladen, und den möchte ich auch gleich ansprechen: Herr Koderhold, Sie haben mit Verweis auf das Abtreibungsverbot in 14 US-Bundesstaaten von einer wörtlich übertriebenen Aufregung gesprochen und gemeint, Sie könnten hier eine unemotionale Debatte über Schwangerschaftsabbrüche einfordern.

Ich habe mir eine Studie von US-Medizinerinnen und Medizinern angeschaut, die erforscht haben, was denn dieses Abtreibungsverbot für Frauen in den USA bedeutet. In den 14 untersuchten Bundesstaaten sind zwischen dem 1. Juli 2022 und dem 1. Jänner 2024 knappe 65 000 ungewollte Schwangerschaften durch Vergewaltigungen entstanden, und 91 Prozent dieser Schwangerschaften konnten nicht unterbrochen werden, weil in einigen dieser Bundesstaaten Frauen auch nach einer Vergewaltigung nicht abtreiben dürfen.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 29

Wenn frauenfeindliche Gesetze Frauen einen Schwangerschaftsabbruch und damit das Recht auf Selbstbestimmung über ihren eigenen Körper verunmöglichen und de facto ein staatlicher Gebärzwang eingeführt wird, dann sollte uns das alle, die wir hier sitzen, emotionalisieren, und es sollte für uns alle, die wir hier sitzen, ein sehr klarer Handlungsauftrag sein, in Österreich dafür Sorge zu tragen, dass wir flächendeckend in jedem Bundesland, in jedem öffentlichen Spital einen kostenlosen Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen für jede Person haben, die ungewollt schwanger ist.

Daran anknüpfend meine erste Frage an Sie, Frau Dr.ⁱⁿ Maier: Im Frauengesundheitsbericht, Maßnahme 27, glaube ich ist es, wird gefordert, Frauen in selbstbestimmter Sexualität zu unterstützen. Darunter wird eben unter anderem subsumiert: ein niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln sowie eben die Möglichkeit zu Schwangerschaftsabbrüchen in allen Bundesländern. Das hört sich ja nach einer recht simplen fachlichen Empfehlung an, evidenzbasiert eigentlich; wir wissen, Abtreibungen sind Teil der Frauengesundheit.

Wir haben es jetzt aber schon ein bisschen anklingen hören: Auf politischer Ebene ist das ein unlösbarer Disput. Auch Kollegin Heinisch-Hosek hat quasi historisch darauf verwiesen, dass es darüber in der Vergangenheit immer wieder Diskussionen und unlösbare Streitereien gegeben hat. Können Sie aus Ihrer Position, aus Ihrer Erfahrung Best-Practice-Beispiele aus dem internationalen Raum anführen, welche Österreich bei einer Umsetzung eines flächendeckenden, niederschweligen Zugangs zu Schwangerschaftsabbrüchen, sagen wir mal, als Inspiration dienen könnten?

Frau Gaiswinkler, Ihnen ein großes Danke, an Sie und Ihr ganzes Autorinnenteam, für diesen Frauengesundheitsbericht 2022, der, glaube ich, wenn man es pointiert formulieren möchte, durchaus eine sehr durchwachsene Datenlage zu erkennen gibt, insbesondere bei den Themen Menstruationsgesundheit und Endometriose, das haben wir schon vorhin von Frau Wimmer-Puchinger gehört; lange Zeit waren diese ein tabuisiertes Thema, das beginnt sich jetzt endlich zu ändern, auch weil Expert:innen und auch Politiker:innen und andere darüber sprechen.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 30

Es herrscht zwar seit ein paar Jahren ein erhöhtes Bewusstsein für manche mit Menstruation in Zusammenhang stehende Erkrankungen. Auch die Menstruationsstudie aus dem Gesundheitsministerium wird dabei unterstützen, aber trotzdem scheint der Weg noch recht weit und recht ungebührlich zu sein. Können Sie uns erläutern, warum es gerade in diesem Bereich nach wie vor – ich meine wir sind immerhin im Jahr 2024! – eine derart schlechte Datenlage gibt, wie das behoben werden könnte und welche Themen im Zusammenhang mit Menstruationsgesundheit in Zukunft deutlicher abgedeckt und auch erhoben werden müssen?

Weil wir jetzt über Mental Load schon einiges gehört haben: Auch das ist ja lange Zeit mit diesem Tabupickerl behaftet gewesen. Don't ask, don't tell, insbesondere wenn es um die psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen gegangen ist, war lange Zeit die Prämisse. Jetzt wissen wir über die unterschiedlichen Untersuchungen, die es gegeben hat, auch von den Coronapaneln in den ersten Coronajahren, dass tatsächlich die unterschiedlichen Krisen – die Coronakrise, aber auch die Kriege, die Teuerung, die Inflation und dergleichen – auf unterschiedliche Art und Weise Frauen, Männer, Jungen und Mädchen beeinflusst haben.

Ich glaube, Sie haben selber vorhin gesagt, Mädchen waren seltener betroffen als Jungen, aber dafür Frauen laut den Krankenstandstagen fast doppelt so oft wie Männer. Können Sie erläutern, wieso das so ist und welche Maßnahmen und/oder Datenerhebungen es in Österreich braucht, um alle, aber besonders Frauen, vor Überlastungen zu schützen oder bestehende Erkrankungen noch besser therapieren zu können?

Abgeordnete Fiona Fiedler, BEd (NEOS): Sehr geehrte Expert:innen! Vielen Dank für den aktuellen Bericht. Viele Fragen überschneiden sich natürlich, vor allem auch, was die Sensibilisierung der Ärzte betrifft. Das würde uns natürlich auch sehr interessieren, welche Maßnahmen Ihnen da vorschweben.



Konkrete Fragen zum NAP Frauengesundheit: Da wurde ja circa die Hälfte der Maßnahmen umgesetzt, allerdings hat das keine Veränderung in der Versorgung gebracht. Jetzt ist meine Frage, welche Learnings Sie in Bezug auf den NAP aus diesem Bericht mitnehmen.

Die andere Frage betrifft die sexuellen Rechte. Was mir da ganz grob fehlt, sind Menschen mit Behinderungen, Frauen und Mädchen mit Behinderungen, vor allem was Aufklärung betrifft, was sexuelle Gesundheit betrifft, weil gerade diesen Menschen eigentlich auch von Elternseite sexuelle Gesundheit verwehrt wird, weil sie sagen, die brauchen das nicht. Da gibt es sehr oft ganz dramatische Fälle, es passieren natürlich auch Übergriffe, wenn man mit persönlicher Assistenz oder mit Pflegern zu tun hat. Also da müsste man vielleicht noch gezielter ein Auge darauf haben. Da ist meine Frage, was Sie da für Vorschläge haben. – Danke.

Abgeordnete MMag. Katharina Werner, Bakk. (NEOS): Auch von meiner Seite herzlichen Dank für die Erstellung des Berichtes! Quer durch die Bank wurde immer wieder das Thema Healthliteracy angesprochen, dass dieser Punkt eigentlich auch sehr, sehr wichtig wäre für eine bessere Gesundheit von uns Frauen. Hier meine Frage: Wie sehen Sie als Expert:innen diese Healthliteracy insbesondere im Bildungsbereich verankert? Ist sie ausreichend verankert? Welche Maßnahmen könnte man Ihrer Meinung nach setzen, um das Ganze besser zu verankern?

Welche Rolle könnte dafür zum Beispiel eine flächendeckende Einführung der Schoolnurses spielen? Wir wissen ja, dass sehr viele Schularzt- und -ärztinnenstellen unbesetzt sind oder einfach die Versorgung zu wenig ist.

Ein Punkt, der auch angesprochen worden ist, ist das Stadt-Land-Gefälle im Bereich Vorsorge. Gibt es internationale Best-Practice-Beispiele, wie wir die Vorsorge vermehrt auch in die ländlichen Regionen hineinbringen können? – Danke schön.



Erste Antwortrunde der Expert:innen

Sylvia Gaiswinkler, MA: Sehr geehrte Abgeordnete! Danke für die Fragen. Ich versuche das jetzt möglichst zusammenzufassen. Es hat Fragen zum emotionalen Wohlbefinden von Mädchen und Frauen im Zusammenhang mit Krisen gegeben. Wir sehen, dass Krisensituationen gerade bei Mädchen und Frauen ganz generell Situationen noch einmal verstärken, die sie auch vorher hatten.

An dieser Stelle kurz ein Exkurs zur generellen internationalen psychosozialen Situation: Man sieht seit 2014 international in Daten, dass das emotionale Wohlbefinden gerade bei Mädchen und Frauen massiv sinkt und daraus tatsächlich Handlungsbedarf ableitbar ist.

Auf die Frage, was in diesem Zusammenhang gemacht werden könnte oder was man bräuchte: Wir haben tatsächlich eine schlechte Datenlage, gerade betreffend Mehrfachbelastungen, Mental Load, psychische Belastungen. Wir wissen eigentlich relativ wenig darüber, was die Indikatoren sind, die die Belastungen auslösen, und entsprechend wissen wir sozusagen dann auch nicht, wo man eigentlich ansetzen könnte, um die Belastungen zu verringern.

Wir haben in dem Bericht gezielt immer Mädchen und Frauen erwähnt, weil Frauengesundheit im Mädchenalter beginnt. Bei den Maßnahmen wäre gerade darauf zu achten, sich einmal gezielt die Situation der Mädchen anzusehen. Es gibt in der aktuellen HBSC-Studie den Punkt, dass der Unterschied zwischen Burschen und Mädchen dramatisch ist, und auch beim Suizidrisiko, beim Suizidverhalten beziehungsweise auch bei Selbstgefährdungsverhalten massive Anstiege gerade bei Mädchen vorhanden sind.

Was wäre aus unserer Sicht ableitbar? – Auch wenn es, wie im Fall von psychosozialen Programmen oder Maßnahmen etwas auf dem Weg gibt, hier einen ganz konkreten, expliziten Punkt oder Leitfaden hineinzunehmen, der sich gezielt um die Mädchen und Frauen kümmert und ihre Situation beleuchtet.



Jetzt komme ich zur Frage nach der Healthliteracy. Wie sieht es da im Bildungsbereich aus? Ja, Healthliteracy ist ein Thema. Ich glaube, da wären eine Public-Health-Perspektive und ein Health-in-all-Policies-Ansatz angebracht – was an sich ja auch im Aktionsplan Frauengesundheit oder auch jetzt im Frauengesundheitsbericht vorgesehen ist –, das halt zum Teil nicht ganz so funktioniert, wie es idealerweise funktionieren sollte. Natürlich wäre es ein zentraler Faktor, gerade im Bildungsbereich anzusetzen, wenn es um Gesundheitsfragen geht, auch noch einmal für die Geschlechter unterschiedliche Programme zu fahren und Sensibilisierung, Wissenstransfer und Bewusstseinsbildung zu betreiben.

Die Frage bezüglich Menschen mit Behinderungen beziehungsweise Frauen mit Behinderungen: Das ist im Frauengesundheitsbericht insgesamt ein Thema, das sich durchzieht. Wir konnten das leider in dem Bericht nicht vollständig abdecken oder eigentlich wirklich nur am Rande abdecken, dass wir sozusagen eine Chancengerechtigkeitsperspektive noch mit aufnehmen, wo genau dieser Punkt drinnen wäre, nämlich betreffend Frauen mit Behinderungen, Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen in Armutsgefährdungssituationen. Wir haben es zum Teil – da, wo es möglich war – versucht, aber das wäre tatsächlich ein eigener Punkt, der auch einfach in Folgearbeiten noch einmal ausgearbeitet werden muss. Es ist einer von mehreren, aber es ist einer.

Dann möchte ich in dem Zusammenhang noch darauf eingehen: Was konnten wir im Bericht abdecken und was nicht? Wir haben versucht, sehr viel abzudecken. Es ist uns nicht gelungen, alles abzudecken. Dazu kommen dann Themen wie die mentale Unterstützung im Fall von Schwangerschaftsberatung, Betreuung und Beratung während oder nach der Geburt. Wie sieht die in Österreich aus? Das konnten wir in den Bericht nicht mehr aufnehmen. Wir haben uns darauf fokussiert, die Situation, das, was einfach sozusagen von den Daten her relativ gut abdeckbar und beschreibbar ist, irgendwie zu erwähnen. Das müssten wir aber natürlich auch in weiteren Arbeiten aufgreifen.



Ich hoffe, ich habe alle Fragen einigermaßen beantwortet, die an mich gerichtet waren.

Dr. Günter Koderhold: Ich erlaube mir, auf den Hinweis betreffend Schwangerschaftsabbruch zu erwidern. Es ist mir darum gegangen, dass man beide Extreme sieht, nicht nur die restriktive Situation in diesen 14 Staaten, sondern auch die Situation, die ja auch in Europa beworben wird, dass es überhaupt keine Regelung gibt, überhaupt keine Einschränkung, dass man über den gesamten Verlauf der Schwangerschaft, wie es beispielsweise im Bundesstaat Oregon ist, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen kann. Diesen Punkt wollte ich erwähnen, damit man eben beide Extreme sieht.

Der nächste Punkt ist natürlich die Datenlage. Da kann ich nur wiederholen, dass man ehebaldig die Kodierassistenten ganz offiziell installieren muss. Wir brauchen einfach zusätzliche Dokumentationskräfte, die gut ausgebildet sind, die dem derzeit verfügbaren medizinischen Personal die Bürde abnehmen, und das natürlich über den gesamten medizinischen Bereich.

Betreffend Depressionen, die ja bei Mädchen schon im Bereich der Präpubertät und Pubertät beginnen, ist sicherlich wie gesamt in der Schule eine Konfliktforschung und eine Antwort auf die Ergebnisse der Konfliktforschung notwendig. Es ist nun einmal so, dass man in den Bereichen, auf die die öffentliche Hand Zugriff hat – das sind die Schulen, das sind öffentliche Betriebe –, sehr wohl in Mobbing, Bossing, in Konflikte, wenn es um die Schule geht, innerhalb von Schülergruppen eingreifen kann und eingreifen muss. Die Ausgrenzung einzelner Personen innerhalb der Schule kann man durchaus mit entsprechenden Regelungen und entsprechender Aufsicht reduzieren.

Zur Gesundheitsbildung: Die wird man aus meiner Sicht mit zwei Strategien umsetzen, auf der einen Seite eben im öffentlichen Bereich, im Bereich Schule, dass man die Gesundheitsbildung, sowohl was die eigene Person als auch das soziale Umfeld betrifft, bewirbt, lehrt und überhaupt einmal die Infrastruktur anbietet. Selbst wenn



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 35

man zu wenig Zeit hat, eine solche Gesundheitsbildung tatsächlich umzusetzen, ist es immer ganz angenehm, wenn jemand weiß, wo in der Bibliothek er nachschauen kann.

Dann zum Punkt Menopause: Ich bin ja, das habe ich nicht erwähnt, Onkologe und habe Jahrzehnte gynäkologische Tumore behandelt. Bei der hormonellen Ersatztherapie gibt es Gott sei Dank doch einen deutlichen Rückgang. Es ist sicherlich sinnvoll, bei der Hormonersatztherapie, auch bei den sogenannten Naturpräparaten, die natürlich auch Phytoöstrogene enthalten und natürlich auch entsprechend wirken, weiter aufzuklären. Das wäre einmal das Erste. – Vielen Dank.

Univ.-Prof. MMag. DDr. Barbara Maier: Ich komme gleich zur Beantwortung der Fragen von Frau Dr. Bogner-Strauß: Die Steiermark ist sozusagen Vorreiterin, was HPV-Impfungen betrifft, und dort gibt es auch Zahlen. Das würde ich mir für ganz Österreich wünschen.

Was kann man tun? Und warum ist es so schwierig? – Weil wir die Neun- bis Elfjährigen – idealerweise Mädchen und Burschen – impfen. Dann fragen die vielleicht: Wozu ist das gut? Sexuelle Aktivität von Eltern vor ihren Kindern zu thematisieren, da tun sich manche Eltern schwer, aber auch manche Leute im Gesundheitswesen. Das verhindert die entsprechende exakte Aufklärung. Es gibt sehr, sehr gute Aufklärungssitem, auch von der WHO. Man muss da wirklich ganz gezielt und bald anfangen. Das ist einmal, glaube ich, ein Grund: sexuelle Bildung, die – entsprechend durchgeführt – sehr viel mehr Motivation dahin gehend bringen könnte.

Zum Thema Postmenopause, da ist das Problem Folgendes: Aufgrund der Tatsache, dass assistierte Fortpflanzungshilfe und Hormonprobleme zu einem großen Teil in sehr viele private Institute ausgelagert worden sind, sind wir Frauenärztinnen und -ärzte nicht mehr wirklich in der Lage, Konzepte für entsprechende Ausbildungen zur Verfügung zu stellen; und das macht es auch schwierig, den Frauen in der Postmenopause entsprechend kompetente Ärzte und Ärztinnen zur Verfügung zu stellen. Ich halte das für ein großes Problem. Ich halte selber



Endokrinologiesprechstunden ab und versuche fortbildungstechnisch so viel zu machen, wie nur möglich ist, aber das ist Kritik an das eigene Fach: Da gibt es eben Schwierigkeiten für Frauen in der Postmenopause, eine adäquate Behandlung zu bekommen.

Dysmenorrhoebeschwerden: Es ist erst seit gar nicht so langer Zeit bekannt, dass auch Mädchen Menstruationsbeschwerden wegen Endometriose und Adenomyose haben können. Man glaubte, dass sich das bei der Frau erst mit einer bestimmten Anzahl an Zyklen entwickelt, dass die versprengten Schleimhautinseln da mitreagieren.

Frauen, Schwangerschaft und Geburt: Gewalt gegen die schwangere Frau von ihrem Partner ist in diesem Setting ein riesiges Problem. Oft sind es auch Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, weil sie sich gar nicht vorstellen können, wie es mit ihrer Schwangerschaft und dann mit einem Kind weitergehen soll. Intrauterine Fruchttode sind in nicht gerade seltener Anzahl auch durch solche Gewalt verursacht.

Und die andere Thematik, die ich herausgehört habe, ist Gewalt im Kreißsaal und die Frage: Wie selbstbestimmt kann ich meine Geburt planen, durchführen und wie oft wird mir mein Selbstbestimmungsrecht, mein Empowerment, meine Möglichkeiten genommen?

Ich bin Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe, und wir sind natürlich sehr, sehr daran interessiert, da entsprechende Studien durchzuführen, da die Awareness wirklich zu stärken und die Frauen natürlich schon in der Schwangerschaft auf die Geburt vorzubereiten.

Die Geburt ist ein gewaltiges Ereignis, soll aber für die betroffenen Frauen natürlich kein Gewalterlebnis sein. Eines der Ziele im Bereich der Frauengesundheit in Wien ist die Senkung der Sectiorate. Wir sind bei über 30 Prozent, und zwar nicht nur in den Perinatalzentren, sondern flächendeckend in Österreich. Es ist – auch für später – ganz, ganz schlecht, wenn Frauen so viele Voroperationen aufweisen. Das war schon



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 37

in den Neunzigerjahren Thema. Es gab auch eine Befragung dazu, von Wimmer-Puchinger et cetera. Ich würde gerne noch viel mehr zu diesem Thema sagen, aber das geht in der Kürze der Zeit natürlich nicht.

Nächstes Thema, 50 Jahre Fristenlösung: Bitte raus aus dem Strafgesetzbuch! Es kann nicht sein, dass das nur straffrei gestellt ist. Das ist sowohl für die Frauen wie auch für die Ärzte und Ärztinnen wichtig. Warum? – Wenn ich am Land bin und alle wissen, dass ich einen Schwangerschaftsabbruch durchführe, dann wird vielleicht mein Kind in der Volksschule gemobbt. (*Die Abgeordneten **Disoski** und **Ribo**: Ja!*) Das möchte ich dann natürlich nicht. Das ist also ganz wichtig.

Ich bin stark dafür, dass wir die Ausbildung in den Spitälern machen, nicht irgendwo in einem Ambulatorium für Schwangerenilfe. Das ist zwar auch wichtig, aber unsere Assistenzärzte und -ärztinnen müssen bei der Ausbildung auch mit dieser Schwangerschaftskonfliktsituation in Berührung kommen, damit sie dann entsprechend handeln können. Wenn man das als normale Gesundheitsleistung gelernt hat, kann man das dann auch in der Niederlassung viel einfacher durchführen.

19,3 Jahre schlechtere Gesundheit, mäßige bis schlechte Gesundheit, das ist ein ganz großes Problem, und das beginnt intrauterin für die Frauen. Denn wenn in der Schwangerschaft Gestationsdiabetes, auch Schwangerschaftsdiabetes genannt, Bluthochdruck et cetera entwickelt wird, dann ist das intrauterine Milieu für das Kind schon sozusagen eine Hypothek für das spätere Leben. Deswegen, Herr Bundesminister, da geht es um Schwangerschaftsbetreuung, Geburt, um ein Window of Opportunity für die betroffenen Frauen, für die Kinder, letztendlich für die Zukunft einer Gesellschaft.

Zu den Themen reproduktive Gesundheit, Schwangerschaftsabbruchsberatung, Schwangerenberatung: Natürlich, Beratung ist ganz essenziell.

Auch die postpartale Betreuung ist angesprochen worden. Ich bin ganz dafür, dass es Verträge für niedergelassene Hebammen gibt, die dann so wie die frühen Hilfen vor



Ort zu den Familien gehen können und dort Hilfestellungen leisten können. Wir haben in der Klinik Ottakring eine peripartale Psychiatrie, aber das ist viel zu wenig. Wir bräuchten da viel, viel mehr Möglichkeiten.

Bitte, ich wollte noch eines sagen bezüglich Fristenlösung, wie wir das besser machen können: Wenn Sie sich an Ländern wie Frankreich oder Schweden orientieren wollen, so gibt es, für Sie alle zugänglich, den European Abortion Policies Atlas. Österreich rangiert da unter moderate bis poor in seiner Performance. Das heißt, nur zwei Punkte weniger und wir würden als poor in unserer Performance gelten. So schaut es aus mit der Versorgung, was diese Gesundheitsleistung betrifft! Das Framing, das Wording ist wichtig.

ao. Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger: Bei den vielen Fragen fange ich vielleicht von hinten an, weil mich das sehr beeindruckt hat, nämlich die Frage zur Gesundheitsversorgung und Prävention, Unterstützung auch in Bezug auf Sexualität insgesamt bei Frauen mit Behinderungen. Wir müssen das mehr in den Fokus nehmen, wir haben dem im Frauengesundheitsprogramm einen eigenen Schwerpunkt gewidmet. Da ist viel zu tun, aber es ist nicht unmöglich.

Man kann zum Beispiel in die geschützten Werkstätten gehen und dort im Sinne von betrieblicher Gesundheitsförderung Workshops veranstalten. Das haben wir gemacht, mit guten Erfahrungen, mit jungen Gynäkolog:innen, die in einfachen Worten, in einfacher Sprache aufgeklärt haben. Ich glaube, da gibt es Ansätze, und das ist gut so. Danke auch dafür, dass dieses Thema angesprochen wurde, denn es ist natürlich wichtig, dass auch da viel passiert und dass wir diese Frauen nicht hintanstellen.

Ich kann nur eines sagen: Ich habe seinerzeit eine große Studie gemacht. Ja, sie gehen weniger zu gynäkologischen Untersuchungen, da gibt es Benachteiligungen, weil es mühsamer ist. Ich habe dann ein großes Meeting mit den Gynäkolog:innen und mit der Kassa veranstaltet. Die Frage ist: Wird das gezahlt? Denn das dauert halt länger, bis diese Frauen ausgezogen und wieder angezogen sind, dort sind, und überhaupt ist



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 39

es mühsamer. Daher ist es eine Frage, wurde mir gesagt, ob man da niederschwellig und besser versorgen kann. Aber geringere Untersuchungsraten unter Frauen mit Behinderungen sind halt ein Thema, wie auch sexuelle Übergriffe, die wir lange tabuisiert haben, die aber passieren, und daher muss das ein wichtiges Thema sein.

Ich möchte gerne ganz engagiert sagen: Mädchen haben es heutzutage wirklich schwerer. Wir brauchen uns nicht zu wundern, dass die psychische Situation der Mädels – der Jugendlichen insgesamt und insbesondere jene der Mädels – wirklich schlecht ist. Von gesundheitlichen Krisen sind zu 60 Prozent Mädchen betroffen. Das braucht uns nicht zu wundern. Es gibt Influencerinnen, es gibt Social Media. Mädchen werden permanent damit konfrontiert, wie sie zu sein haben. Wenn ich hier von Selbstbestimmung höre, muss ich sagen: Hm, das passiert nicht!

Ich würde sagen, unsere Mädchen sind wirklich gesellschaftliche Opfer einer Kultur, einer Industrie, die aus der Pornografisierung kommt, die aus der Schönheitsindustrie kommt. Es gibt einen unheimlichen Druck in Bezug darauf, wie man sein muss, wie schön man sein muss, damit man überhaupt mitreden kann, und natürlich gibt es auch Mobbing, und das tagtäglich. Daher brauchen wir uns nicht darüber zu wundern, dass Mädchen vulnerabler sind, weil es eben diese gesellschaftlichen Rollenbilder gibt, die wir nicht geschaffen haben. Mein Lieblingsspruch ist immer: Ich wünsche mir Mädchen mit mehr Köpfchen statt mit größeren Körbchen.

Von diesem Druck profitiert die Schönheitsindustrie und die Schönheitschirurgie – das ist nämlich ein Geschäftsfeld, das müssen wir so sehen –, und immer mehr Mädchen werden Opfer dieses Drucks.

Ich möchte noch etwas sagen, das mir sehr wichtig ist: Ich sehe da die Gynäkologinnen sehr in der Pflicht. Wir brauchen erstens mehr Kassenärztinnen. Es gibt nämlich sehr engagierte Frauen, die eben keine Kassenverträge mehr haben oder nicht mehr bekommen. Wir brauchen sie niederschwellig, wir brauchen mehr von ihnen.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 40

Ich wünsche mir auch, dass mehr aufgeklärt wird, da Mädchen heutzutage eben sehr verunsichert sind. Viele finden, ihr weibliches Genital ist pfui. Es gibt Studien, die das belegen. Es ist traurig, dass so eine Ablehnung des eigenen Geschlechtes passiert, dass man sich operieren lässt, sich die Labien sozusagen schöner machen lässt, symmetrisch und ich weiß nicht was. Dann schaust du unten zwar aus wie ein zwölfjähriges Mädchen, hast aber keinen Orgasmus mehr. Es ist absurd, was da passiert. Es ist ein Geschäftsfeld, das möchte ich einmal ganz deutlich sagen; und es wäre gut, wenn die Gynäkologin sagen würde: So, wie du ausschaust, ist es prächtig und ganz normal!

Da passiert sehr viel Verunsicherung von Mädchen. Dabei sind die Mädchen unsere Zukunft. Wenn wir uns starke Mädels und später starke Frauen wünschen, dann müssen wir gemeinsam viele von den Maßnahmen, die da drinnen stehen, umsetzen.

Ein Letztes noch: Was würde ich mir als Expertin für die Zukunft wünschen? – Ich wünsche mir, dass wir jetzt kucken: Was haben wir erreicht? Ich würde mir also eine Längsschnittstudie wünschen, damit man schauen kann: Was ist besser geworden? Wo haben wir einen Rückschritt erlitten und welche Maßnahmen haben gegriffen? Ich wünsche mir, dass wir ein paar Schwerpunkte auch im Nationalen Aktionsplan quer über alle Bundesländer setzen, dass wir für die entsprechenden Maßnahmen genügend Geld in die Hand nehmen, die gut monitoren, und dann schauen, was wir erreicht haben. Es gibt viel zu tun.

Mag. Hilde Wolf, MBA: Jetzt versuche ich, mich kurz zu fassen, weil vieles schon von meinen Vorrednerinnen gesagt worden ist. Ich würde gerne beim Punkt Gewaltschutz anfangen beziehungsweise bei der Frage der Gewaltschutzambulanzen, die wir wirklich für eine gute Weiterentwicklung im Gewaltschutzbereich halten. Es gibt derzeit schon in den Krankenhäusern Opferschutzgruppen. Ich bin bei uns in der Klinik Favoriten auch Teil der dortigen Opferschutzgruppe. Diese Opferschutzgruppen leisten wirklich enorme und ganz wichtige Arbeit, die aber häufig



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 41

von großem persönlichen Engagement getragen ist und im Spitalsalltag oft schwierig umzusetzen ist. – Sie nicken.

Eine institutionalisierte Unterstützung, die die medizinische, die psychologische und die soziale Komponente berücksichtigt, halte ich für einen ganz wichtigen Punkt, da das Gesundheitssystem einfach ein wichtiger Kontaktpunkt ist, wo von Gewalt betroffene Frauen auftauchen. Da ist es auch so wichtig, das Gesundheitspersonal quer durch oder Personen in Ausbildung entsprechend zu sensibilisieren. Es gibt auch gute Ansätze, schwangere Frauen bei der Anamnese entsprechend anzusprechen, zu fragen, ob sie von Gewalt betroffen sind. Es gibt Studien dazu, aus denen hervorgeht, dass Frauen, die in so einer Situation sind, froh sind, wenn sie das gefragt werden und dann dieses Tabu gebrochen werden kann. Ich bin mir nur noch nicht sicher, ob der Begriff Gewaltschutzambulanz der richtige ist, weil diese Bezeichnung sozusagen Zugangsbarrieren beinhalten könnte, aber es ist aus meiner Sicht jedenfalls eine ganz wichtige Maßnahme.

Zum Thema Mädchengesundheit wurde schon sehr viel gesagt. Ja, ich finde es tatsächlich sehr beunruhigend und erschreckend, dass es diese Entwicklung gibt. Ich glaube, wir müssen da ganz früh, schon im Kindergarten ansetzen, wobei da auch die intersektorale Zusammenarbeit sehr wichtig ist. Es ist wichtig, dass wir Mädchen in ihrer Gesundheitskompetenz und auch Lebenskompetenz schon frühzeitig stärken.

Und als jemand, der von einer Institution kommt, in der wir sehr viele Projekte abwickeln, wünsche ich mir, dass wir da in die Nachhaltigkeit kommen, dass evaluierte, wirksame Projekte in Programme umgewandelt werden und vielleicht auch flächendeckend ausgerollt werden, und man nicht alle zwei Jahre ein neues Projekt erfinden muss, ein Fleckerlteppich die Folge ist und sich dann niemand mehr auskennt. Auch Pädagogen oder Pädagoginnen finden sich oft gar nicht mehr zurecht angesichts der Fülle der Landschaft, die aber vielleicht in zwei Jahren wieder ganz anders aussieht.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 42

Dritter Punkt, das angesprochene Thema Beratung von Frauen, die in einem Schwangerschaftskonflikt sind: Da kann ich jetzt für uns, die Frauengesundheitszentren, in Anspruch nehmen, dass wir den betroffenen Frauen neutrale, wertfreie, ergebnisoffene Beratung anbieten, und das kurzfristig und niederschwellig, dass wir da wirklich unterstützen wollen.

Da gibt es ein Thema, das uns sehr beschäftigt: Wir würden uns wünschen, dass es mehr Transparenz über den medikamentösen Abbruch im niedergelassenen Bereich gibt. Da müssen Frauen nämlich herumtelefonieren – man weiß nicht, wie es ist –: Ein Arzt macht es nur bei den eigenen Patientinnen, ein anderer macht es gar nicht, da kostet es soundso viel, dort kostet es soundso viel. Mehr Transparenz in diesem Bereich würde die Situation für die Frauen wesentlich verbessern.

Letzter Punkt – bevor die Glocke kommt –, welche Maßnahmen ganz dringend gefordert sind: Wir brauchen eine flächendeckende kostenlose Versorgung bei psychischen Erkrankungen. Ein Riesenschritt war jetzt, dass die klinisch-psychologische Behandlung ins ASVG gekommen ist. Das muss einfach leichter zugänglich sein, und zwar für alle Bevölkerungsgruppen, auch für alle Frauen. Die anderen Dinge wurden schon gesagt.

Wir brauchen im Bereich der Gesundheitsförderung – da bin ich auch optimistisch, dass es da vielleicht auch mehr Ressourcen gibt – leicht zugängliche Programme zur Gesundheitsförderung und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz vor allem bei Übergewicht, Adipositas und Diabetes. Da werden Frauen oft – Männer natürlich auch, aber Frauen einfach sehr oft – allein gelassen. Man geht vom Arzt mit einem Zettel raus, auf dem steht: Nehmen Sie zehn Kilo ab, da sind die Ernährungsempfehlungen! – So funktioniert es nicht. Wir haben ein seit vielen Jahren etabliertes Programm für Adipositas, bei dem wir die Patienten über ein Jahr lang begleiten. Das geht einfach nicht so schnell, kurzfristig und im Alleingang. – Vielen Dank.



Obmann Mag. Gerhard Kaniak dankt der Rednerin für die Ausführungen und leitet zur zweiten Fragerunde der Abgeordneten über.

Zweite Fragerunde der Abgeordneten

Abgeordnete Dipl.-Kffr. (FH) Elisabeth Pfurtscheller (ÖVP): Herr Vorsitzender! Sehr geschätzte Damen und Herren! Ich habe mir vorgenommen, einige Fragen zur psychischen Versorgung und zur psychischen Gesundheit zu stellen, aber Frau Dr. Wimmer-Puchinger und jetzt auch noch Frau Mag. Wolf haben einige meiner Fragen schon vorab beantwortet.

Ich möchte Frau Dr. Wimmer-Puchinger noch einmal ganz herzlich danken für ihren Appell, die psychische Gesundheit von jungen Mädchen noch stärker ins Auge zu fassen. Das ist auch eines meiner ganz großen Anliegen. Auch aus persönlicher Erfahrung weiß ich, in welch schwierigen Situationen sich viele junge Mädchen befinden. Das, was Sie angesprochen haben, nämlich dass diese optische Bewertung über soziale Medien et cetera gerade bei den jungen Mädchen immer mehr um sich greift und sie unheimlich unter Druck setzt, möchte ich wirklich bestätigen.

Ich habe neulich in einer Fernsehsendung gehört – ich weiß leider nicht mehr, wer es gesagt hat –, dass in einem bestimmten Zeitraum ein Mann circa 9 000 Mal in den Spiegel schaut und sich bewertet, während eine Frau das in derselben Zeit circa 100 000 Mal macht. Daran kann man dieses Phänomen des Sich-selber-ständig-infrage-stellens gut nachvollziehen.

Insgesamt ist es natürlich erfreulich, dass jetzt mehr Mittel zur Verfügung stehen, um eben auch junge Frauen mehr zu stärken, aber ich finde, damit sind wir noch lange nicht am Ende der Fahnenstange angelangt. Wir werden sicher noch daran arbeiten, dass es da noch mehr Unterstützung und Mittel gibt.

Ein anderer Bereich im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten – das weiß ich auch aus meinem Umfeld –: Es gibt viele Menschen, die psychosomatische



Erkrankungen entwickeln, wenn sie eigentlich psychisch krank sind. Dabei ist es in weniger gut versorgten Gegenden oft schwierig, einen Arzt oder eine Ärztin zu finden, die das auch erkennt und sagt: Du gehörst eigentlich zum Psychiater beziehungsweise psychisch unterstützt! Deswegen würde ich mir wirklich sehr wünschen – und ich weiß nicht, wie die Damen das sehen –, dass die Themen psychische Gesundheit, Frauenmedizin und Gendermedizin im Medizinstudium noch stärker betont werden.

Es gibt zwar natürlich Gynäkologen und Gynäkologinnen, die eine Spezialausbildung haben, aber sehr viele andere Ärzte – Anwesende sind natürlich ausgenommen – haben meiner Wahrnehmung nach wenig Spezialwissen oder machen sich wenig Gedanken um die Unterschiede in der Behandlung zwischen Frauen und Männern. Das wird jetzt vielleicht bei jüngeren Ärzten und Ärztinnen nicht so der Fall sein, aber es gibt auch einige, die diesem Thema wahrscheinlich immer wieder einmal aus dem Weg gegangen sind.

Meine etwas ketzerische Frage ist: Glauben Sie, dass man am Curriculum für das Medizinstudium etwas ändern sollte? Sollte es verpflichtend mehr Stunden oder Punkte für eine Schärfung des Blicks in Richtung Gendermedizin geben? Wäre es auch möglich, darüber nachzudenken, ob es eine Vertiefung in Richtung Gendermedizin geben soll, so wie es zum Beispiel eine Vertiefung in Richtung Sportmedizin geben soll? Würden Sie das für sinnvoll halten, um auch in Bereichen, die vielleicht nicht so gut mit Ärzten ausgestattet sind, eine Verbesserung herbeizuführen? – Danke schön.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak erteilt Abgeordneter Nussbaum das Wort und weist darauf hin, dass der SPÖ noch 3 Minuten für die Fragestellung zur Verfügung stehen, da in der ersten Runde überzogen worden sei.

Abgeordnete Mag. Verena Nussbaum (SPÖ): Ich möchte noch auf Frauen und Alter zurückkommen. Wir wissen, dass Frauen deutlich älter werden als Männer, sie aber diese Lebensjahre nicht in Gesundheit verbringen; es hat sich die Lebensdauer in Krankheit verlängert. Welche Ursachen sehen Sie, die da dahinterstehen? Welche



spezifischen Probleme gibt es diesbezüglich auch in Altersheimen? Vor allem: Wie wir wissen, gibt es zu wenige Pflegekräfte. Was bedeutet das in weiterer Folge für Frauen? Da hätte ich gerne, dass Sie, Frau Dr.ⁱⁿ Maier, auch Frau Prof. Wimmer-Puchinger, auf dieses Thema noch näher eingehen.

Weiters möchte ich noch ganz schnell etwas aufklären. Wir reden immer vom Aktionsplan Gesundheit, wie ihn meine Kollegin genannt hat, der seit ihrer Zeit als Frauenministerin mit Gesundheitsminister Stöger immer weiter fortgeschrieben worden ist. Dieser Aktionsplan ist eine Empfehlung, das ist kein Nationaler Aktionsplan. Ein Nationaler Aktionsplan ist verbindlich, wird im Ministerrat beschlossen, ist auch ressortübergreifend, da sind Ziele und Evaluierungen drinnen. Also das, wovon wir hier jetzt reden, ist eine reine Empfehlung. Es wäre schön, wenn es tatsächlich einen Nationalen Aktionsplan gäbe, weil sein Inhalt dann verbindlich wäre.

Abgeordneter Mario Lindner (SPÖ): Ich möchte gleich zu den Fragen kommen. Ich komme noch einmal auf Armut und Frauengesundheit zurück. Welche konkreten Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen werden durch die fehlende soziale Absicherung – Teilzeit, prekäre Beschäftigungsverhältnisse – deutlich?

Dann ganz kurz zur HPV-Impfung für Frauen und – das sage ich jetzt bewusst – auch für Männer wegen der Weitergabe auch über 21: Welchen Einfluss hätte das? Expert:innen sagen uns ja, die Impfung wäre sinnvoll, solange man sexuell aktiv ist. Da ich jetzt in kein Fettnäpfchen treten will, sage ich kein bestimmtes Alter dazu.

Eine dritte Geschichte: Ein Großteil der männlichen Gewalt gegen Frauen wird im Gesundheitsbereich sichtbar, und ich glaube auch, dass dem Gesundheitswesen eine Schlüsselrolle zukommt. Eine Studie der Innsbrucker Universität sagt, dass nur 4,8 Prozent der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen beziehungsweise Patientinnen in der Vergangenheit vom Krankenhauspersonal angesprochen wurden.



Welche Maßnahmen braucht es, um diesem Gesundheitsrisiko speziell für Frauen entgegenzuwirken?

Abgeordneter Philip Kucher (SPÖ): Vielen Dank an den Experten und die Expertinnen.

Wie können wir garantieren – und da darf ich Sie um drei ganz konkrete Maßnahmen bitten –, dass die Empfehlungen des Frauengesundheitsberichtes wirklich umgesetzt werden? Der Bundesminister wird wahrscheinlich auf die Gesundheitsreform verweisen, damit wäre alles schon erledigt – um das zu antizipieren. Was wären aber drei ganz konkrete Vorschläge, die Sie uns mitgeben möchten?

Wir werden den Bericht jedenfalls auch im Plenum diskutieren. Es ist wichtig, dass er nicht in einer Schublade landet, sondern wirklich auch im Rahmen eines Nationalen Aktionsplans bindend umgesetzt wird und dass Maßnahmen getroffen werden.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak erteilt Abgeordneter Ecker das Wort und weist darauf hin, dass der FPÖ wegen Überziehens in der ersten Runde nun nur noch 3 Minuten zur Verfügung stünden.

Abgeordnete Rosa Ecker, MBA (FPÖ): Frau Dr. Maier hat festgestellt, Österreich ist kein Land der Vorsorge. Wir wissen, dass gerade die Symptome von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen anders sind. Welche Maßnahmen würden Sie da empfehlen, die kurz- bis mittelfristig zu Erfolgen führen? Eine ganz einfache Variante wäre vielleicht die Belohnung für eine Vorsorgeuntersuchung mit einem Massagegutschein. Das wäre nur eine mögliche Idee. Wären Sie der Meinung, dass das etwas helfen würde?

Es gibt Frauen und Mütter mit psychischen Erkrankungen, und das hat durchaus auch etwas mit den Belastungen während der Coronakrise zu tun, aber auch mit den überschießenden Maßnahmen, unter denen auch die Frauen zu leiden hatten. Ich denke an Homeschooling, an geschlossene Betreuungseinrichtungen, an geschlossene



Einrichtungen zur Betreuung von behinderten Jugendlichen. Die 24-Stunden-Betreuung von Menschen im eigenen Haushalt, die Pflege gebraucht haben, ist ausgefallen.

Diese Therapien verursachen Kosten. Ich habe keine Antwort bekommen, wie das mit freien kassenfinanzierten Therapieplätzen aussehen würde. So eine Psychologiestunde kostet an die 100 Euro, und die Rückerstattung von der Krankenkasse ist marginal. Wünschenswert wäre da mehr.

Jetzt wurde aber in Niederösterreich ein Coronawiedergutmachungsfonds eingerichtet. Wäre das bundesweit eine Lösung, um betroffene Frauen zu entschädigen? Die könnten das Geld ja zum Beispiel für Therapiekosten aufwenden.

Meine letzte Frage ist: Kärnten ist seit 2021 Modellregion für Gendermedizin. Ich weiß nicht, ob uns jemand von den Expert:innen, die heute hier sind, sagen kann, ob es da vielleicht schon Erkenntnisse gibt, die übernommen und umgesetzt werden könnten.

Abgeordneter Mag. Gerald Hauser (FPÖ): Geschätzte Experten! Herr Minister! Es wird immer wieder gejammt, dass es keine Daten gibt, Herr Minister und geschätzte Experten. Jetzt haben wir allerdings schon Daten. Also ich nehme jetzt die Daten des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen zu den Nebenwirkungen der Covid-19-Impfstoffe im Zeitraum vom 27.12.2020 bis zum 31.12.2022 her. Das sind gemeldete Nebenwirkungen, und da schaut es so aus, dass von den 52 124 Nebenwirkungsfällen 34 519 Frauen betreffen. Das ist eine Quote von 66,2 Prozent.

Noch viel fataler sieht es aus, wenn man sich die Altersverteilung anschaut. Nahezu 50 Prozent der Personen sind nämlich in der Altersgruppe von 18 bis 44 – da sind die Frauen im gebärfähigen Alter – betroffen gewesen. Das sind Zahlen des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen.



Was mich erstaunt, ist, dass im Bericht mit keinem Wort auf diese Zahlen eingegangen wird, dass das vollkommen ignoriert wird. Diese Zahlen müssten eigentlich zum Nachdenken anregen, wenn – ich sage es noch einmal – zwei Drittel der Nebenwirkungsfälle Frauen betreffen, und das überwiegend im gebärfähigen Alter. Das macht mich sehr betroffen.

Abgeordneter Ralph Schallmeiner (Grüne): Kommen wir wieder zurück zur Realität!

Eine Frage an die Expertinnen mit kleinem I: im Frauengesundheitsbericht wird ja auch der Österreichische Verhütungsreport zitiert. Daraus geht hervor, dass Frauen sich in erster Linie kostenlose Verhütungsmittel wünschen, weil sie ja diese Kosten in den allermeisten Fällen allein zu tragen haben und damit sehr oft im Regen stehen gelassen werden.

Gleichzeitig geht es im Bericht natürlich insbesondere um die Frage einer gerechten Verantwortungsverteilung zwischen Männern und Frauen. Die Frage ist: Was wäre aus Ihrer Sicht eine Möglichkeit, um genau diesen Wünschen beziehungsweise diesen Anforderungen – es sind ja keine Wünsche, sondern Forderungen an uns in der Politik – gerecht zu werden?

Die zweite Frage, die ich noch einmal ganz speziell an die Expertinnen mit kleinem I stellen möchte: Der Genderbias gegenüber Frauen in Diagnostik und Forschung ist weiterhin ein bestehendes Problem. Das, glaube ich, können wir nicht wegre-den. Können Sie vielleicht aus Ihren jeweiligen Bereichen schildern, welche Kernerkenntnisse Sie hierzu aus der Studie ziehen beziehungsweise was wir brauchen, damit wir dem auch in Österreich endlich entgegenwirken können, oder ob das nur global, international geht und ob das deshalb auch nur auf globaler und internationaler Ebene zu durchbrechen sein wird?

Abgeordnete Mag. Meri Disoski (Grüne): Ich verzichte und stelle meine Fragezeit den Expert:innen zur Verfügung.



Abgeordnete Fiona Fiedler, BEd (NEOS): Ich fasse mich mit Blick auf die Beantwortungen kurz.

Eine Frage noch von meiner Seite: Wie kann man die Forschung zur besseren Information über Genderunterschiede, gerade was auch Medikamentenentwicklung betrifft, vorantreiben? Vielleicht haben Sie da Antworten für uns. – Danke schön.

Abgeordnete MMag. Katharina Werner, Bakk. (NEOS): Ein Thema, das ein bisschen untergegangen ist, wäre die Osteoporoseprävention. Welche Maßnahmen würden Sie da als vorrangig sehen? – Danke schön.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak leitet zur Antwortrunde der Expert:innen über und weist dabei auf die Redezeit von jeweils 5 Minuten hin.

Zweite Antwortrunde der Expert:innen

Sylvia Gaiswinkler, MA: Sehr geehrte Abgeordnete, danke für die Fragen! Weil sich etwas durchzieht, nämlich die Frage nach möglichen Maßnahmen und danach, was man zu den unterschiedlichen Themen, die es gibt – von Osteoporose über psychische Gesundheit, über Biases in der Forschung, in den Clinical Trials –, machen könnte: Ganz generell würde ich sagen, wir sehen in dem Bericht, dass es einfach einen Perspektivenwechsel im gesamten Gesundheitssystem braucht, und das beginnt bei der Forschung.

Der Perspektivenwechsel inkludiert auch – und vorhin war auch die Frage, welche drei Maßnahmen wir empfehlen würden – eine der absolut zentralsten Maßnahmen: Die wäre, überhaupt einmal Frauengesundheitsexpertise in Entscheidungsgremien aufzunehmen, nicht nur Frauen in Entscheidungsgremien aufzunehmen, sondern tatsächlich auch die Expertinnen, die zu den unterschiedlichen Themen etwas sagen können.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 50

Wir haben das auch im Bericht abgebildet. Es gibt von den Strukturen her im Gesundheitssystem einen stark auf männliche Gesundheit ausgerichteten Blick. Das ist überholt. Wir brauchen da einen Wechsel, und der kann nur herbeigeführt werden, wenn entsprechend die Expertinnen hinzugezogen werden.

Das deckt sich mit vielen Themen, die wir jetzt gehabt haben. Was müsste bezüglich Osteoporose getan werden? – Es müsste überhaupt einmal ins Bewusstsein gelangen, dass es Osteoporose gibt, wie viele Frauen davon betroffen sind und vor allem auch, wie sie davon betroffen sind.

Es würde auch den Punkt betreffen, wie es mit Gewalt, mit Gewaltspuren aussieht und damit, wenn die im Krankenhaus ersichtlich sind und das Gesundheitspersonal zum Beispiel nicht weiß, wie es die Person, die vor ihm steht, ansprechen soll, weil es nicht wirklich gebrieft ist und keine Unterlagen dazu hat, was es dann machen soll und wohin es vielleicht auch weiterleiten soll.

Es betrifft genauso das Thema: Wie sehen die Clinical Trials aus? Es gibt auf EU-Ebene seit 2014 eine Verordnung, wonach Clinical Trials inzwischen eigentlich nach Alter, nach Geschlecht durchgeführt werden sollten. Die Frage ist: Warum wird das nicht flächendeckend umgesetzt? Auch darauf wäre ein laufender und regelmäßiger Blick notwendig. Das kann nur über Gremien und auf entsprechender Ebene umgesetzt werden, damit dann dieser Blick dorthin gerichtet wird.

Es betrifft auch die Frage, die es zu Frauen- und Gendermedizin beziehungsweise zu Veränderungen in den Ausbildungen gegeben hat. Auch das ist in diesem Fall in Verbindung zu setzen. Ja, in die Ausbildung gehört auf jeden Fall das Thema Frauen- und Genderfragen. Es gehören auf jeden Fall auch das Thema der psychischen Gesundheit und die Frage hinein, welche Auswirkungen psychische Gesundheit auf die Psyche, aber auch auf die körperliche Gesundheit und das gesamte gesundheitliche Wohlbefinden von Frauen hat.



Dazu, wie das umgesetzt werden kann, ob das verpflichtend sein soll, habe ich, muss ich sagen, jetzt nichts, was ich vom Bericht ableiten kann. Durchaus wäre aber natürlich eine Überlegung, Vertiefungen zu entwickeln, die in den Bereich Frauen- und Gendermedizin gehen. Da kann ich vielleicht auch noch einmal den Bogen zur Modellregion Kärnten spannen. Da könnte man wahrscheinlich tatsächlich auch Kontakt aufnehmen und anfangen, Gespräche zu führen: Welche Erfahrungen gibt es dort schon, welche Learnings gibt es? Was könnte man eventuell flächendeckend in Österreich ausrollen? – Danke.

Dr. Günter Koderhold: Zunächst zur Frage bezüglich Änderung des Medizinstudiums beziehungsweise Adaption in Richtung Gendermedizin: Na ja, ich war Vorsitzender der Ausbildungskommission und kann Ihnen sagen, das geht nur mit einer Verlängerung des Medizinstudiums. Es ist sowieso gegenwärtig sehr gestrafft worden, und jetzt die Gendermedizin irgendwo auf Kosten anderer Teilbereiche hineinzupressen, ist meiner Erfahrung nach nicht möglich. Da muss man den Mut haben, das Medizinstudium zu verlängern, um diesen Bereich dazuzugeben.

Zur Frage der SPÖ: Welche Möglichkeiten gibt es im Umgang mit der Tatsache, dass bei den Frauen 19 Jahre mit eingeschränkter Gesundheit, mit eingeschränkter Vigilanz gelebt werden? – Ich habe im Spital auch lange gewerkschaftlich gearbeitet. Da ist die Adaption des Arbeitsplatzes an das Alter sicherlich eine der Möglichkeiten. Wir hatten leider die Tatsache, dass Schwestern bis zur Pension am Krankenbett arbeiten mussten, statt dass man sie in die Ambulanz oder in die Administration versetzt hätte, wie es in anderen Berufen üblich ist.

Wenn ich den saloppen Vergleich zu den Metallern ziehen darf: Dort arbeitet nicht jeder ewig am Hochofen, sondern er ist irgendwann im Controlling. Beim medizinischen Personal habe ich das in 43 Jahren nicht so gesehen. Ich würde mich freuen, wenn Sie das anders erlebt haben. Grundsätzlich: Die Adaption des Arbeitsplatzes in Richtung Altersgerechtigkeit erscheint mir als eine Möglichkeit, die Vigilanz zu verbessern.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 52

Zur Armut: Wie wirkt sich Armut auf die Gesundheit aus? – Dazu gibt es seit Jahren sehr umfangreiche Studien. Armut ist der größte Killer, sie ist diesbezüglich nachhaltiger negativ als Rauchen. Es gibt ja mittlerweile Bevölkerungsgruppen mit einer rückläufigen Lebenserwartung.

Zur Freiheitlichen Partei: Welche Möglichkeiten der Vorsorge haben wir? – Sicherlich wäre aus meiner Sicht sinnhaft, die Adipositas in der Jugend – ja, ich betone: in der Jugend – nicht zu bewerben. Es gibt gegenwärtig eine Tendenz, zu vermitteln, rundlich sei schön. Das mag sein. Wenn man älter ist und 30, 40 Jahre lang Sport betrieben hat, ist das sicherlich medizinisch unbedenklich. Wenn man aber von Anfang an wenig Sport betreibt, sich ein ausgeprägtes Übergewicht aneignet und das auch noch beworben wird, ist das sicher kontraproduktiv. Der Zeitgeist ist gegenwärtig etwas sportfeindlich.

Zu den Impfnebenwirkungen: Na ja, da erwarte ich mir ehrlich gesagt in Österreich nicht viel. Das wird sich nur international lösen. Großbritannien hat beispielsweise die Impffolgen von Anfang an getestet, Dänemark auch, und wir haben von Anfang an das Ergebnis gehabt, dass die Impffolgen unterschiedlich sind. Meines Wissens ist das in Österreich nicht gemacht worden. Man hat geimpft, ohne dass die Folgen getestet wurden. Diesbezüglich sehe ich nur etwas über internationale Vergleiche: Wie viele Nebenwirkungen gibt es in Italien? – Da gibt es Studien, dass 30 Prozent Nebenwirkungen haben. Wie viele Nebenwirkungen waren es bei der Stellung? – In den USA haben wir auch Zahlen von bis zu einem Drittel. Das in Österreich aufzuarbeiten, muss ich ehrlich sagen, sehe ich eher skeptisch.

Zu den NEOS, zum Thema Forschung in Richtung Gender: Es ist halt so, wir haben jetzt, in unserer Zeit, vor allem Forschung aus der Industrie. Wir haben relativ wenig Forschung, die von der öffentlichen Hand, von Universitäten, von Forschungsförderungsfonds, umgesetzt wird. Da müsste man eigentlich die Finanzierung der öffentlichen Forschung der Universitäten und auch der Forschungsförderungsfonds intensivieren. – Vielen Dank.



Obmann Mag. Gerhard Kaniak erteilt Expertin Maier das Wort und ersucht sie zugleich, im Sinne der Fairness den anderen Expert:innen gegenüber möglichst mit 2,5 Minuten das Auslangen zu finden, weil sie in der ersten Runde 2,5 Minuten überzogen habe.

Univ.-Prof. MMag. DDr. Barbara Maier: Sehr gerne.

Ich zäume das Pferd von hinten auf. Österreichischer Verhütungsreport und die Verantwortung: Die Verantwortung wäre geteilt, wenn die Verhütungsmittel kostenfrei wären, dann wäre das überhaupt kein Problem.

Wie Sie sich vorstellen können, stehe ich zu einer sozialen Frauenheilkunde. Welches Frauenbild haben wir in dieser Gesellschaft? Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe, das zu verändern, selbstverständlich auch eine medizinische Aufgabe, und es ist eine persönliche Aufgabe. Wir müssen uns auch selber durchsetzen. Empowerment ist das Stichwort.

Zu der Covid-Nebenwirkungsgeschichte: Ich bin eine Protagonistin von Impfungen. Wir hatten an der Klinik Ottakring den Auftrag von der Stadt Wien, alle Covid-positiven Schwangeren und Gebärenden zu betreuen.

Es war wirklich dramatisch, gerade mit der Deltavariante, auf der Intensivstation mit Schwangeren, die da betreut werden mussten. Die Impfung für Schwangere haben wir initiiert, und das war gut so, es gibt Zahlen von der Klinik Ottakring, publiziert im „Journal of Perinatal Medicine“; Impactpunkte.

Vorsorgemaßnahmen: Belohnungseffekte wären vielleicht schon motivierend, das könnte man durchaus andedenken.

Das Gesundheitspersonal spricht zu wenig: Wenn wir ein bisschen mehr Zeit hätten und nicht solche Personalengpässe in den Krankenhäusern, in der Pflege, dann würden wir das auch sehr gerne tun, keine Frage.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 54

HPV: Das ist auch später noch interessant. Wenn ich eine Patientin mit HPV-positivem Gebärmutterhalskrebs operiert habe, wird die geimpft, auch wenn sie 50plus ist. Das ist eine allgemeine Empfehlung, Prof. Joura hat sich damit sehr viel beschäftigt. Warum klappt es in Australien sehr viel besser? Da dürfte ein anderes Frauen-/Menschenbild herrschen, das besagt, dass es auch ein Anliegen der Burschen sein muss, die Frauen zu schützen; und nebenbei bemerkt: Ein Peniskarzinom ist auch nicht etwas, das man sich wünschen kann. *(Heiterkeit.)*

Teilzeit, prekäre Beschäftigung: Wenn man nicht entsprechend verdient und von 40 Stunden Arbeit in prekären Verhältnissen nicht mehr leben kann, ist das natürlich nicht gesundheitsförderlich. Man kann dann nicht Sport betreiben und sich keine Tennisstunden leisten. *(Der Obmann gibt das Glockenzeichen.)* – 30 Sekunden geben Sie mir noch, Sie sind sicher so nett! *(Heiterkeit.)*

Frauen und Alter: 19,3 Jahre. Die Ursachen? – Das wäre wirklich noch wichtig! Warum Ursachen? – Wir wissen zum Beispiel aus der Inkontinenzforschung – wenn man Harn verliert und so –, dass das Frauen in den Pflegeheimen sehr viel früher betrifft, als wenn sie noch selbstständig in ihren Wohnungen leben. Das ist nicht, weil die Pflege schlecht ist, sondern weil der Anreiz, der Tagesablauf ein ganz, ganz anderer ist und weil man da anders empowert ist.

Das Stadt-Land-Gefälle haben wir glaube ich eh abgehandelt, und strukturell - -

Obmann Mag. Gerhard Kaniak ersucht aus Gründen der Fairness auch den anderen Expert:innen die entsprechende Zeit zu geben und bedankt sich für die Ausführungen.

Als Nächster erteilt er Frau Dr. Wimmer-Puchinger das Wort.

ao. Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger: Ich fange auch von hinten an, mit den wichtigsten Maßnahmen, die wir durchsetzen sollten und auf die man sich irgendwie einigen kann. Ich denke, drei werden nicht reichen, aber vielleicht fünf.



Das eine ist ganz wichtig, es ist schon gesagt worden. Die Unterstützung und Begleitung während der Schwangerschaft, auch psychologisch, ist der Schlüssel zur primären Prävention. Da fängt es an, und da müsste man investieren, denn da könnte man wirklich viel bewirken. Das ist mir ganz wichtig. Wir haben 15 bis 20 Prozent Frauen mit postpartalen Depressionen – das muss man sich wirklich überlegen! –, zwischen dem dritten und dem sechsten Lebensmonat des Kindes.

Es ist auch bei uns klar, das sage ich ja auch ganz deutlich: Das sind nicht nur die Hormone, nein, dazu gibt es große Studien in „The Lancet“; es hat mit den sozialen und psychischen Bedingungen der Frauen zu tun. Da wäre wirklich sehr viel zu tun, da sollten wir mehr in die Betreuung, Unterstützung und Prävention bereits in der Schwangerschaft investieren.

Eine zweite Geschichte ist: Wenn wir von Altersarmut reden, dann ist auch ganz klar, womit die zusammenhängt. Ich bin es als glaube ich Älteste hier leid, das zu sagen, weil ich das glaube ich vor 40 Jahren schon gefordert habe: Wenn wir endlich die diversen Einrichtungen für die Betreuung von Kindern ausbauen würden, dann könnten Frauen einfach mehr Geld verdienen und wären dann im Alter – oho, große Überraschung! – nicht in der Armutsfalle. Das fände ich eine ganz wichtige Maßnahme, die eigentlich längst an der Zeit ist. Wir wissen auch mit Blick auf skandinavische Länder, dass das wirksam ist und vor allem: dass es geht.

Zur Gendermedizin möchte ich sagen: Ich bin ja im Vorstand und auch Gründungsmitglied der Gesellschaft für Gendermedizin; das geht, das ist bereits im Curriculum, es gibt Fortbildungen, es gibt die Modellregion Kärnten für Gendermedizin, das finde ich ganz toll, und da kann man sicher einiges bewirken und wichtiges Wissen, Evidenz, vorantreiben.

Als Psychologin möchte ich abschließend aber schon auch sagen: Ja, es ist einerseits die Medizin, und wir brauchen mehr Kassenärzt:innen und Gynäkolog:innen – und, Barbara, ja, natürlich haben die nicht so viel Zeit zum Reden –, aber man könnte



denen ja auch tolle Sozialarbeiter:innen oder eben auch uns Psycholog:innen zur Seite stellen, dann können wir ganz viel Unterstützung, Aufklärung und so weiter anbieten. Darin sind unheimlich viele Chancen enthalten.

Es ärgert mich wirklich sehr, dass immer weniger Mädchen eigentlich wissen, wie ihr Körper funktioniert. Von daher wäre auch das ein wichtiger Ansatz. Gar nicht zu sprechen davon, dass wir in all den Jahren überhaupt nicht nach vorne gekrabbelt sind, was den flächendeckend Einsatz von Sexualpädagog:innen anbelangt; wir sind diesbezüglich in Österreich Schlusslicht. Sexuelle Gesundheit hat ein breites Spektrum, ist so wichtig, und da könnten wir wirklich ein bisschen Gas geben, finde ich.

Mag. Hilde Wolf, MBA: Dann werde ich mich auch auf die drei Wünsche an die gute Fee oder wen auch immer beschränken. Ich komme schon wieder zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen, worüber ich zuvor schon gesagt habe, dass die Kostenfrage natürlich ein wichtiger Punkt ist.

Ich denke, bei volkswirtschaftlicher Betrachtung, wenn es darum geht, auch die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, wenn man bedenkt, welche Kosten durch Krankenstandstage entstehen beziehungsweise ja auch durch die bekannte Tatsache, dass psychische Erkrankungen die häufigste Ursache für Invaliditätspensionen sind, die uns ja einfach à la longue sehr, sehr viel Geld kosten, dann rechnet sich das zum einen.

Zum anderen sehe ich auch so Ansatzpunkte. In der Praxis sehen wir sehr stark, dass sehr viele Frauen zu uns kommen, die RehaGeld beziehen. Das sind zum überwiegenden Teil Frauen, das sind zum überwiegenden Teil Frauen mit chronifizierten psychischen Erkrankungen. Die werden leider dann auch losgeschickt und müssen sich im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht selber eine psychologische, therapeutische Unterstützung suchen, was wirklich sehr schwierig ist und oft kurzfristig auch nicht gelingt.



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 57

Ich glaube, wenn man da gezielt ansetzen und Programme entwickeln würde, die frauenspezifisch passend, auch bedürfnisadäquat sind, könnte man auch noch sehr, sehr viel bewirken, und viele könnten die Kurve noch kriegen, bevor es in die Invaliditätspension geht.

Angesprochen wurde in dem Kontext ja auch das Thema Genderbias in Diagnostik und Behandlung. Ich glaube, dem müsste man noch auf die Spur kommen, weil ja auch bekannt ist, dass die Lebenszeitprävalenz bei psychischen Erkrankungen von Männern und Frauen international gesehen gar nicht so unterschiedlich ist. Bei Männern sind sie natürlich anders ausgeprägt, zum Beispiel in Richtung larvierte Depressionen, die sich in riskantem Verhalten oder Suchtverhalten manifestieren. Ich glaube, da haben wir noch sehr, sehr viel zu lernen, auch was die Behandlung anbelangt. – So viel zu dem Themenkomplex.

Der zweite Wunsch an die Fee wäre: Gesundheitsförderung und Vorsorgeuntersuchungen für alle zugänglich zu machen. Es wissen nicht alle, dass es Gesundheitsförderungsprogramme oder Vorsorgeuntersuchungen gibt. Wir kennen gut etablierte öffentlich finanzierte Programme, an denen dann zu 80 Prozent Akademiker:innen teilnehmen. Das heißt, wir müssen schauen, wie wir Frauen in sozial schwierigen Lebenssituationen erreichen; da muss man aufsuchen, da muss man anders, zielgruppenspezifisch, denken. Ich glaube, da gäbe es viele Möglichkeiten und viel Interesse.

Nur ein Beispiel: Wir machen im Wiener Gesundheitsverbund seit vielen Jahren betriebliche Gesundheitsförderung speziell für Frauen, speziell für Frauen in Niedriglohnbranchen – zum Beispiel in der Reinigung –, für Frauen, die jahrelang vergessen worden sind oder keine betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen in Anspruch genommen haben, weil sie sich dort gar nicht hingetraut haben oder nicht gewusst haben, dass es das auch für sie gibt.



Als dritten Punkt, da kann ich mich jetzt ganz kurz halten, komme ich noch einmal auf das Thema Gesundheitsversorgung zu sprechen. Wir haben festgestellt, dass Frauen sich ähnliche Angebote wie 1450 wünschen; eine zentrale Gesundheitsberatung ist schon wunderbar, aber für viele Frauen wäre es wichtig, eine Anlaufstelle für Gesundheitsfragen zu haben, die sie einfach bei der Navigation durch unser sehr komplexes Gesundheitssystem unterstützt.

Da haben wir in Wien jetzt mit FEM Med ein Modellprojekt gestartet. Ich glaube, die Gesundheitskioske in Deutschland sind ähnliche Beispiele. Ich glaube, da könnte uns viel gelingen, um vielleicht Irrwege, Doktorhopping und Drehtürmedizin zu verringern. – Danke.

Statement des Bundesministers

Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Johannes Rauch: Vielleicht ein paar Anmerkungen: Dieser Frauengesundheitsbericht ist der erste seit mehr als zehn Jahren. Damit ist, finde ich, eine Basis gelegt, um auch weitere Schritte, die jetzt diskutiert worden sind, in die Wege zu leiten. Auch ich bedanke mich bei den Expertinnen und dem Experten für ihren Input dazu.

Zwei Dinge jedenfalls sind bereits im Gange – da wir erkannt haben, dass es nicht dabei bleiben kann, diese Studie, diesen Bericht vorzulegen, ohne den Dingen auf den Grund zu gehen –: In den nächsten Wochen wird von uns eine Studie zur Menstruationsgesundheit präsentiert werden, nämlich mit einem Schwerpunkt zu Daten und auch zu Wechseljahren und den Themen, die damit zusammenhängen. Die zweite Studie ist eine Machbarkeitsstudie betreffend kostenlose Verhütung. Beides sind Dinge, die im Bericht auch explizit angeführt sind, und beide werden im ersten Quartal 2024 finalisiert und auch noch präsentiert werden.

Ein Punkt, der mir persönlich am Herzen liegt, ist die HPV-Impfung. Auf die möchte ich auch kurz eingehen, weil hier schon darauf hingewiesen wurde. Ja, das ist ein positiver Zugang, den wir jetzt mit der Gratisimpfung bis 21 haben. Was das auslöst



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 59

hat, kann man anhand der Zahlen auch darlegen: Wir haben im Zeitraum vom 1.2.2023 bis 29.1.2024 unter 21-Jährigen 105 000 Impfungen über dieses Programm verabreichen können. Im Vergleichszeitraum des Vorjahres waren es rund die Hälfte, nämlich 55 000. Es ist also evident, dass das funktioniert. Und wir sind dabei, mit den drei wesentlichen Financiers – Bund, Sozialversicherung und Bundesländer – auszuloten, ob eine Ausweitung bis 30, jedenfalls befristet, möglich wäre; denn ich bin einfach der Überzeugung, dass es auch in Österreich gelingen kann – wie das in Australien bereits der Fall ist –, HPV gänzlich zu beseitigen.

Nächster Punkt, mentale Gesundheit: Dazu ist auch richtig festgestellt worden, dass wir da insbesondere bei jungen Menschen, insbesondere bei jungen Frauen, ein Thema haben. Das war der Grund, warum wir, wie Sie wissen, Gesund aus der Krise ausgeweitet und aufgestockt haben.

An dieser Stelle möchte ich mich bei Ihnen, Frau Dr. Wimmer-Puchinger für diese großartige Arbeit, die dort geleistet wird, bedanken. Das ist ein eminent wichtiges Projekt, für das, wie ich finde, auch eine Anschlussfinanzierung gefunden werden muss, um es in eine Dauerfinanzierung überzuführen. Das Projekt ist dermaßen erfolgreich, dass es einfach weitergehen muss.

Zum Thema Gewalt gegen Frauen: Wir haben uns, von der Prävention angefangen – Stop, Stadtteile ohne Partnergewalt – bis hin zu einer Reihe von Förderungen, die wir auf den Weg gebracht haben, dieses Themas angenommen, weil das in Österreich nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Wir haben da ein Thema und müssen uns dieses Themas intensiv und massiv annehmen.

Die Gewaltambulanzen – jetzt habe ich gehört, der Titel ist unglücklich gewählt – sind ein Baustein dessen. Jedenfalls in zwei Städten, nämlich in Wien und in Graz, sollen nun Pilotprojekte installiert werden. Das halte ich einfach für wichtig.

Letzter Punkt, Gesundheitsreform: Natürlich ist die ein Baustein in mehrfacher Hinsicht. Da geht es erstens um etwas, das eingemahnt worden ist, nämlich darum,



Auszugsweise Darstellung

Gesundheitsausschuss – XXVII. GP

14. Februar 2024

35. Sitzung / 60

das Angebot im niedergelassenen Bereich, im kassenärztlichen Bereich insbesondere bei Mangelfächern in die Höhe zu fahren.

Es ist auch so, dass bei der Vergabe der zusätzlichen Kassenstellen Mangelfächer priorisiert werden, wobei, und das ist die gute Nachricht, sich für die ersten 100 Kassenstellen 400 Ärztinnen und Ärzte beworben haben. Es ist also nicht so, dass dieses Modell nicht attraktiv ist.

Eines möchte ich auch noch erwähnen: Dass jetzt 1 Milliarde Euro pro Jahr zusätzlich ins Gesundheitssystem fließt, nämlich über den Finanzausgleich und über die Gesundheitsreform, ist keine Selbstverständlichkeit. Zusätzliche Geldmittel in diesem Ausmaß hat es in der Vergangenheit schlicht nicht gegeben. Da bin ich jetzt nur bei der Gesundheit, da sind die Mittel für die Pflegereform noch gar nicht mit dabei. Das ist enorm viel Geld. Damit sind die Voraussetzungen dafür geschaffen – insbesondere auch, wenn es um Frauengesundheit geht –, dass jene Maßnahmen getroffen werden, die im Bericht angeregt worden sind.

Es wird auch Aufgabe der nächsten Regierung sein, die Grundlagen, die mit diesem Bericht geschaffen worden sind, weiter zu verfolgen. – Danke schön.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak schließt – da keine weiteren Wortmeldungen vorliegen – die Debatte und leitet zur **Abstimmung** über Tagesordnungspunkt 1, Kenntnisnahme des Berichtes in III-953 der Beilagen, über. – **Mehrheitliche Annahme.**

Zur Berichterstatterin wird **einstimmig** Abgeordnete Disoski gewählt.

Sodann bedankt sich der Obmann bei den Expertinnen und beim Experten für ihre Expertise, bei den Ausschussmitgliedern für ihre konstruktiven Debattenbeiträge und erklärt das Hearing und damit den öffentlichen Teil der Beratungen für **beendet**.

Schluss des öffentlichen Teils: 14.45 Uhr