



**Frauengesundheitsbericht
Tirol 2005**

FRAUENGESUNDHEITSBERICHT TIROL 2005

Innsbruck, Januar 2006

Impressum

Frauengesundheitsbericht Tirol 2005

Herausgeberin, wissenschaftliche Leiterin: Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner

Autorin: Dr.ⁱⁿ Alice Chwosta

Wissenschaftliches Lektorat: Dr.ⁱⁿ Doris Musshauer

Lektorat: Dr.ⁱⁿ Angelika Bader

Endredaktion, Layout: Barbara Sauer-Oberlechner

Statistik: Martin Schaffenrath MBA

Cover: Birgit Raitmayr, Videographic

Editorial

Der erste Tiroler Frauengesundheitsbericht ist ein weiterer Baustein in der Implementierung von Frauengesundheit und Gender Medicine in das allgemeine Bewusstsein und das öffentliche Gesundheitssystem. Der Tiroler Frauengesundheitsbericht soll ergänzend zu der bereits vorliegenden Tiroler Gesundheitsberichterstattung Informationen zur Frauengesundheit anbieten, aber auch Datenmängel sichtbar machen und in der Folge Impulse für Entscheidungen bezüglich weiterer Handlungsfelder setzen.

Ein Frauengesundheitsbericht muss selbstverständlich auf dem erweiterten Gesundheitsbegriff beruhen, der **Gesundheit als den höchst erreichbaren Grad an physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden** darstellt. Durch die Darstellung dieser vielschichtigen Aspekte als Grundlage der Gesundheitsberichterstattung werden jedoch auch gleichzeitig Mängel an sicheren, nach Geschlechtern getrennten Daten aufgedeckt.

So liegen gerade zu wesentlichen Themen mit großer Auswirkung auf Frauengesundheit, wie Lifestyle-Verhalten, Gewalt, Missbrauch, Suchtverhalten und sozial-marginalisierten Gruppen zum jetzigen Zeitpunkt entweder nur rudimentäre Zahlen mit hohen Dunkelziffern oder lediglich Umfragedaten vor. Aber auch zu chronischen Erkrankungen sind, außer zu Krankenhausaufenthalten und der Todesursachenstatistik, gesicherte Daten nur in geringem Maß vorhanden.

Der vorliegende Tiroler Frauengesundheitsbericht bildet anhand der uns zugänglichen Daten zu ausgewählten Kapiteln eine solide Basis für eine zukünftige kontinuierliche Frauengesundheitsberichterstattung. Jährliche Berichterstattung mit Erarbeitung weiterer Themengruppen sowie Verlaufsbeobachtungen werden folgen.

Für die **Tiroler Frauen** können folgende positive Ergebnisse zusammengefasst werden:

Die Tirolerin hat mit **82,85 Jahren österreichweit die höchste Lebenserwartung**, die seit Jahren kontinuierlich anstieg. Frauen leben im Durchschnitt **5,17 Jahre länger als Männer**.

Die **altersstandardisierte Gesamtsterblichkeit** in Tirol lag im Zeitraum 1991-2000 bei Frauen **unter jener im Bundesdurchschnitt**. **Tirol hat im Vergleich zu Gesamtösterreich eine jüngere weibliche Bevölkerungsstruktur**.

Die altersstandardisierten **Mortalitätsraten des Mammakarzinoms sowie des kolorektalen Karzinoms** nehmen in Tirol **signifikant ab**. Die Inzidenzrate des Brustkrebs liegt in Tirol unter dem EU-Durchschnitt. In Tirol kam es in den letzten Jahren weiters zu **einer signifikanten Zunahme an neu diagnostizierten Mammakarzinomen in einem frühen, therapierbaren Stadium**. Diese ist überwiegend auf die hohe Zahl an **Vorsorgeuntersuchungen** von Tirolerinnen zurückzuführen; Frauen in Tirol nehmen seit 1996 im Vergleich zu Gesamtösterreich **am häufigsten Vorsorgeuntersuchungen in ganz Österreich** in Anspruch.

Ähnlich positiv für die Tirolerinnen schaut es mit den dornenreichen Lifestyle-Fragen aus. Tiroler Frauen liegen, was **Übergewicht und Bluthochdruck** anbelangt, **unter dem Bundesdurchschnitt** und geben **ein höheres Ausmaß an „gesunder Ernährung“ und sportlicher Aktivität** an. Ebenfalls wurde eine **Verbesserung in der Versorgung und Nachbetreuung von Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen** in Tirol aufgezeigt.

Aufgrund dieser positiven Fakten ist es nicht verwunderlich, dass Tirolerinnen **seltener als der österreichische Durchschnitt an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben**. Dieses bewusste Gesundheitsverhalten wirkt sich auch **günstig auf die Diabetesprävalenz bei Frauen aus**.

Die **altersstandardisierte Mortalitätsrate bei Diabetes Mellitus** liegt **unter dem Bundesdurchschnitt**.

Zusammenfassend ergeben diese erfreulichen Gesundheitsdaten, dass die Tirolerin auch im Vergleich zu den übrigen Österreicherinnen ein hohes Maß an Gesundheitsbewusstsein und eine gesteigerte Bereitschaft zeigt, Lifestyle-Änderungen ernsthaft anzugehen. Gesundheitsempfehlungen im Bereich von Lifestyle und Prävention werden von der Tirolerin hervorragend gemeistert, was beispielsweise zu günstigen Bluthochdruck- und Diabetes Mellitus-Daten führt. Dieser günstige Outcome ist sicher auch dadurch bedingt, dass die Tirolerin in jedem Berichtsjahr österreichweit den höchsten Anteil an Vorsorgeuntersuchungen erreicht. Dies führt nicht nur zu günstigen Auswirkungen auf die Reduzierung der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren und damit zu selteneren Herz-Kreislauf-Todesfällen, sondern auch zu einer signifikanten Abnahme der altersstandardisierten Mortalitätsrate von bösartigen Neubildungen.

Die Betrachtung der uns vorliegenden Daten zeigt eindeutig, dass die Tirolerin in einer herausragenden Weise bereit ist Gesundheitsangebote anzunehmen, und dass in der Folge durch frauengerechte, entsprechend beworbene Aktionen positive Auswirkungen auf Gesundheitsdaten abgeleitet werden können. Daraus kann nur geschlossen werden, dass die Fortführung der derzeitigen frauenspezifischen Angebote sowie eine Ausweitung derselben sinnvoll und notwendig ist. Die alte Frauenforderung, Frauengesundheitsangebote für Frauen in allen Lebenssituationen in einem frauenfreundlichen Ambiente zu gewährleisten und ein hohes Maß an möglichst breiten Gesundheitsinformationen zugänglich zu machen, um den Frauen selbständige Gesundheitsentscheidungen zu ermöglichen, wird dadurch weiter unterstützt. Mit diesem Ziel ist ein Frauengesundheitszentrum an den Medizinischen Universitätskliniken im Aufbau. Zahlreiche Präventionskampagnen mit Screening-Angeboten und Vorträgen, Medienarbeit sowie eine Homepage (<http://lbi-frauen.uibk.ac.at>), eine Frauengesundheitsambulanz und Frauenstation an den Universitätskliniken Innsbruck sind bereits aktive Bausteine dieses Projektes.

Margarethe Hochleitner

INHALT

Impressum	1
EDITORIAL	2
1 FRAUENGESUNDHEIT	7
1.1 Von der Frauengesundheitsbewegung zur geschlechterspezifischen Gesundheitsbewegung	7
1.1.1 Frauengesundheit: Alles, was nur Frauen betrifft	7
1.1.2 Frauengesundheit: Alles, was hauptsächlich Frauen betrifft	7
1.1.3 Frauengesundheit: Alles, was Frauen anders betrifft	8
1.1.4 Frauengesundheit mit Blick auf biologisches und soziales Geschlecht	9
1.2 Bereiche der Frauengesundheit	10
1.2.1 Medizin und die medizinischen Wissenschaften	11
Anatomie und Physiologie von Frauen	11
Klinik	11
Partizipation an wissenschaftlichen Studien	11
Therapieunterschiede und Zugang zur (Spitzen-)Medizin	12
1.2.2 Sozial- und Gesellschaftspolitik	12
Alter	13
Armut	13
Pflege und Gesundheitsarbeit	14
2 ZIELE – DATENQUELLEN – METHODIK	14
2.1 Ziele	14
2.2 Datenquellen- Methodik	14
3 DEMOGRAPHISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION VON FRAUEN IN TIROL	15
3.1 Frauen in der Gesamtbevölkerung	15
3.1.1 Frauen und Männer in Tirol	15
3.1.2 Frauen nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft	15
3.1.3 Religionszugehörigkeit	18
3.2 Altersverteilung	18
3.3 Geburten- und Sterbeziffern	19
3.3.1 Geburtenziffern	19
3.3.2 Sterbeziffern	20
3.4 Soziale Lage	22
Bezahlte und unbezahlte Arbeit	22
3.4.1 Lebensunterhalt	22
3.4.2 Schulbildung	23
3.4.3 Erwerbstätigkeit	24
3.4.4 Einkommen	26
3.4.5 Haus- und Familienarbeit, Pflege	28
3.4.6 Erwerbsarbeitslosigkeit	30
3.4.7 Pension	31
3.4.8 Sozialhilfe	33

3.5 Lebensformen, PartnerInnenschaft, Familie	33
3.5.1 Haushaltsstrukturen	33
3.5.2 Familien	34
3.5.3 Kinder	35
3.5.4 Familienstand	37
3.5.5 Lebenssituation der älteren Frau in Tirol	39
4 GESUNDHEITSTATUS	40
4.1 Lebenserwartung	40
4.2 Mortalität	41
4.2.1 Todesursachen	41
4.2.2 Müttersterblichkeit	44
Schwangerschaftsabbruch	45
4.2.3 Säuglingssterblichkeit	46
4.3 Stationäre Morbidität - Krankenhausaufenthalte	46
4.3.1 Ursachen	47
4.3.2 Alter	48
4.3.3 Dauer	49
4.4 Vorsorge und Früherkennung	50
4.4.1 Vorsorgeuntersuchung	50
4.4.2 Gynäkologische Krebsfrüherkennung	52
4.5 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	52
Stationäre Morbidität	53
Mortalität	55
4.6 Bösartige Neubildungen	55
4.6.1 Mammakarzinom	56
Inzidenz	56
Mortalität	57
4.6.2 Kolorektales Karzinom	58
Inzidenz	58
Mortalität	59
4.6.3 Lungenkarzinom	60
Inzidenz	60
Mortalität	61
4.7 Chronische Erkrankungen	62
4.7.1 Diabetes mellitus	62
Prävalenz	63
Mortalität	65
4.7.2 Chronisch Obstruktive Lungenerkrankungen	65
Prävalenz	65
Mortalität	67
5 GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN	67
5.1 Rauchen	67
5.1.1 Frauen und Tabakkonsum	67
5.1.2 Raucherinnen in Tirol	68
6 GEWALT GEGEN FRAUEN	71

7 FRAUEN IN BESONDEREN SOZIALEN LEBENSLAGEN	73
7.1 Migrantinnen	73
7.1.1 Migration und Gesundheit	73
7.1.2 Die Moscheen Kampagne	74
7.1.3 Bestandsaufnahme	75
7.2 Wohnungslose Frauen, Frauen in Wohnungsnot	76
7.2.1 Formen der Wohnungslosigkeit	76
7.2.2 Gesundheitliche Risikofaktoren und häufige Erkrankungen	76
Gewalt	76
Psychische Erkrankungen	77
Somatische Erkrankungen	77
7.2.3 Bestandsaufnahme	77
8 UNBEHANDELTE THEMEN	78
9 DANKSAGUNG FÜR DIE ZUR VERFÜGUNG GESTELLTEN DATEN	80
10 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	81
11 TABELLENVERZEICHNIS	82
12 GRAFIKENVERZEICHNIS	83
13 LITERATURVERZEICHNIS	84

1 FRAUENGESUNDHEIT

1.1 Von der Frauengesundheitsbewegung zur geschlechterspezifischen Gesundheitsbewegung

1.1.1 Frauengesundheit: Alles, was nur Frauen betrifft

In den 1960er Jahren nahm „Frauengesundheit“ als von Frauen selbstbestimmt besetztes Thema seinen Ausgang in der zweiten Frauenbewegung in den USA. Frauen begannen aus ihrer Position als Betroffene (Patientinnen) Kritik am paternalistischen Medizinsystem zu formulieren. Diese richtete sich zu Beginn primär gegen die Medikalisierung und Pathologisierung des weiblichen Körpers (Menstruation, Menopause) und den Umgang mit der reproduktiven Gesundheit der Frau (Sexualität, Schwangerschaft/Schwangerschaftsabbruch, Geburt). Der Mangel an zugänglichen Informationen über ihre Körper wurde in die Forderung umgesetzt, Frauen diese Informationen zur Verfügung zu stellen und zugänglich zu machen, damit sie selbst über sich und ihre Gesundheit entscheiden können. Selbsthilfe-/Selbsterfahrungsgruppen sowie alternative Heilmethoden wurden der andro- und biozentristischen Medizin als Gegenentwurf gegenübergestellt. Durch eine Verwurzelung in einer breiten Basis entwickelte sich so eine eigenständige Frauengesundheitsbewegung, die dem Bestreben nach Selbstermächtigung und Parteilichkeit mit Frauen nachkam.

Durch die Bewegung in den USA angeregt setzte sich in der BRD eine ähnliche Entwicklung in Gang, in deren Folge Mitte der 1970er Jahre die ersten autonomen Frauengesundheitszentren gegründet wurden.

In Österreich war die Gesundheit von Frauen zwar innerhalb der feministischen Bewegung in vielen Bereichen Thema (Fristenlösung, Gewalt gegen Frauen), es gelang jedoch nicht, abseits der Diskussion um den §144 StGB¹, Frauengesundheit in der Öffentlichkeit zu positionieren und in Form einer eigenständigen Bewegung zu verankern. In Tirol setzte sich die „Aktion 144“ für die Abschaffung der strafrechtlichen Verfolgung des Schwangerschaftsabbruchs ein. Aus ihr entstand 1974 der „AEP/Arbeitskreis für Emanzipation und Partnerschaft“ als unabhängige Familienberatungsstelle (Rásky, 2003).

1.1.2 Frauengesundheit: Alles, was hauptsächlich Frauen betrifft

Im Lauf der 1980er Jahre drang die Forderung nach Partizipation an der Gestaltung der eigenen Gesundheit zunehmend in die Institutionen vor. 1985 fand sie erstmals Eingang in ein Dokument der Internationalen Gemeinschaft, die **Ottawa Charta**. Die WHO hält darin fest *„Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit gerichtet (...). Dies gilt für Frauen ebenso wie für Männer (...). Alle Beteiligten sollten als ein Leitprinzip anerkennen, dass in jeder Phase der Planung, Umsetzung und Auswertung (...) Frauen und Männer gleichberechtigte Partner sind“* (WHO, 1986).

Auf der nachfolgenden zweiten Konferenz zur Gesundheitsförderung 1988 in **Adelaide** wurde die Rolle der Frau als primäre Gesundheitsförderin hervorgehoben. Weiters wurde festgehalten, dass Frauen diese Leistungen meist un(ter)bezahlt erbringen. Eine wirkungsvolle Beteiligung von Frauen bedarf des Zugangs zu materiellen Ressourcen und Informationen, sowie der Anerkennung und Unterstützung durch Politik und Institutionen. *„Die Gesundheit von Frauen zu unterstützen (...)“* und *„(...) die Gesundheitsförderung von Frauen selbst zu berücksichtigen und in den Mittelpunkt zu stellen“* (WHO, 1988) wurde eines der vier anzustrebenden Hauptaktionsfelder.

Auf nationaler Ebene war es vor allem die sozialwissenschaftliche Frauenforschung an den Universitäten, die eine biopsychosoziale Sichtweise der Entstehung von Gesundheit und Krankheit etablierte. Die Ausgangspunkte von Diskurs in der Frauengesundheitsbewegung konnten sich so

¹ Der aus der mariatheresianischen Strafgesetzgebung stammende § 144 StGB stellte bis zur Strafrechtreform unter Christian Broda 1975 Schwangerschaftsabbruch in Österreich generell unter Haftstrafe.

zunehmend von Biologie/Körper der Frauen hin zur gesellschaftlichen Situation der Frau erweitern (z.B. Hauptlast der Pflegearbeit).

Die dritte Frauensommeruniversität, die 1986 in Innsbruck stattfand, hatte Gesundheit als einen ihrer Themenschwerpunkte. Weitere Initiativen innerhalb der Tiroler Frauenbewegung, wie das „Aktionskomitee Kassenambulatorium“, das sich für eine strukturelle Umsetzung der Fristenlösung in Tirol einsetzte, oder die „Tiroler Initiative Frauenhaus“, trieben die politische Anerkennung mit unterschiedlichem Erfolg voran. Der 1988 gestartete Versuch, ein „Feministisches Zentrum für Gesundheit, Therapie und Selbsthilfe“ zu errichten, scheiterte an fehlenden Subventionsmitteln (Gensluckner, 2001).

1.1.3 Frauengesundheit: Alles, was Frauen anders betrifft

Die 1990er Jahre waren durch rasante Fortschritte geprägt. Auf der UN Konferenz für Umwelt und Entwicklung 1992 in **Rio** wurde die Einführung und Umsetzung von Richtlinien zur nachhaltigen gesellschaftlichen Gleichstellung von Frauen, auch in Bezug auf Gesundheit, beschlossen (Agenda 21, Kapitel 24).

In den USA verabschiedete der Kongress mit dem „Revitalisation Act“ 1993 ein Gesetz zur Inkludierung von Frauen in klinische Studien. Bis dahin wurde die Erforschung von Medikamenten und Therapien hauptsächlich an Männern durchgeführt. Ihre Ergebnisse wurden bis zu diesem Zeitpunkt ohne Berücksichtigung von anatomischen und physiologischen Unterschieden auf Frauen übertragen.

1994 endete die Konferenz der WHO „Women's Health Counts“ in Wien mit der „**Wiener Erklärung**“ (WHO, 1994). In ihr wurden Handlungsprioritäten für den europäischen Raum (z.B. die Einführung frauenfreundlicher Kostenstrategien) und sechs politische Mechanismen zu deren Umsetzung benannt:

1. Jedes Land sollte ein Frauengesundheitsbüro einrichten.
2. In jedem Land sollte ein nationales Frauengesundheitsforum geschaffen werden.
3. Die Länder sollten eine zuverlässige Informationsgrundlage für eine ressortübergreifende Politik der Frauengesundheit schaffen (...).
4. Die Länder sollten regelmäßig umfassende Frauengesundheitsberichte veröffentlichen und diese den Parlamenten, den Medien und der Öffentlichkeit vorlegen.
5. Die Länder sollten Forschungsstrategien für den Bereich Gesundheit von Frauen entwickeln (...).
6. Alle Mitgliedsstaaten der Europäischen Region sollten im Rahmen der Frauengesundheitsinitiative des Regionalbüros Berichte zur Frauengesundheit erstellen (...); (WHO, 1994).

Abb. 1.1.3. Politisches Bekenntnis zur Frauengesundheitspolitik, Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern, 1994

Österreich folgte diesen Empfehlungen mit der Erstellung des ersten „**Austrian Women's Health Profile**“ 1995. Die im selben Jahr stattfindende Weltfrauenkonferenz in **Peking** bekräftigte abermals das Recht aller Frauen, über alle Aspekte ihrer Gesundheit, insbesondere auch über ihre eigene Fruchtbarkeit zu bestimmen. Die Notwendigkeit des gleichberechtigten Zugangs zu Bildung und Gesundheitsversorgung wurde deutlich hervorgehoben. Wiederum wurde die „*Erstellung und Veröffentlichung von nach dem Geschlecht aufgeschlüsselten Daten und Informationen für Planungs- und Bewertungszwecke*“ (UN, 1996) als strategisches Ziel genannt.

Die Strategie, Regierungen zu verpflichten in jedem Falle nachzuprüfen, welche Auswirkungen ihre Politik für die Situation der Frauen hat und in welcher Weise geplante Maßnahmen die spezifischen Lebenssituationen von Frauen im Sinne der in den Dokumenten verabschiedeten Zielsetzungen verbessern, erhielt mit „Gender Mainstreaming“ ihren Namen.

In den meisten österreichischen Bundesländern erschienen in den darauffolgenden Jahren Frauengesundheitsberichte. Sie trugen der Forderung nach Schaffung von Informationsgrundlagen entsprechend dem vorliegenden Datenmaterial Rechnung. In mehreren Bundesländern wurden Frauengesundheitszentren mit unterschiedlichen Konzepten und Arbeitsfeldern gegründet.

Das Frauenreferat des Landes Tirol startete 1994 in Kooperation mit dem Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und der Landessanitätsdirektion Tirol Gesundheitsprojekte für Frauen. Auch in Innsbruck wurde im Rahmen des WHO-Netzwerkes „Gesunde Städte“ 1997 der Bedarf an einem Frauengesundheitszentrum erkannt.

1999 wurde das Frauengesundheitszentrum mit den Schwerpunkten Beratung zu Sexualität und Schwangerschaftsabbruch eröffnet. Im selben Jahr wurde ein Frauengesundheitsbericht für die Stadt Innsbruck erstellt (Institut für Biostatistik, 2000). Weiters richtete das Land Tirol das Koordinationsbüro für Frauengesundheit ein. Die bestellte Leiterin, Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarete Hochleitner, hatte bereits 1998 in Zusammenarbeit mit den Tiroler Landeskrankenanstalten das Ludwig Boltzmann Institut für kardiologische Geschlechterforschung errichtet.

Innerhalb der Medizinischen Fakultäten Innsbruck, Wien und Graz konstituierte sich das „Frauen-Forum-Medizin“ als Plattform zur Forcierung von frauen- und geschlechterspezifischer Lehre, Forschung und fachspezifischer Diskussion.

1.1.4 Frauengesundheit mit Blick auf biologisches und soziales Geschlecht

Im Jahr 2000 wurde in Österreich durch Ministerratsbeschluss eine Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Gender Mainstreaming entsprechend dem **Amsterdamer Vertrag** eingesetzt.

„Gender Mainstreaming besteht in der Reorganisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluation von Entscheidungsprozessen in allen Politikbereichen und Arbeitsbereichen einer Organisation. Das Ziel von Gender Mainstreaming ist es, in alle Entscheidungsprozesse die Perspektive des Geschlechterverhältnisses einzubeziehen und alle Entscheidungsprozesse für die Gleichstellung der Geschlechter nutzbar zu machen“ (Europarat, 1998).

Im Gesundheitswesen leistete die **Madriider Erklärung** „Mainstreaming Gender in Health“ 2002 der dauerhaften Anerkennung von „Gender“, dem sozial konstruierten Geschlecht, neben „Sex“, dem vorgegebenen biologischen Geschlecht, als relevante Einflussgröße auf die Gesundheit von Frauen Vorschub.

Das Bekenntnis zum Gender Mainstreaming findet sich im österreichischen Universitätsgesetz 2002 wieder. Auf der Basis der §§ 19 (2) Z. 6 und 41ff UG 2002 wurde der Frauenförderungsplan in der Satzung der Medizinischen Universität Innsbruck festgeschrieben. Demnach fördert die Medizinische Universität Innsbruck laut §12 (1) UG 2002 *„den Auf- und Ausbau von Frauen- und Geschlechterforschung und Gender Studies“*; §17 (1) UG 2002: *„Bei der Gestaltung der Curricula sind die Gleichbehandlung von Frauen und Männern sowie die Gleichwertigkeit der Frauen- und Geschlechterforschung mit anderen Forschungsbereichen zu berücksichtigen“* (Medizinische Universität Innsbruck, 2004).

Im Jahr 2000 wurde das Frauengesundheitszentrum in Innsbruck aus finanziellen Gründen wiederum geschlossen.

2004 eröffnete an der Klinik Innsbruck eine Frauengesundheitsambulanz mit angeschlossener Frauenstation. Ein neues, in die Universitätskliniken Innsbruck integriertes Frauengesundheitszentrum ist konzipiert und befindet sich derzeit im Prozess der Umsetzung. Nach amerikanischem Vorbild der „Centers of Excellence“ soll es Ausgangsort für frauenspezifische Prävention und Information, Gesundheitsversorgung, Forschung und Lehre werden.

Die Geschichte der Innsbrucker Frauengesundheitszentren spiegelt so das existierende Spannungsfeld innerhalb der frauenspezifischen Gesundheit entsprechend ihrer eigenen Entstehungsgeschichte wider; dieses reicht vom medizinkritisch-ganzheitlichen Ansatz und dem Einbeziehen von lokalen Frauengruppen und Organisationen entsprechend der Wiener Erklärung bis hin zum Konzept der Chancengleichheit für Frauen im bestehenden schulmedizinischen Gesundheitssystem. Es umfasst somit ein Spektrum von der Primärversorgung bis hin zur Spitzenmedizin um Frauen in allen Lebensabschnitten Gesundheitsversorgung in einem selbstgewählten, frauenfreundlichen und geschlechtersensiblen Setting zu ermöglichen.

1.2 Bereiche der Frauengesundheit

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind Bestandteil der allgemeinen Gesellschaftsordnung. Sie sind nach wie vor in allen Bereichen, die eine Gesellschaft bilden, zu finden; sei es am Arbeitsmarkt, in Politik, Bildung, Wohnsituation, Familie und PartnerInnenschaft. Medizin-, Sozial- und Gesundheitswesen stellen als integrale Bestandteile der Gesellschaftsstruktur hier keine Ausnahme dar.

Zuschreibungen zum weiblichen Körper (= Sex) und sozialem Geschlecht (=Gender) waren und sind gern genutzte Modelle zur Schaffung und Aufrechterhaltung von Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern (Bolognese-Leuchtenmüller, 2000; Lorber, 1999).

Die Analyse und Berücksichtigung derselben Faktoren (Sex und Gender), durch die Ungleichheiten entstehen, und das Hinterfragen des scheinbar Normalen machen den Weg frei zu einer geschlechtersensiblen und geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung für Frauen. Dies kann nur in einem umfassenden, gesamtgesellschaftlichen Prozess geschehen.

Ein sinnvoller Zugang zu Frauengesundheit legt somit Blick auf alles, was nur Frauen, hauptsächlich Frauen oder Frauen anders betrifft:

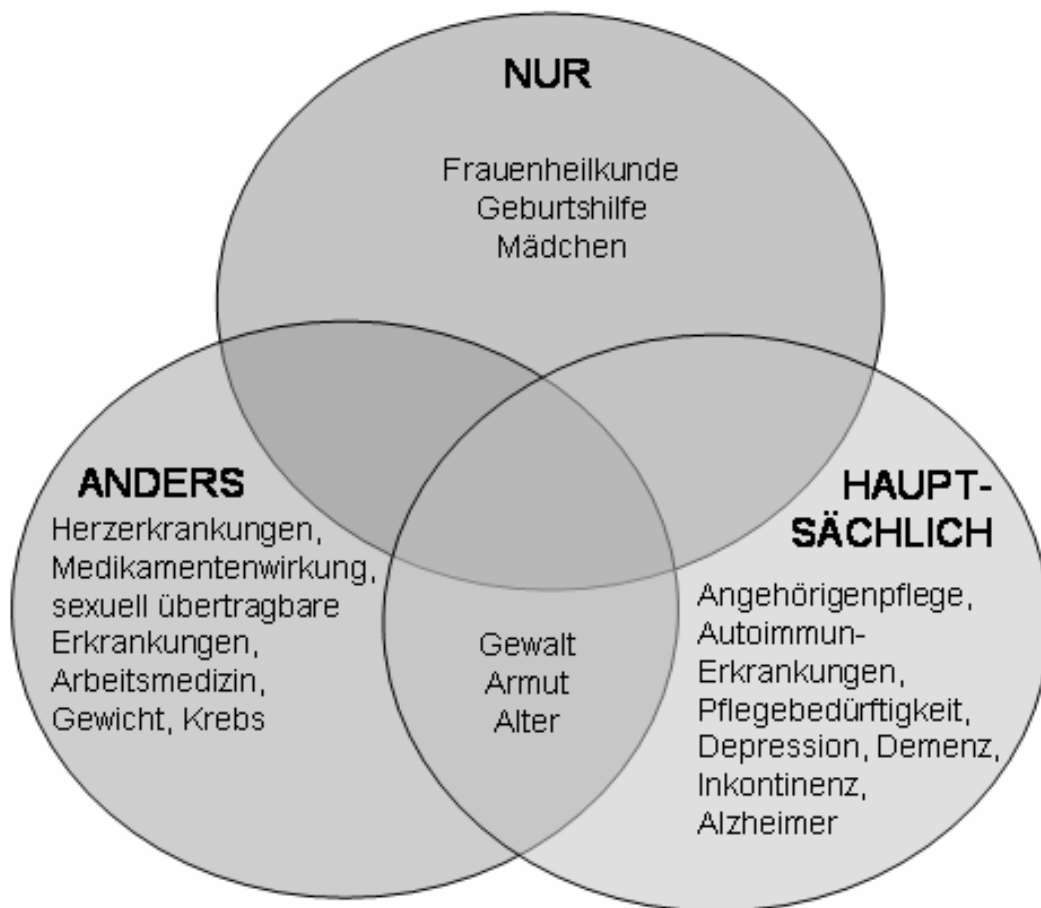


Abb. 1.2 Bereiche der Frauengesundheit

1.2.1 Medizin und die medizinischen Wissenschaften

Medizin und die medizinischen Wissenschaften sind traditionell Ausgangspunkt von Vorstellungen über Gesundheit, Krankheit, Körper und Geschlecht von Frauen (Mixa, 1996; Lorber, 1997). Gleichzeitig sind sie ein wichtiges Handlungsfeld und nehmen so wesentlichen Einfluss auf viele Bereiche der Frauengesundheit.

Aus diesem Grund bedürfen innerhalb der Medizin folgende Bereiche der Aufmerksamkeit:

Anatomie und Physiologie von Frauen

Abgesehen von den augenfälligen Unterschieden der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale bei Frauen und Männern findet sich eine Vielzahl von weiteren Faktoren, die Aufbau und Abläufe in Frauenkörpern von denen bei Männern unterscheiden.

Weibliche Hormone haben Einfluss auf das Herz-Kreislauf-System (Gefäße, Arteriosklerose), auf Knochen (Gefahr der Osteoporose nach der Menopause) und den Fettstoffwechsel (Legato, 2002). Medikamente wirken unter dem Einfluss von Hormonen aber auch anderer Faktoren im Stoffwechsel von Frauen anders als bei Männern. Der Stoffwechsel unterscheidet sich auch in der Art wie er Nahrung und andere zugeführte Substanzen verarbeitet. Die Anteile von Muskelmasse, Körperfett und Wasser im Körper spielen hier zusätzlich eine Rolle.

Auch genetische Faktoren bewirken Unterschiede. Einige Erbkrankheiten sind bei Frauen wesentlich seltener. Frauen haben ein stärker ausgeprägtes Immunsystem, was in gewissen Bereichen eine höhere Resistenz von Frauen bedeuten kann. Gleichzeitig weisen sie jedoch auch mehr Autoimmunerkrankungen als Männer auf. Unterschiede in Aufbau und Funktion können somit im ganzen Körper bis hinein in einzelne Zellen gefunden werden (Legato, 2004; Haseltine, 1997).

Klinik

Seit langer Zeit ist bekannt, dass Krankheiten bei Frauen und Männern mit unterschiedlicher Häufigkeit auftreten. So haben Frauen im Lauf ihres Lebens beispielsweise ein höheres Risiko an einer Depression zu erkranken als Männer. Es wurden sowohl genetische wie hormonelle Ursachen als Erklärung herangezogen, ohne jedoch für sich allein schlüssige Beweise liefern zu können. Bei zusätzlicher Betrachtung der sozialen Situation von Frauen finden sich allerdings deutliche Zusammenhänge zwischen Depression, Doppelbelastung und Rollenkonflikten.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich aber auch in der Art, wie sich dieselbe Krankheit bei Frauen oder Männern präsentiert, wie diese verläuft bzw. wie sie von PatientInnen wahrgenommen wird. Lungenkrebs tritt beispielsweise bei Frauen häufiger in anderer Form und in anderen Lungenabschnitten auf als bei Männern. Dies ist sowohl auf körperliche Faktoren (Anfälligkeit auf zellulärer Ebene), als auch auf soziale Faktoren (Frauen rauchen beispielsweise vermehrt Light-Zigaretten; siehe Kapitel 5.1.1) zurückzuführen.

Als prominentestes Beispiel geschlechtsspezifischer Unterschiede hat die Ausprägung „Schmerzen bei Herzinfarkt“ in letzter Zeit viel Medieninteresse erregt.

Partizipation an wissenschaftlichen Studien

Trotz zahlreicher Unterschiede, die bei Frauen und Männern in medizinisch bedeutsamer Hinsicht gefunden werden, waren Frauen lange Zeit nicht oder in nicht repräsentativer Zahl in wissenschaftliche Studien eingeschlossen. Als Begründung für den Ausschluss wurde oft gerade einer der Faktoren aufgeführt, der die Erforschung von Therapien und Medikamenten an Frauen besonders wichtig macht: der zyklisch wechselnde Hormonspiegel. Neben den dadurch komplizierteren Studienabläufen fallen hier auch die Gefahr einer Schwangerschaft während der klinischen Tests und die damit für forschende Stellen höheren Versicherungskosten für Probandinnen ins Gewicht.

In den USA gibt es seit 1993 ein Gesetz, das die Einbeziehung von Frauen in staatlich geförderte wissenschaftliche Studien vorschreibt. In der EU bzw. in Österreich gibt es bisher keine bindende Vorschrift. Empfehlungen tragen jedoch dazu bei, dass die Quote von Frauen in wissenschaftlichen Studien langsam im Steigen begriffen ist.

Therapieunterschiede und Zugang zur (Spitzen-)Medizin

Therapieunterschiede für Frauen finden sich auf mehreren Ebenen. Gründe liegen einerseits im fehlenden Wissen aus klinischen Studien, aber auch in der mangelnden praktischen Umsetzung von bereits vorhandenem geschlechterspezifischem Wissen. Das bedeutet, Frauen erhalten Medikamente und Therapien, die nicht an ihre tatsächlichen Bedürfnisse angepasst sind.

Dosierungen für Frauen werden nach Größe und Gewicht aus Medikamentendosierungen, die an Männern getestet wurden, umgerechnet. Frauen werden somit wie „kleine leichte Männer“ behandelt, was den komplexen Unterschieden jedoch keineswegs entspricht. Frauen weisen dementsprechend doppelt so häufig Nebenwirkungen und Medikamentenunverträglichkeiten auf als Männer. Laut Fischer *„betreffen 2/3 aller aufgrund von Arzneimittelnebenwirkungen aufgetretenen lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen Frauen“* (Fischer, 2005, S.33).

Die Verschreibungen für Medikamente liegen bei Frauen deutlich höher als bei Männern. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Frauen häufiger zu ÄrztInnen gehen. Gleichzeitig ist bekannt, dass Frauen häufig nicht nur für sich, sondern auch für Familienmitglieder zu ÄrztInnen gehen und für sie Medikamente verschrieben bekommen. Der tatsächliche Verbrauch an Medikamenten durch Frauen kann somit nicht unbedingt mit den Verschreibungen gleichgesetzt werden. Auffällig ist jedoch, dass besonders bei den Verschreibungen für Medikamente mit einem hohen Missbrauchs- und Suchtpotential, wie bestimmten Beruhigungs- und Schlafmitteln (z.B. Benzodiazepine), Frauen die Statistiken anführen.

Bei anderen Therapieoptionen fallen deutliche Lücken in der Versorgung von Frauen auf. Die Zahl der an österreichischen Intensivstationen versorgten Frauen ist deutlich geringer als jene der Männer. Frauen werden im Durchschnitt erst mit schwererer Diagnose auf eine Intensivstation aufgenommen. Die Anzahl der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die bei Frauen gesetzt werden, fällt geringer aus als bei Männern (Rieder, 2004a). Auch für Tirol liegen entsprechende Daten im Bereich der Kardiologie vor und werden in diesem Bericht dokumentiert (Hochleitner, 1997, 1998, 1999a, 2000). Hier zeigt sich klar, dass das Geschlecht der PatientInnen nicht nur die jeweils eigene Wahrnehmung und Äußerung von Krankheiten und Beschwerden beeinflusst. Ob die zu behandelnde Person eine Frau oder ein Mann ist, beeinflusst auch die Wahrnehmung und Reaktionen von ÄrztInnen, TherapeutInnen und anderen im Gesundheitsbereich Tätigen.

Die Vertiefung und Ausdehnung von medizinischer Forschung für/an/über Frauen kann demnach nur Teil der Forderungen an die Medizin und die medizinischen Wissenschaften auf dem Weg zu frauengerechter Gesundheitsversorgung sein.

Erst die tatsächliche, selbstverständliche Integration des bestehenden Wissens in Praxis und Lehre macht eine Gesundheitsversorgung, die den biologischen und sozialen Realitäten von Frauen angepasst ist, möglich.

1.2.2 Sozial- und Gesellschaftspolitik

Die Politik schafft Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Lebensentwürfen. Sie verhandelt Utopien und Grenzen, die individuelle sowie gesamtgesellschaftliche Entfaltung und Veränderung möglich machen. Auch die gesellschaftliche Position von Frauen und die inhaltliche Besetzung dessen, was als Frau möglich bzw. für Frauen akzeptabel ist, also das sozial konstruierte Geschlecht Frau (= Gender), wird zu wesentlichen Teilen von der Politik mitgelenkt.

Der Politik kommt somit im Hinblick auf frauenspezifische Gesundheitsförderung und -erhaltung die Aufgabe zu, jene Faktoren, die sich positiv auf Gesundheit und Lebensqualität von Frauen auswirken, zu stärken und jene aktiv zu verändern, die negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen haben. Letzteres betrifft auch Bereiche, die eine Behinderung in der Entfaltung des gesundheitlichen Potentials von Frauen darstellen.

Aus diesem Grund bedürfen innerhalb der Sozial- und Gesellschaftspolitik unter anderem folgende Bereiche der Aufmerksamkeit:

Alter

Über Jahre hinweg war in Österreich dem internationalen Trend entsprechend eine Feminisierung des Alters zu beobachten. Durch die zunehmende Angleichung der männlichen Lebenserwartung an die der Frauen und das Versterben der Kriegsgeneration ist die Kurve der Feminisierung im Abflachen. Dennoch finden sich unter den Personen im sogenannten „Dritten Alter“ (60-80 Jahre) nach wie vor deutlich mehr Frauen als Männer. Obwohl die Lebenserwartung für beide Geschlechter in den letzten Jahrzehnten gestiegen ist, können Frauen anscheinend von dieser positiven Entwicklung nicht so stark profitieren wie Männer. Der Anteil der in guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre an der restlichen Lebenserwartung ist für Frauen im Vergleich zu dem der Männer geringer. Dieser Abstand vergrößert sich für Frauen mit zunehmendem Alter (Kityr, 2000). Funktionsbeeinträchtigungen (Inkontinenz, Bewegungseinschränkungen, Demenz) steigen mit zunehmendem Alter nicht linear sondern exponentiell an. Dies bedeutet eine höhere Betroffenheit von Frauen. Auch die Wahrscheinlichkeit von anderen Altersrisiken, hier vor allem der Altersarmut, ist für Frauen höher als für Männer. So lag 1997 laut österreichischem Seniorenbericht das individuelle Einkommen bei 40% der Pensionistinnen unter dem Ausgleichszulagenrichtsatz (bei 20% der Männer), die individuelle Bruttoalterspension betrug im Medianwert nur die Hälfte der Männerpension (Oppitz, 2000). In Tirol finden sich ebenfalls entsprechende Einkommensunterschiede (siehe Kapitel 3.4.7). Der eigene Pensionseintritt, die Pensionierung von Partner/Partnerin, gegebenenfalls die Übernahme von Aufsicht und Pflege von Enkelkindern sind neue Herausforderungen, die es positiv zu bewältigen gilt. Für viele Frauen kommen Zeiten der Pflege und des Verlustes von Partner/Partnerin als (gesundheits-)belastende Lebensereignisse hinzu; eventuell in weiterer Folge auch die eigene Pflegebedürftigkeit. Es handelt sich somit keineswegs um eine einheitliche Zeit für Frauen, sondern um einen Lebensabschnitt, der zusätzlich zu den biologischen Veränderungen des Alterns von vielen sozialen Einflüssen geprägt ist.

Eine Wendung der Sicht von Alter als Fortschreiten der Vermehrung von Defiziten hin zu einem positiven Blick auf Potentiale wird in den letzten Jahren sowohl gesellschaftlich als auch durch ältere Frauen selbst vermehrt forciert. Die Stärkung von Potentialen bildet bis ins hohe Alter eine Voraussetzung für selbstbestimmte Lebensentwürfe. Ihre volle Ausschöpfung ist jedoch nur unter entsprechenden finanziellen und sozialen Rahmenbedingungen, die real existierende Defizite ausgleichen (z.B. Wohnangebot, Pflege, soziale Betreuung, angemessene finanzielle Absicherung), möglich.

Armut

Der Zusammenhang von Armut und schlechterem Gesundheitszustand ist vielfach belegt. Bei Menschen, die in Armut leben, finden sich deutlich höhere Erkrankungsrisiken: schlechtere Arbeitsbedingungen, beengte Wohnverhältnisse mit hoher Umgebungsbelastung, unausgewogene Ernährung, Zeitmangel, Stress und fehlende Möglichkeiten sich von permanenten Belastungen zu erholen. ÄrztInnen werden seltener und später aufgesucht. Frauen sind in Österreich allgemein von einem höheren Armutsrisiko betroffen als Männer. Der Anteil an Armut oder Armutsgefährdung spitzt sich in Bevölkerungsgruppen, in denen Frauen zu einem deutlich höheren Anteil zu finden sind, noch weiter zu. Für alleinstehende Pensionistinnen ist das Armutsrisiko mit 26% doppelt so hoch als für die Allgemeinbevölkerung. Im September 2005 bezogen in Tirol rund 14.000 Personen eine Ausgleichszulage zur Erreichung der Mindestpensionsgrenze, darunter 66% Frauen². Unter den AlleinerzieherInnen ist jede Dritte von Armut gefährdet. Ebenso besteht bei Beschäftigten in einem Teilzeit-Arbeitsverhältnis und mehr noch in atypischen Beschäftigungsverhältnissen (Werkvertrag, neue Selbständige), die einen großen Teil der Frauenbeschäftigung ausmachen, eine erhöhte Gefährdung (BMSG, 2005). Gleichzeitig bieten atypische Arbeitsverhältnisse nur reduzierten arbeits- und sozialrechtlichen Schutz, sodass wiederholte oder längere Krankenstände hier den Verlust von Einkommen oder Arbeitsplatz bedeuten können.

Haushalte, in denen eine Frau Hauptverdienerin ist, tragen ein doppelt so hohes Armutsrisiko als jene mit einem männlichen Hauptverdiener. Seit Mitte der 1990er Jahre wächst die Einkommensschere weiter. Sie lag 2003 bei 20-40% geringerem Lohn für Frauen bei gleichwertiger Arbeit (Guger, 2005; siehe Kapitel 3.4.4).

Einen weiteren Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit bildet die Armutsgefährdung durch Pflege einer Person mit schwerer Beeinträchtigung. Sie schlägt sich in einem doppelten Einkommensnachteil nieder (siehe Kapitel 3.4.5)

² telefonische Auskunft PVA Wien, Stand 11.11.2005

Pflege und Gesundheitsarbeit

Die Fürsorge für kranke oder beeinträchtigte Menschen ist nach wie vor eine stark weiblich kodierte Tätigkeit. Pflege und Gesundheitsarbeit wird dementsprechend zu einem überwiegend großen Teil von Frauen geleistet. Im privaten Bereich stellt die Pflegearbeit eine typische Form von unsichtbarer Frauenarbeit dar. Ähnlich wie Haushaltstätigkeiten wird sie als unbezahlt verrichtete Leistung der Frau als selbstverständlich angesehen. Häufig wird diese emotional und körperlich belastende Arbeit im Privatbereich ohne Ausbildung und ohne unterstützendes Netzwerk erbracht.

Die in den kommenden Jahren zu erwartende zunehmende Zahl an Pflegebedürftigen erweitert die ethische und moralische Notwendigkeit der Sichtbarmachung und Anerkennung von unsichtbarer Frauenarbeit um eine wirtschaftliche und politische Dimension. Formen der Anerkennung und Absicherung von Frauen im Bereich der privaten Pflege, die über ideelle Wertschätzung hinausgehen, werden zu verhandeln sein.

Im Gesundheitswesen selbst stand Pflegearbeit in Bezug auf Prestige und Bezahlung lange auf einer niederen Hierarchiestufe. Durch Pflegemangel und den Erfolg der „kollegialen Führung“ konnten Frauen hier bereits wesentliche Veränderungen in der Anerkennung ihrer Arbeit erreichen. Pflegehelferinnen und Krankenschwestern stellen die größte Gruppe der weiblichen Beschäftigten im Krankenhaus dar. Je höher der Grad an Anerkennung und Bezahlung, desto geringer die Zahl der beschäftigten Frauen. Diese Beobachtung trifft sowohl auf die Geschlechterverteilung in Krankenhäusern als auch auf die Verteilung im niedergelassenen Bereich zu.

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen ist wesentlich für die Herstellung einer geschlechtergerechten Verteilung von Arbeit im professionellen Setting. Hier gilt es, auch Ursachen der geschlechterkodierten Berufswahl zu beleuchten.

2 ZIELE – DATENQUELLEN – METHODIK

2.1 Ziele

Der vorliegende Tiroler Frauengesundheitsbericht soll, entsprechend frauen(gesundheits)politischer Forderungen, eine Informationsgrundlage über Kernthemen der Frauengesundheit in Tirol und jene Faktoren, die die Gesundheit von Frauen in Tirol wesentlich beeinflussen, liefern.

Als Basisbericht der Tiroler Frauengesundheitsberichterstattung stellt er primär einen Abriss der Ist-Situation dar, die anhand der vorhandenen Datenquellen beschrieben werden kann. Zusätzlich zur Beschreibung des Gesundheitszustandes und der Lebenssituation von Tirolerinnen auf Basis der vorhandenen Daten ist es auch Ziel des Berichts Datenmängel aufzuzeigen. Das heißt, Felder, zu denen keinerlei Daten vorliegen oder in denen eine frauengerechte Datenerhebung nötig ist, um für Frauen relevante Aussagen treffen zu können, sollen identifiziert werden.

Entsprechend dieser Erhebungen soll der Bericht über eine Bestandsaufnahme hinaus für politische EntscheidungsträgerInnen, EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitsbereich sowie für medizinische Fachleute und ForscherInnen Handlungsfelder eröffnen. Für Nicht-Regierungs-Organisationen (NGOs³) mit Berührungspunkten zu den dargestellten Einflussfaktoren auf Frauengesundheit soll der Bericht die Möglichkeit bieten, ihr Arbeitsfeld auf den Umgang mit frauenspezifischen Bedürfnissen zu überprüfen und gegebenenfalls auch Grundlage für politische Forderungen zur Verbesserung der Situation von Frauen und ihrer Gesundheit liefern.

Entsprechend den Wurzeln der Frauengesundheitsbewegung soll dieser Bericht weiters für interessierte Frauen und Männer der gesamten Tiroler Bevölkerung eine leicht verständliche und zugängliche Darstellung der gesundheitlichen Stärken und Risiken von Frauen bieten.

2.2 Datenquellen- Methodik

Als Datenquelle zur Erstellung dieses Berichts dienten Daten der routinemäßigen amtlichen Statistik (Statistik Austria, Landesstatistik Tirol, Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Tirol) und Daten der allgemeinen Gesundheitsberichterstattung (Tumorregister Tirol, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen). Zusätzlich zu diesen Daten wurden in Bereichen, die von der amtlichen Statistik nicht erfasst werden, auf andere Datenquellen, beispielsweise wissenschaftliche Studien mit lokalem

³ Non-Governmental Organizations

Bezug, aber auch auf Jahresberichte und andere Publikationen von Vereinen und NGOs zurückgegriffen.

Wenn es aufgrund der Datenlage möglich war, wurden in den einzelnen Kapiteln die Daten zu Frauen in Tirol einerseits den Daten zu Männern in Tirol und andererseits jenen zu Frauen in Gesamtösterreich gegenübergestellt (BZPH, 2002). In Bereichen, in denen diese vollständigen Datenvergleiche nicht möglich waren, wurden sie entsprechend mit den jeweils vorhandenen Daten (Männer in Tirol, Frauen in Österreich) vorgenommen. Bei Themen, zu denen keinerlei vergleichbare Daten vorlagen oder bei denen die Daten aufgrund nicht repräsentativer Erhebung nicht vergleichbar waren, stehen die Daten zu Tiroler Frauen für sich. In einigen Bereichen lagen für Frauen in Tirol keinerlei Daten vor. Hier wurde teilweise auf Daten zu Frauen in Gesamtösterreich zurückgegriffen um dennoch Aussagen zu ermöglichen.

Allgemein ist weiter festzuhalten, dass Teile der im Rahmen der routinemäßigen amtlichen Statistik üblichen Datenerhebungsinstrumente und Datenpräsentationen an männlichen Lebensrealitäten und Lebensbiographien orientiert sind. Sie haben somit unter Umständen nicht dieselbe Aussagekraft für Frauen oder hinterlassen Informationslücken. Dies trifft sowohl auf Erhebung und Präsentation von soziodemographischen als auch von gesundheitsbezogenen Daten zu (Lange, 2003). Das Übernehmen solcher Art gewonnener Daten kann zu Verzerrungen und Informationsdefiziten in für Frauen relevanten Bereichen führen. In entsprechenden Teilen des Frauengesundheitsberichtes wird auf eventuelle Einschränkungen der Aussagekraft, beziehungsweise auf mögliche Verzerrungen der Aussage durch verwendete, in der Gesundheitsberichterstattung übliche Darstellungsformen hingewiesen.

3 DEMOGRAPHISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION VON FRAUEN IN TIROL

3.1 Frauen in der Gesamtbevölkerung

3.1.1 Frauen und Männer in Tirol

Mit Stichtag 31.12.2003 lebten in Tirol **351.547 Frauen**, das sind **51,2% der Tiroler Wohnbevölkerung** (686.800); (Amt der Tiroler Landesregierung, 2005). Der Anteil an Frauen in Tirol lag somit nahe dem österreichischen Durchschnitt von 51,4%. In den Tiroler Bezirken fand sich in Innsbruck mit 52,9% und Kitzbühel mit 51,6% ein überdurchschnittlich hoher Frauenanteil. Der Bezirk Landeck weist mit 50,2% den geringsten Unterschied zwischen dem Frauen- und Männeranteil auf.

Tabelle 3.1.1 Frauenanteil in den Tiroler Bezirken in Prozent

	Innsbruck	Kitzbühel	Kufstein	Lienz	Schwaz	Reutte	Innsbruck-Land	Landeck
Frauen	52,9	51,6	51,0	50,9	50,8	50,5	50,3	50,2
Männer	47,1	48,4	49,0	49,1	49,2	49,5	49,7	49,8

Quelle: Landesstatistik Tirol

3.1.2 Frauen nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft

Rund 31.000 (das sind 9%) der in Tirol lebenden Frauen hatten eine nicht-österreichische Staatsbürgerschaft (Statistik Austria, 2003). Staatsbürgerinnen aus den alten EU-Ländern bildeten mit rund 9.700 Personen die größte Gruppe. Mehr als zwei Drittel von ihnen kamen aus Deutschland (6.700).

Von den Frauen ohne EU-Pass und ohne deutsche Muttersprache bildeten Türkinnen mit über 7.000 die größte Gruppe. Es folgten Frauen aus Bosnien-Herzegowina (4.155), Serbien-Montenegro (3.899) und Kroatien (2.902). Frauen der neuen EU Länder⁴ (Slowenien, Polen, Slowakei, Tschechien und Ungarn) bildeten die fünftgrößte Gruppe ohne deutsche Muttersprache.

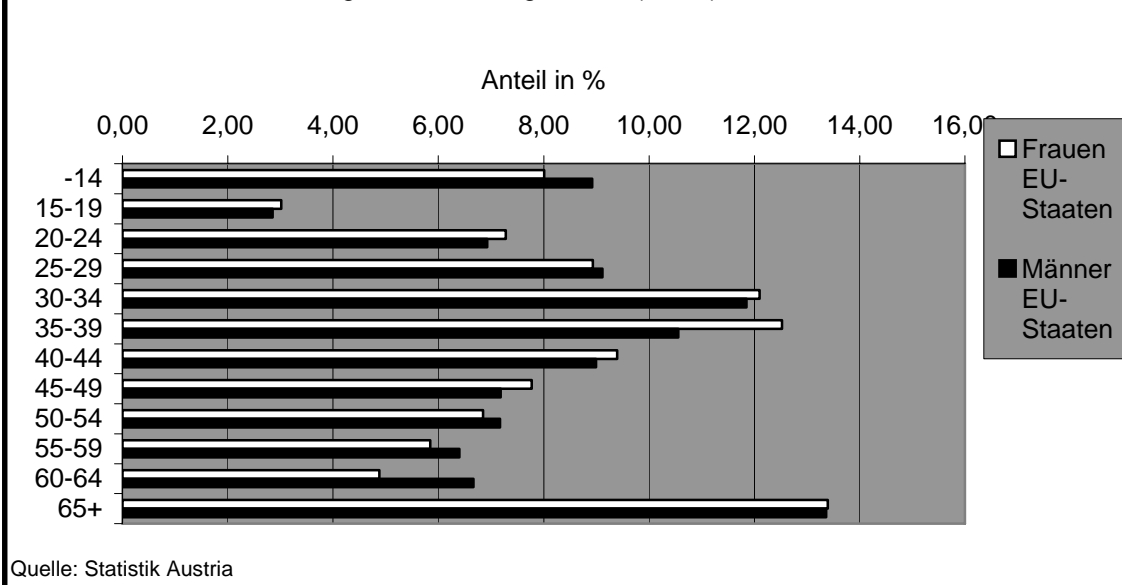
⁴ Neue EU Staaten ohne Baltische Staaten, Liechtenstein und Malta

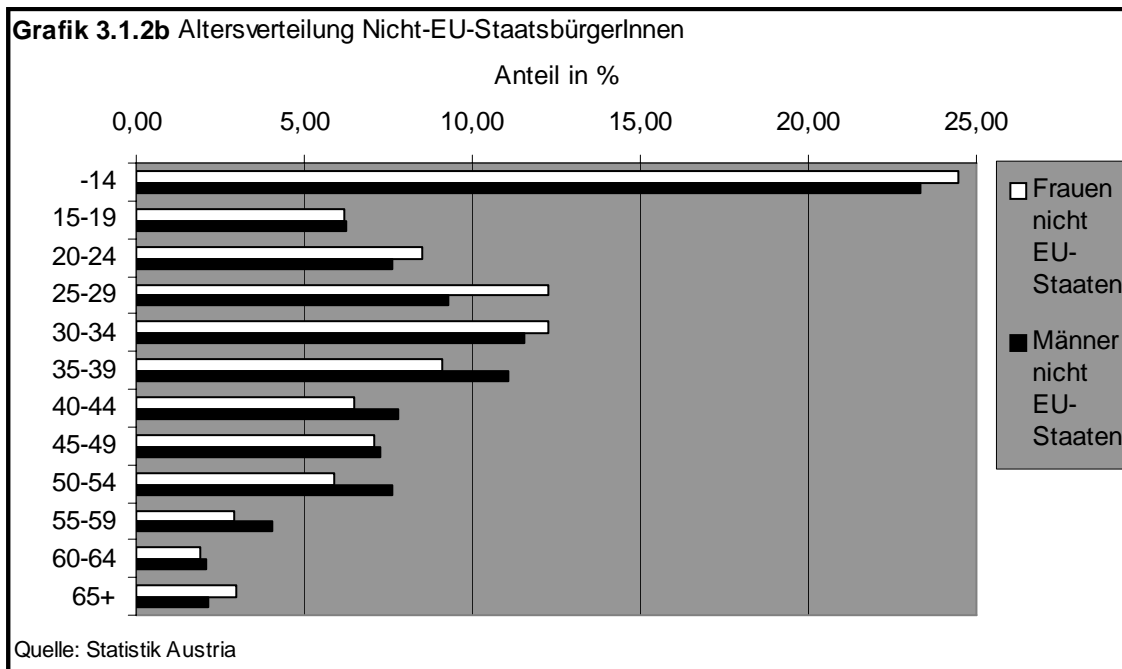
Der Prozentsatz der Frauen lag insgesamt bei allen nicht-österreichischen Staatsangehörigen, außer jenen der EU 14, unter dem der männlichen Zuwanderer. Werden die Gruppen nach Alter aufgeschlüsselt, bietet sich ein anderes Bild. Vor allem bei den Jüngeren (25-35 Jahre) übertraf der Frauenanteil jenen der Männer entgegen der natürlichen Geschlechterverteilung in dieser Altersgruppe. In der Altersgruppe von 35-65 Jahren fielen Frauen zahlenmäßig wieder hinter Männer zurück. Bei den über 65jährigen überstieg ihre Anzahl wiederum jene der Männer. Einzige Ausnahme bilden Frauen aus der Türkei, bei denen in jeder Altersgruppe weniger Frauen als Männer in Tirol lebten.

Der **höhere Anteil von weiblicher Zuwanderung in der jungen Gruppe** stärkt den Ansatz von feministischen Migrationsforscherinnen, die sich gegen das stereotype Bild von Ausländerinnen als passiv, hauptsächlich im Rahmen von Familienzusammenführung migrierenden Frauen aussprechen (Appelt, 2003).

Mit dem Eintreten ins Pensionsalter (Frauen 60 Jahre, Männer 65 Jahre) fiel die Anzahl der nicht-österreichischen StaatsbürgerInnen deutlich ab. Mehrere Gründe hierfür sind zu diskutieren. Die Einbürgerung und folglich das Verschwinden aus der Statistik ist eine ebenso mögliche Ursache wie die Rückkehr eines Teils dieser Altersgruppe in ihr Herkunftsland. Daten, die über die genaue Dynamik von (Re-)Migration und Einbürgerung Aufschluss geben, liegen uns für Tirol nicht vor.

Grafik 3.1.2a Altersverteilung EU-StaatsbürgerInnen (EU15)





Nicht-österreichische Staatsangehörigkeit kann Einfluss auf den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung (z.B. bei Flüchtlingen) und die freie Wahlmöglichkeit in Bezug auf die eigene Gesundheit haben. So ist im Fall von Gewalt in der Partnerschaft für Frauen, deren Aufenthaltsstatus an den des Ehemannes gekoppelt ist, eine Trennung folglich mit dem Verlust des Aufenthaltsrechtes bedroht.

Unabhängig vom rechtlichen Rahmen der Staatszugehörigkeit haben sprachliche und kulturelle Barrieren bzw. sozioökonomische Schichtzugehörigkeit wesentlichen Einfluss auf die Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationshintergrund. Es bleibt abzuwarten, ob sich der Trend von starker weiblicher Migration im frühen Erwerbsalter und Absinken des Migrantinnenanteils mit Pensionseintritt in den kommenden Jahren fortsetzt. Anzunehmen ist jedoch, dass die Zahl von Migrantinnen in höherem Alter anwächst. Anpassungen und Verbesserungen in der Struktur des Sozial- und Gesundheitswesens sind bereits heute nötig. Die spezielle Situation von Migrantinnen wird in Kapitel 7.1 behandelt.

Tabelle 3.1.2 Frauen und Männer mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit nach Altersgruppen 2001

Staatsangehörigkeit		Summe	-15	15-25	25-35	35-45	45-55	55-65	65+
EU (14)	w	9.751	781	1.004	2.051	2.137	1.426	1.046	1.306
	m	9.048	807	885	1.897	1.769	1.299	1.182	1.209
neue EU Staaten ¹	w	881	92	132	372	154	90	15	26
	m	953	88	117	274	230	184	47	13
Türkei	w	7.185	2.292	1.438	1.443	982	675	252	103
	m	8.832	2.444	1.568	1.810	1.472	964	472	102
Bosnien-Herzegovina	w	4.155	1.099	516	1.111	733	497	141	58
	m	4.450	1.121	578	870	954	675	208	44
Serbien-Montenegro	w	3.899	759	372	701	487	939	403	238
	m	3.896	753	356	669	544	951	443	180
Kroatien	w	2.902	710	386	841	463	343	99	60
	m	2.824	751	323	578	581	428	145	18
Insgesamt	w	31.265	6.045	4.163	7.332	5.490	4.212	2.078	1.945
	m	32.379	6.254	4.118	6.758	6.166	4.762	2.613	1.708

¹ neue EU-Staaten ohne Baltische Staaten, Liechtenstein und Malta

Quelle: Statistik Austria

3.1.3 Religionszugehörigkeit

In Tirol wurde 2001 im Rahmen der Volkszählung die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft erhoben. Geschlechtergetrennte Daten liegen nicht vor. Römisch-katholisch stellt in Tirol die am häufigsten angegebene Religion dar (83,4%). Die zweitgrößte Glaubensgemeinschaft bekannte sich zum Islam (4,2%). Als evangelische Christen bezeichneten sich 2,4%, zu einer griechisch-orientalischen (orthodoxen) Glaubensgemeinschaft zugehörig 1,6%. Die Angaben zu den anderen anerkannten Glaubensgemeinschaften befanden sich jeweils unter der 1%-Grenze.

Die Zugehörigkeit zu einer der 13 in Österreich anerkannten Religionsgemeinschaften lässt keine Aussage über das individuelle Maß an Verbundenheit von Frauen mit der jeweiligen Religion und ihren Lehren zu. Ebenso kann die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft nicht als wesentlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit gesehen werden.

Wichtige Schnittstellen zwischen Religion und Gesundheit entstehen jedoch auf der Ebene von religiös-kulturellen Wertvorstellungen. Vorstellungen über Gesundheit, Krankheit, Leiden, Tod, Reinheit, Unreinheit und Scham sind kulturabhängig und durch Religion als Teil von Kultur mitgeprägt. Unterschiede in diesen Vorstellungen und den sich daraus ergebenden Bedürfnissen können im Gesundheitswesen zu Verständigungsschwierigkeiten und Konflikten führen (siehe Kapitel 7.1).

Für eine positive Entwicklung des Gesundheitssystems in Tirol ist es nötig, Wissen über religiös-kulturelle Wertvorstellungen und religiöse Vorschriften (z.B. in Bezug auf Ernährung, Hygiene, Gebetsvorschriften) in der Ausbildung von im Gesundheitswesen Tätigen zu vermitteln. Die Infrastruktur innerhalb von Spitälern, die der Ausübung von Religion dient, muss an das Wissen um unterschiedliche Bedürfnisse von Religionsgemeinschaften angepasst werden .

3.2 Altersverteilung

Im Jahr 2003 waren **16,7% aller Tiroler Frauen Mädchen bzw. Jugendliche unter 15 Jahren**. Frauen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 60 Jahren stellten 61,5% der weiblichen Bevölkerung. 21,9% der Frauen in Tirol waren über 60 Jahre und können den Pensionistinnen zugerechnet werden. Verglichen mit den Zahlen für Gesamtösterreich mit 15,1% Mädchen- und 24,6% Pensionistinnenanteil im Jahresdurchschnitt 2003 spiegelt sich in diesen Zahlen die **jüngere Bevölkerungsstruktur Tirols** wider (Statistik Austria, 2005a).

Im langjährigen Durchschnitt kommen in Tirol jährlich mehr Knaben als Mädchen zur Welt. Aufgrund der höheren männlichen (Säuglings-)Sterblichkeit können Männer diesen zahlenmäßigen Vorsprung nur bis zur Altersgruppe der 30-39jährigen halten. Bei den 40-49jährigen halten sich die Geschlechter in Tirol genau die Waage. **Ab der Altersgruppe der 50-59jährigen findet sich ein höherer Frauenanteil** (knapp 51%). In der Gruppe der über 60jährigen sind bereits 57% Frauen, bei den über 65jährigen rund 60% und von den über 85jährigen sind 73% weiblich (Landesstatistik Tirol, 2005).

Tabelle 3.2 Tiroler Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2004

Alter	weiblich	männlich	zusammen	%-Anteil ¹
-9	36.547	38.539	75.086	10,8
10-19	42.651	44.672	87.323	12,6
20-29	45.881	46.134	92.015	13,3
30-39	56.576	56.800	113.376	16,4
40-49	53.866	54.154	108.020	15,6
50-59	40.491	38.809	79.300	11,5
60-69	35.545	32.462	68.007	9,8
70-79	25.100	19.167	44.267	6,4
80-89	14.506	6.300	20.806	3,0
90-99	3.005	1.021	4.026	0,6
100+	43	12	55	0,0
-14	58.171	61.083	119.254	17,2
15-59	217.841	218.025	435.866	63,0
60+	78.199	58.962	137.161	19,8
gesamt	354.211	338.070	692.281	100,0

¹ an Tirol

Quelle: Landesstatistik Tirol

Die Feminisierung des Alters ist in Tirol weniger deutlich ausgeprägt als in Gesamtösterreich. Trotzdem bleibt festzuhalten, dass der überwiegende Teil der älteren Generation (65+) und vor allem der Hochbetagten (85+) von Frauen gebildet wird

3.3 Geburten- und Sterbeziffern

3.3.1 Geburtenziffern

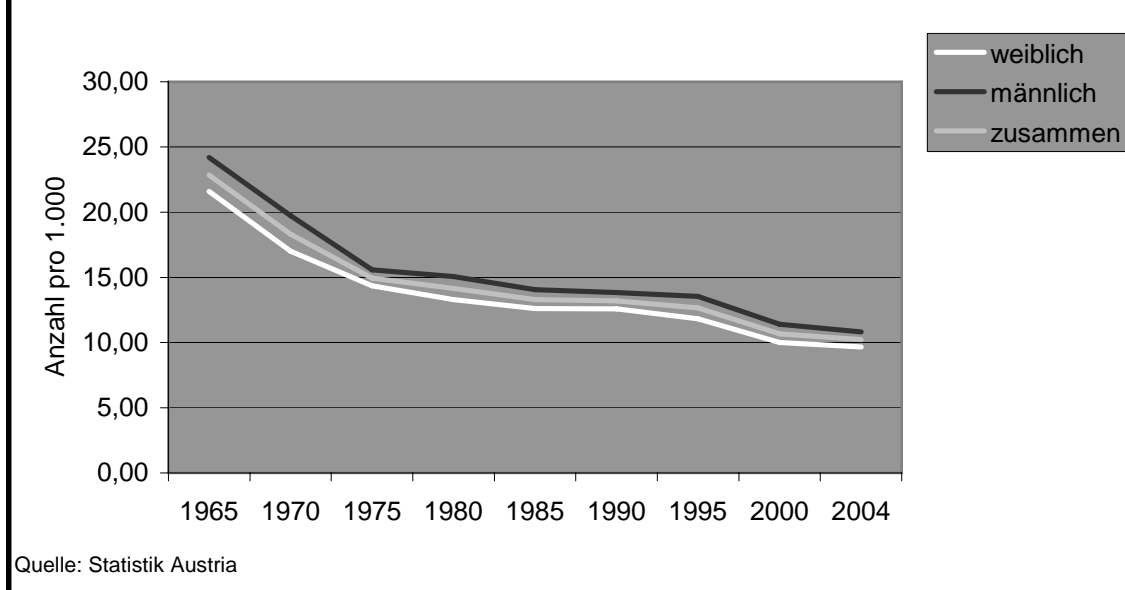
Im Jahr 2004 wurden in Tirol 7.038 Kinder geboren (Statistik Austria, 2005d). Das entspricht einer Geburtenziffer von rund 10 Menschen pro 1.000 EinwohnerInnen. Sie ist somit nur mehr halb so hoch wie noch vor 40 Jahren. Es kommen konstant etwas weniger Mädchen als Buben zur Welt (Grafik 3.3.1). Im Jahr 2004 betrug die **Geburtenziffer für Mädchen 9,66**, für Buben 10,82 pro 1.000 EinwohnerInnen.

Tabelle 3.3.1 Geburtziffern¹ für Tirol

Jahr	Tirol		
	weiblich	männlich	gesamt
1965	21,58	24,19	22,84
1970	16,99	19,71	18,31
1975	14,34	15,58	14,94
1980	13,29	15,07	14,15
1985	12,60	14,05	13,30
1990	12,58	13,84	13,20
1995	11,83	13,53	12,65
2000	10,00	11,40	10,68
2004	9,66	10,82	10,22

¹ auf 1.000 EinwohnerInnen gerechnet

Quelle: Statistik Austria

Grafik 3.3.1 Geburtziffer Tirol

3.3.2 Sterbeziffern

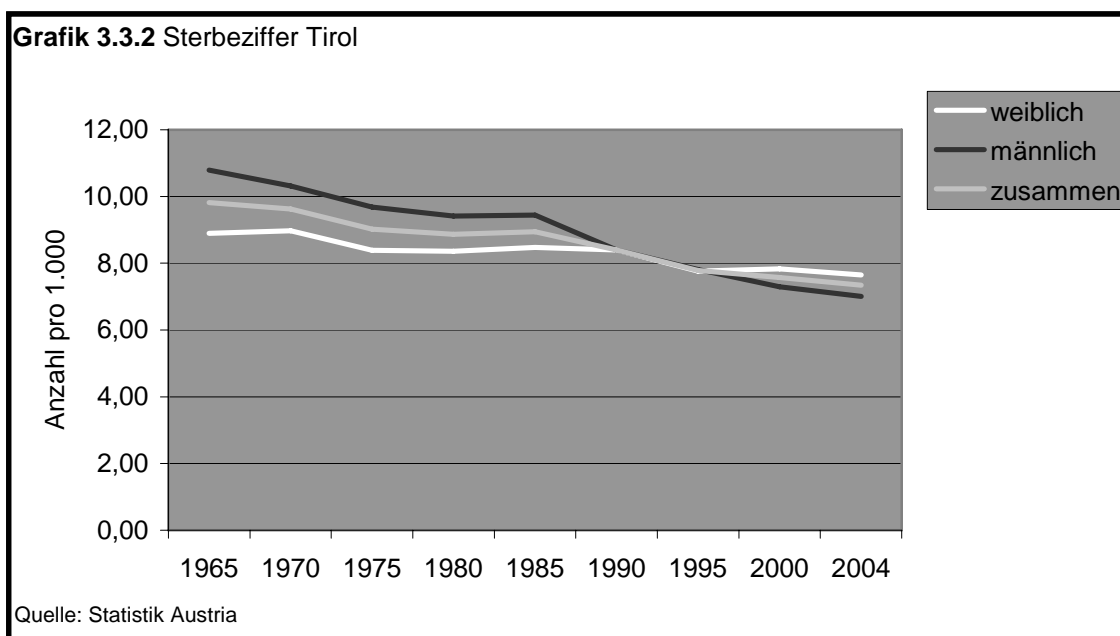
Die Sterbeziffern in Tirol zeigen ebenfalls eine sinkende Entwicklung (Statistik Austria, 2005d). 2004 starben in Tirol 5.051 Menschen. Das ergibt eine Sterbeziffer von rund 8 Personen pro 1.000 EinwohnerInnen. Obwohl die **Sterbeziffern** für beide Geschlechter **sinken**, zeigt sich eine deutlichere Entwicklung bei der Reduktion der männlichen als der weiblichen Sterbeziffer. Für **Frauen lagen die Sterbeziffern ab dem Jahr 2000 erstmals über jenen der Männer**. Im Jahr 2004 betrug sie bei Frauen 7,83 und bei Männern 7,29 pro 1.000 EinwohnerInnen. Diese Entwicklung lässt sich teilweise durch ein **Abflachen der Feminisierung des Alters** sowie durch ein im Vergleich zur weiblichen Lebenserwartung stärkeres Ansteigen der männlichen Lebenserwartung erklären (siehe Kapitel 4.1).

Tabelle 3.3.2 Sterbeziffer¹ für Tirol

Jahr	Tirol		
	weiblich	männlich	gesamt
1965	8,89	10,79	9,81
1970	8,97	10,31	9,62
1975	8,39	9,68	9,02
1980	8,36	9,41	8,87
1985	8,47	9,44	8,94
1990	8,40	8,40	8,40
1995	7,76	7,81	7,78
2000	7,83	7,29	7,57
2004	7,65	7,01	7,34

¹ auf 1.000 EinwohnerInnen gerechnet

Quelle: Statistik Austria



Die Geburtenziffern in Tirol liegen demnach über den Sterbeziffern, sodass noch von einem positiven Bevölkerungswachstum gesprochen werden kann. Aufgrund der Geburtenrückgänge ist diese positive Bilanz vor allem auf die **hohe Tiroler Lebenserwartung und die sinkenden Sterbeziffern** zurückzuführen.

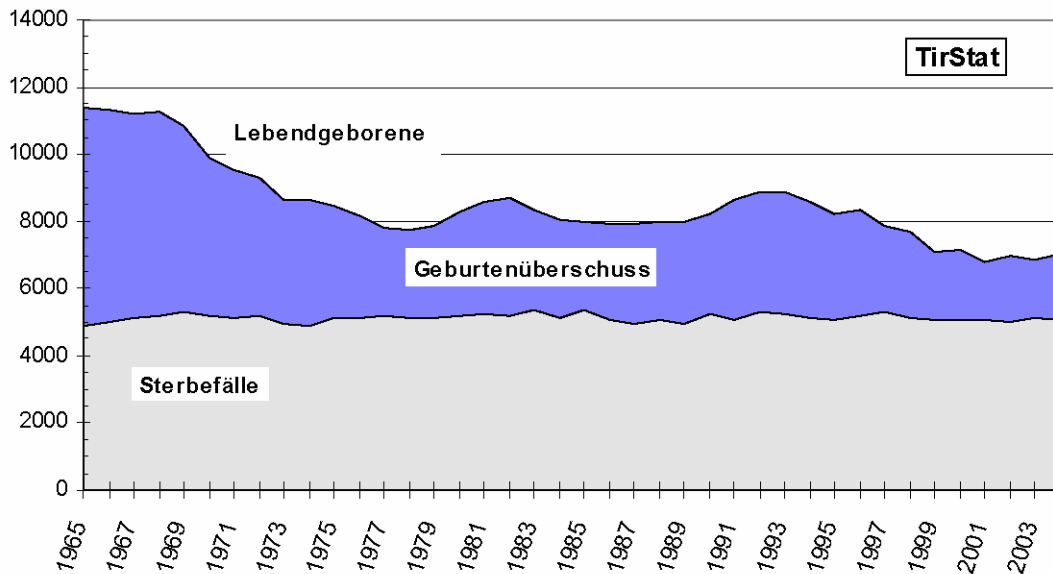


Abb. 3.3.2 Geburtenbilanz Tirol 1965-2003
Quelle: Landesstatistik Tirol

3.4 Soziale Lage

Bezahlte und unbezahlte Arbeit

Arbeit bildet einen zentralen Bezugspunkt für Selbstdefinition und Lebenskonstruktion. Ihr Vorhandensein oder Fehlen sowie die Anforderungen, Organisation und Rahmenbedingungen von Arbeit können wesentlichen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit von Frauen und Männern nehmen. Die Verteilung von Arbeit unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern aufgrund sozialer Geschlechterkonstruktionen. Gleichzeitig trägt die Verteilung von Arbeit ihrerseits zur Fortführung und Aufrechterhaltung von Geschlechterkonstruktionen von Frauen und Männern bei.

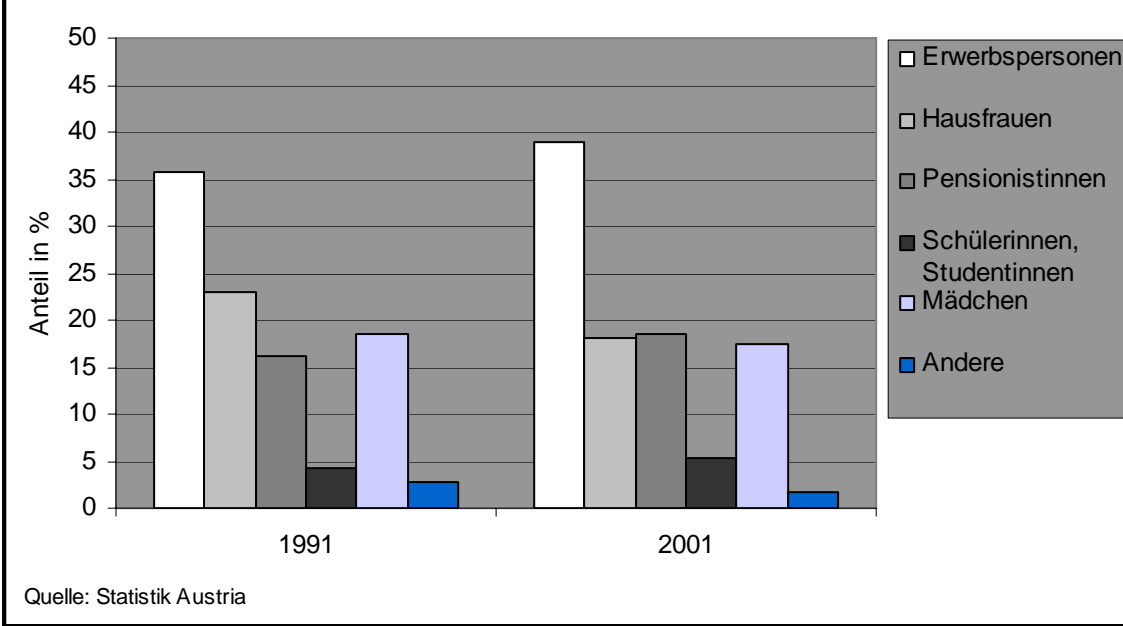
Voraussetzung für eine Gesundheitsberichterstattung, die den Lebensrealitäten von Frauen entspricht, ist daher die gängige Definition von Arbeit als Erwerbsarbeit um den Bereich der Haus- und Familienarbeit, die zum überwiegend größten Teil von Frauen geleistet wird, zu erweitern. Beruf und Familie stellen für Frauen nicht nur zwei Lebens- sondern vor allem auch zwei Arbeitswelten dar, in denen sowohl Ressourcen als auch Belastungen für ihre Gesundheit liegen können (Klesse, 1992; Jahn, 1998).

3.4.1 Lebensunterhalt

Laut Volkszählung 2001 waren in Tirol nach Lebensunterhalt⁵ **39% der Frauen** zu den **Erwerbspersonen** zu zählen (Statistik Austria, 2004a). In dieser Kategorie werden sowohl erwerbstätige als auch erwerbsarbeitslose Frauen zusammengefasst. 18% waren ausschließlich haushaltsführend, 18,5% waren Pensionistinnen. 19,3% der Tirolerinnen waren Mädchen unter 15 Jahren, weitere 5,3% Schülerinnen und Studentinnen ab 15 Jahren. 1,7% konnten nach Lebensunterhalt keiner der genannten Gruppen zugeordnet werden.

⁵Bezogen auf das Lebensunterhalt Konzept 2001 vgl.: Statistik Austria, 2004a, S. 29ff.

Grafik 3.4.1 Frauen nach Lebensunterhalt 1991 und 2001

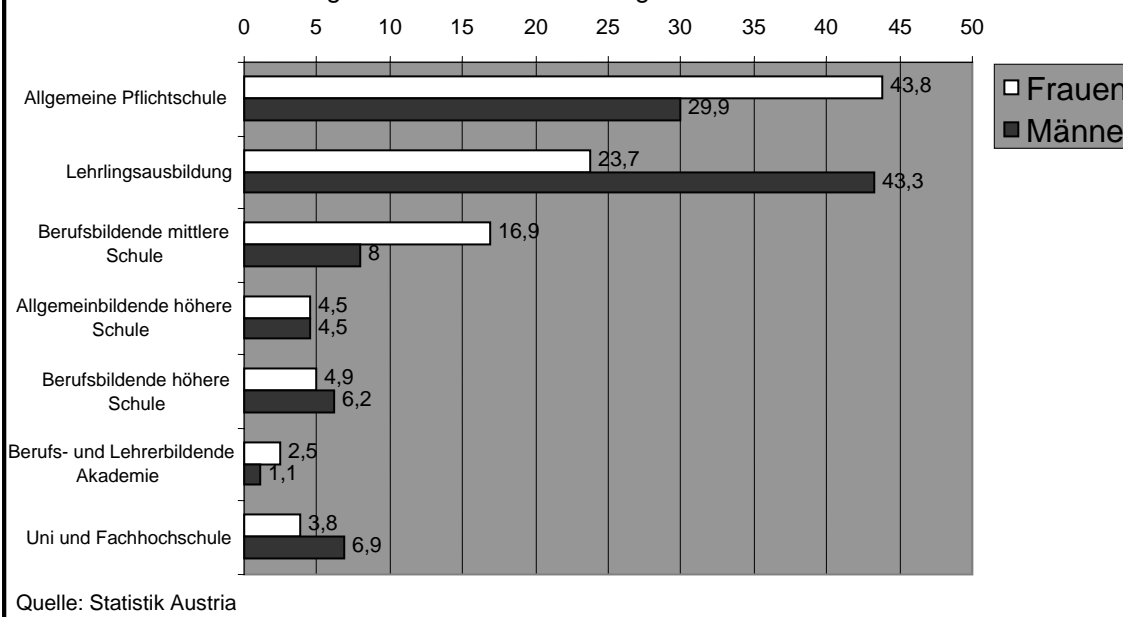


3.4.2 Schulbildung

Der Zugang zu Bildung gilt als eine Grundvoraussetzung zur Schaffung von Gleichberechtigung und zur Herstellung einer (geschlechter-)gerechten Gesellschaft. Bildung erhöht die Chancen am Arbeitsmarkt, eröffnet Wahlmöglichkeiten und fördert die Erlangung von (finanzieller) Unabhängigkeit. Menschen mit höherem Grad an formaler Bildung weisen einen höheren Lebensstandard und eine höhere Lebenserwartung auf. Aus diesen Gründen ist Bildung für Frauen aus emanzipatorischer und gesundheitspolitischer Sicht ein Kernthema.

Daten über den Ausbildungsstand der Bevölkerung liegen für Tirol aus der Volkszählung 2001 vor (Statistik Austria, 2004a).

Grafik 3.4.2 Höchste abgeschlossene Schulbildung in Prozentanteilen



Von der über 15jährigen Bevölkerung hatten im Jahr 2001 rund 10.700 Frauen (3,8%) einen Universitäts- oder (Fach-)Hochschul-Abschluss, 7.070 (2,5%) hatten eine Berufs- und Lehrerbildende Akademie beendet. 13.900 (4,9%) hatten einen Abschluss an einer Berufsbildenden Höheren Schule oder einem Kolleg, 12.800 (4,5%) waren Absolventinnen einer Allgemeinbildenden Höheren Schule. Berufsbildende Mittlere Schule als höchsten Abschluss gaben 48.000 (16,9%), eine Lehrlingsausbildung 67.500 (23,7%) an. Ein Pflichtschulabschluss war bei 124.900 Tiroler Frauen (43,8%) über 15 Jahren die höchste Schulbildung. Im 10-Jahres-Vergleich mit 1991 zeigte sich 2001 sowohl zahlen- als auch anteilmäßig ein **deutlicher Aufwärtstrend von formaler Bildung** über das Pflichtschulniveau hinaus. Der Anteil an **Frauen mit Universitätsabschluss stieg** in dieser Zeit **um 78%**, der Anteil von Frauen mit Abschluss einer Berufsbildenden Akademie hat sich fast verdoppelt. Diese Anstiege sind zusätzlich zum Nachrücken besser gebildeter, jüngerer Jahrgänge auch auf das Wegsterben älterer Jahrgänge, die geringere Bildungschancen vorfanden, zu erklären.

Auch bei den Männern zeigt sich im 10-Jahres-Verlauf bei den höheren Abschlüssen ein anteilmäßiger Anstieg, im Schnitt jedoch nur halb so stark wie bei den Frauen.

Im Geschlechtervergleich fällt auf, dass Geschlecht in Tirol nach wie vor starken Einfluss auf Lebensentwürfe und daher auch auf die Wahl der Ausbildung hat. Die Verteilung von Frauen und Männern in den unterschiedlichen Ausbildungssektoren ist keineswegs einheitlich. So haben auf der Stufe der mittleren Bildung 23% der Frauen gegenüber 43% der Männer einen Lehrabschluss. Bei den Berufsbildenden Mittleren Schulen findet sich ein umgekehrtes Geschlechterverhältnis; 16% der Frauen gegenüber 8% der Männer besitzen diesen Abschluss.

Vor allem ist auf die Geschlechterverteilung im oberen und unteren Segment des Bildungswesens hinzuweisen. In der Tiroler Gesamtbevölkerung über 15 Jahren liegt der Frauenanteil im höchsten Bildungssektor (Universitäts- und Fachhochschul-Abschluss) nach wie vor deutlich hinter jenem der Männer. Trotz des enormen Zuwachses in jener Gruppe der Frauen, die einen Universitätsabschluss haben, beträgt ihr **Anteil an allen UniversitätsabsolventInnen lediglich 37%**, jener der Männer 63%. Im Sektor der niedrigsten Bildung (Abschluss mit Pflichtschule) bietet sich ein spiegelverkehrtes Bild. **Unter den Tirolerinnen und Tirolern, die die Pflichtschule als höchsten Bildungsabschluss vorweisen, sind über 60% Frauen.** Diese Diskrepanz verstärkt sich zunehmend in den höheren Altersgruppen.

In jüngeren Jahrgängen holen Frauen auf. Bei den 30-34jährigen liegt der Anteil der Frauen bei 44% aller HochschulabgängerInnen, bei den 25-29jährigen bereits bei 50% und bei den 20-24jährigen haben Frauen die Männer überholt. Ihr Anteil an den HochschulabgängerInnen liegt bei 59,9%. Der Frauenanteil an jenen, die als höchste Bildung die Pflichtschule abgeschlossen haben, verändert sich nicht so schnell. Bei den 30-34jährigen liegt er bei 58%, bei den 20-24jährigen immer noch bei 54%. Im mittleren Bildungssektor entspricht die Geschlechterverteilung bei den jüngeren Jahrgängen innerhalb der einzelnen Sektoren (Lehre, Berufsbildende Mittlere Schule) in etwa jener in der Gesamtbevölkerung über 15 Jahren.

3.4.3 Erwerbstätigkeit

Daten zur Erwerbstätigkeit der TirolerInnen liegen von der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Tirol (AK-Tirol, 2005b) sowie aus den Volkszählungen 2001 und 1991 vor (Statistik Austria, 2004a). Trotz unterschiedlicher Definitionen⁶ von Arbeitszeit (Vollzeit, Teilzeit, geringfügig) und Arbeitsverhältnissen (Standardarbeitsverhältnis, atypische Beschäftigung) in der Berichterstattung lassen sich die häufig beschriebenen Ungleichheiten und Trends in der Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern auch für Tirol klar aufzeigen. Frauen haben eine geringere Erwerbsbeteiligung als Männer, sie arbeiten häufiger in atypischen Beschäftigungsverhältnissen bzw. Teilzeitarbeit und sind in Führungspositionen deutlich unterrepräsentiert.

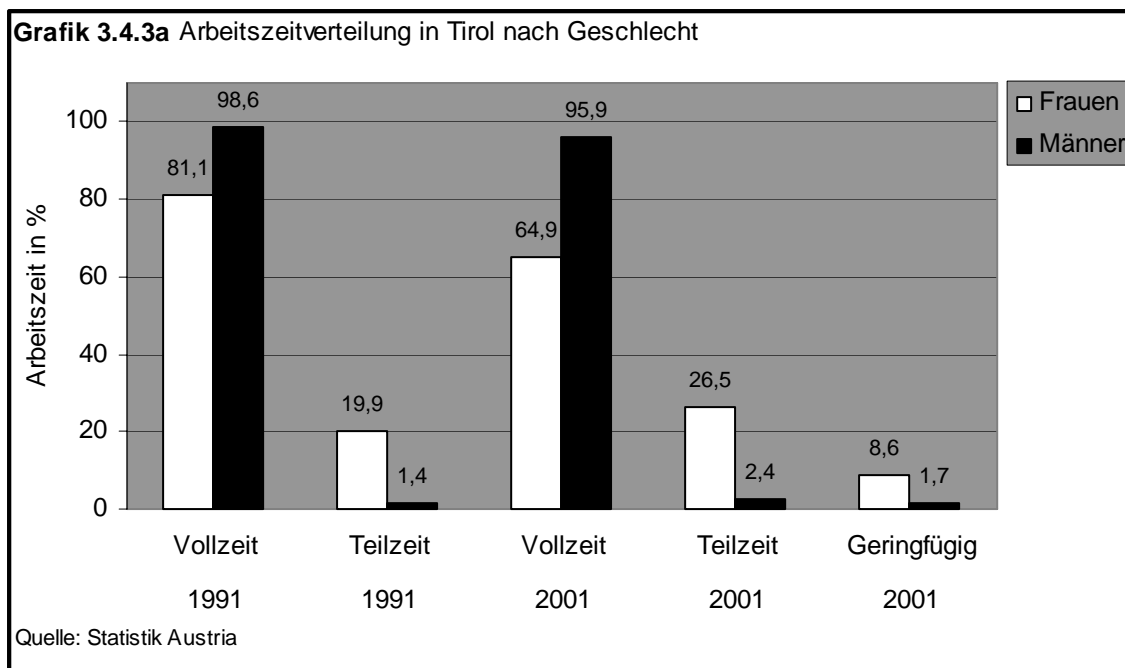
Zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001 waren in Tirol 317.400 Personen erwerbstätig⁷. Das entspricht einer Erwerbsquote von 72,2% bezogen auf die Tiroler Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren. Für

⁶ 1991 wurden bei der Volkszählung geringfügig Beschäftigte nicht zu den Erwerbstätigen gezählt, 2001 galten Personen ab einer Wochenarbeitszeit von 1 bis 11 Stunden als geringfügig beschäftigt. Als Teilzeit galten 1991 12-32 Wochenstunden, 2001 12-31 Wochenstunden.

⁷ inkl. geringfügig Erwerbstätiger und Personen in Mutterschutz, Elternkarenz, Präsenz- bzw. Zivildienst

Frauen zwischen 15 und 60 Jahren (gesetzliches Pensionsantrittsalter) wurde eine Erwerbsquote von 67,4% ausgewiesen, für Männer zwischen 15 und 64 Jahren eine Quote von 81,8%. Im Vergleich zu 1991 ist die **Erwerbsquote** von Frauen um 10,3 Prozentpunkte angestiegen, die der Männer um 0,3% leicht gesunken⁸. Obwohl sich in Tirol der Abstand zwischen Frauen- und Männererwerbsbeteiligung verringert hat, lagen **Frauen nach wie vor um 14,4% zurück**. Auch im Vergleich mit Frauen im Bundesschnitt (Erwerbsquote von 70,1%) findet sich eine Differenz.

1991 arbeiteten 80,1% der erwerbstätigen Frauen in Vollzeitbeschäftigung, 19,9% in Teilzeit (geringfügig Beschäftigte wurden nicht ausgewiesen). Männer waren 1991 zu 98,6% vollzeit- und zu 1,4% teilzeiterwerbstätig. Diese Verteilung änderte sich für Frauen innerhalb von 10 Jahren drastisch. 2001 waren lediglich **64,9% der berufstätigen Tirolerinnen in Vollzeitbeschäftigung**, mehr als ein Viertel (26,5%) arbeitete Teilzeit und 8,6% waren geringfügig beschäftigt. Die Arbeitssituation der Männer änderte sich im selben Zeitraum kaum, sie waren im Jahr 2001 zu 95,9% in Vollzeit, zu 2,4% in Teilzeit und zu 1,7% geringfügig beschäftigt.



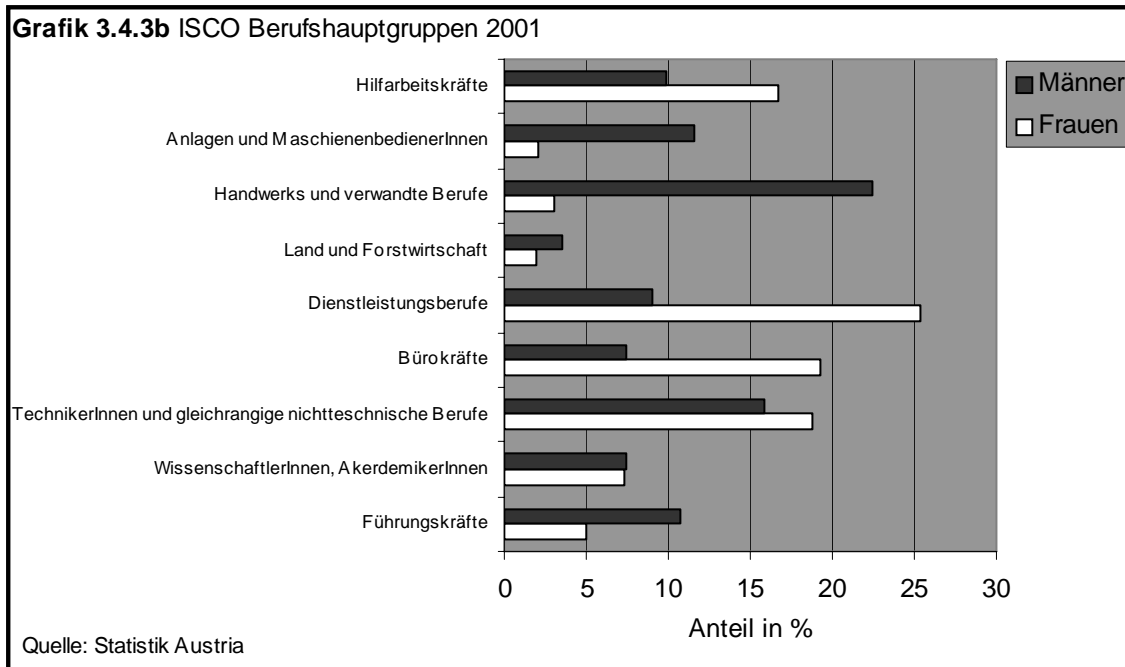
Die Anteile von selbständig Beschäftigten änderten sich in diesen 10 Jahren wenig. 8,8% der Frauen und 13,2% der Männer waren 2001 selbständig erwerbstätig. Zu dieser Gruppe wurden sowohl Selbständige als auch ohne formales Entgelt mithelfende Familienmitglieder gezählt. Unterteilt nach diesen zwei Kategorien waren bei den als selbständig ausgewiesenen erwerbstätigen Frauen rund ein Viertel (25,3%) mithelfende Familienangehörige ohne förmliches Entgelt, bei den Männern nur 3%.

Für die unselbständig arbeitende Bevölkerung, die die überwiegende Mehrheit bildet, liegen uns Daten der Arbeiterkammer Tirol ab dem Jahr 2002 vor (AK-Tirol, 2005a). Es zeigt sich eine Verteilung von **zwei Dritteln Frauen zu einem Drittel Männer in atypischen Beschäftigungsverhältnissen** (geringfügig Beschäftigte, geringfügig freie Beschäftigte, freies Dienstverhältnis). Diese Formen der Beschäftigungen steigen bei beiden Geschlechtern seit ihrer Erfassung kontinuierlich an. Im ersten Halbjahr 2005 waren von den Unselbständigen durchschnittlich 13,8% der Frauen und 5,8% der Männer in einem atypischen Beschäftigungsverhältnis.

Eine deutliche Geschlechtersegmentierung des Arbeitsmarktes ist nicht nur nach den Arbeitszeiten, sondern auch in den Berufsgruppen zu finden. Die Verteilung von Frauen auf verschiedene Berufsgruppen entsprechend der ISCO Systematik zeigte zwischen 1991 und 2001 in Tirol sowie in Gesamtösterreich ein **Absinken des Frauenanteils in öffentlichen und privatwirtschaftlichen Führungspositionen**. Während 1991 6,3% aller erwerbstätigen Frauen einen solchen Posten inne hatten und knapp ein Drittel (32,5%) aller Führungspositionen weiblich besetzt waren, waren 2001 nur

⁸ exkl. geringfügig Erwerbstätiger

mehr 5% der arbeitenden Frauen in einer Führungsposition tätig. Lediglich 26,2% dieser Stellen wurden von Frauen bekleidet.

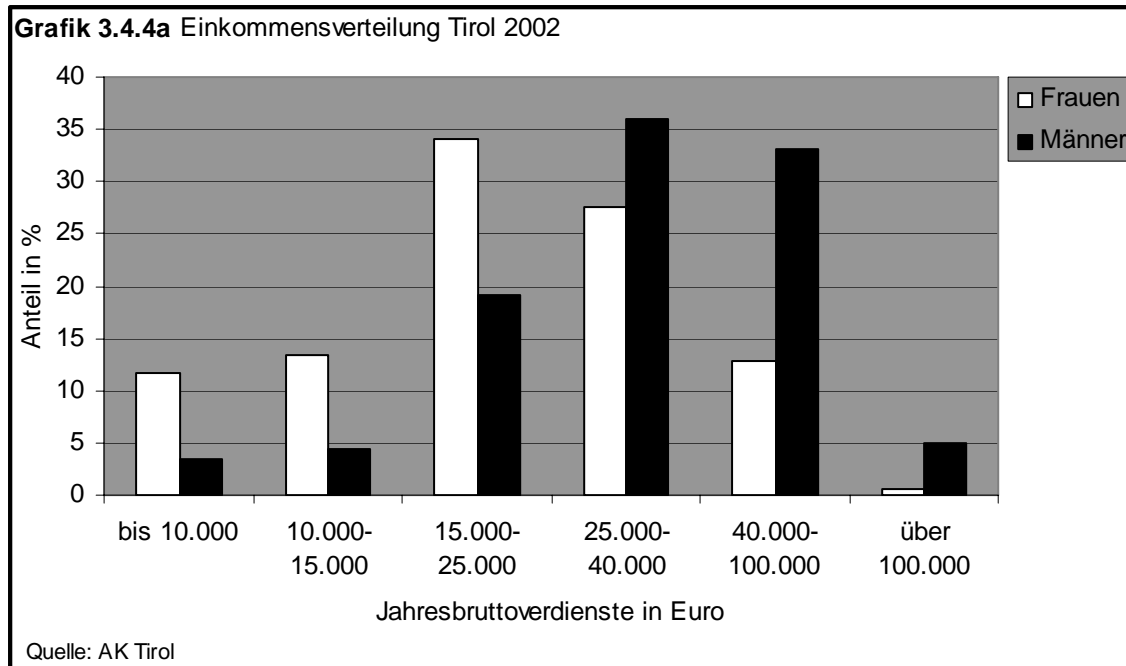


Der Anteil von Frauen in akademischen Berufen hingegen ist im selben Zeitraum von 2,9% auf 7,3% deutlich gestiegen. Den größten Berufssektor für Frauen in Tirol bildeten 1991 wie 2001 Dienstleistungsberufe. Hier waren 2001 25,4% beschäftigt, gefolgt von Bürokräften und kaufmännischen Angestellten, die 19,3% ausmachten. Die dritte große Gruppe der Frauenbeschäftigung mit 18,8% umfasste laut ISCO Definition technische und gleichrangige nicht-technische Berufe. Zu dieser Gruppe zählen unter anderem: Verkaufsfachkräfte, diplomiertes Krankenpflegepersonal und Sozialpädagoginnen. 16,7% aller erwerbstätigen Frauen arbeiteten 2001 als Hilfsarbeiterinnen.

3.4.4 Einkommen

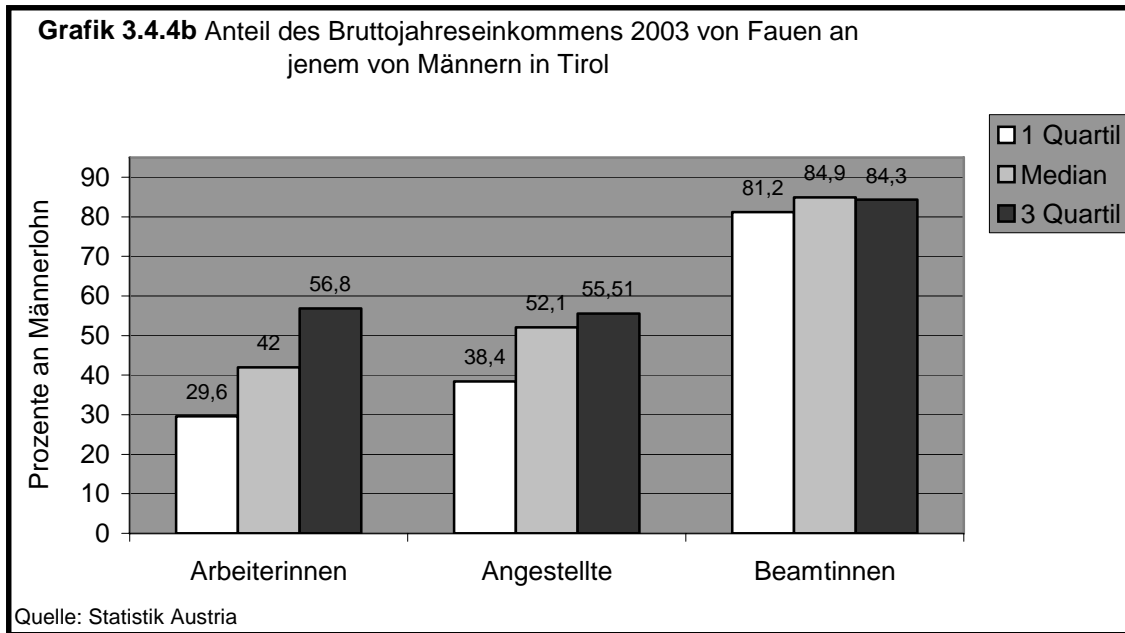
In Österreich besteht eine beträchtliche Einkommensschere zwischen Frauen und Männern. Laut Statistischem Amt der Europäischen Gemeinschaft befindet sich Österreich in Bezug auf Lohngleichheit zwischen den Geschlechtern erst an 20. Stelle der 25 EU-Mitgliedsstaaten (Eurostat, 2005). Die Entwicklung der Einkommensunterschiede zwischen Frauen und Männern zeigte in den 1980er und frühen 1990er Jahren eine leichte Nivellierung, ab Mitte der 1990er Jahre stiegen die Lohnunterschiede wiederum weiter an (Guger, 2005). Laut Arbeiterkammer lag 2002 der durchschnittliche Jahresbruttoverdienst von unselbständig beschäftigten Frauen in Österreich um 38,7% unter jenem der Männer⁹ (Arbeiterkammer Tirol, 2005a). In Tirol betrug 2002 der Jahresdurchschnittsbruttoverdienst der gesamtbeschäftigten, weiblichen Arbeitnehmerinnen €14.955, der Jahresdurchschnittsbruttoverdienst bei den gesamtbeschäftigten Männern lag bei €26.343. **Für Frauen in Tirol bedeutet das eine Differenz zum durchschnittlichen Männerlohn von 43,2%.** Frauenlöhne weichen in Tirol um demnach 4,5 Prozentpunkte stärker von Männerlöhnen ab als in Gesamtösterreich.

⁹ Angaben beziehen sich auf die Gesamtbeschäftigten.



Die Entwicklung der Einkommensschere in Tirol entspricht dem Bundestrend. Zwischen 1995 und 2002 stieg der durchschnittliche Jahresbruttoverdienst der Männer insgesamt um 14,9% an, jener der Frauen lediglich um 12,6%. Entsprechend dem Ost-West-Gefälle liegen die Löhne der Tirolerinnen nicht nur unter jenen der Tiroler, sondern auch unterhalb der durchschnittlichen Frauenlöhne in Gesamtösterreich. Sowohl 1995 als auch 2002 betrug die Abweichung der Tiroler Frauenlöhne von Frauenlöhnen im Bundesschnitt 15,6%. Auch bei den Löhnen der Männer findet sich ein Abweichen entsprechend dem Ost-West-Gefälle. Die Differenz der Löhne für Tiroler Männer zum durchschnittlichen Lohn der männlichen Österreicher lag 1995 bei 9,2%, 2002 bei 6,0%. Während sich die Löhne der Männer in Tirol in diesem Zeitraum um 3,2% an den Österreichdurchschnitt anpassten, änderte sich an der Differenz der Löhne bei Frauen nichts.

Die größten Lohnunterschiede, nicht arbeitszeitbereinigt, finden sich bei den ArbeiterInnen, gefolgt von den Angestellten (Statistik Austria, 2005c). Hier verdienen Frauen in Tirol im Median nur 42% bzw. 52,1% der Männergehälter. Am geringsten sind die Differenzen bei der Gruppe der BeamtInnen. Frauen verdienen hier im Median 84,9% des Gehaltes ihrer männlichen Kollegen. Die Einkommensunterschiede innerhalb der Gruppen ArbeiterInnen und Angestellte nehmen im Niedriglohnsektor (1. Quartil), in dem besonders viele Frauen beschäftigt sind, weiter zu. In höheren Lohnsektoren (3. Quartil) verbessert sich das Verhältnis leicht. Lediglich bei BeamtInnen sind die Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen im Niedrig- und Hochlohnsektor weitgehend gleich.

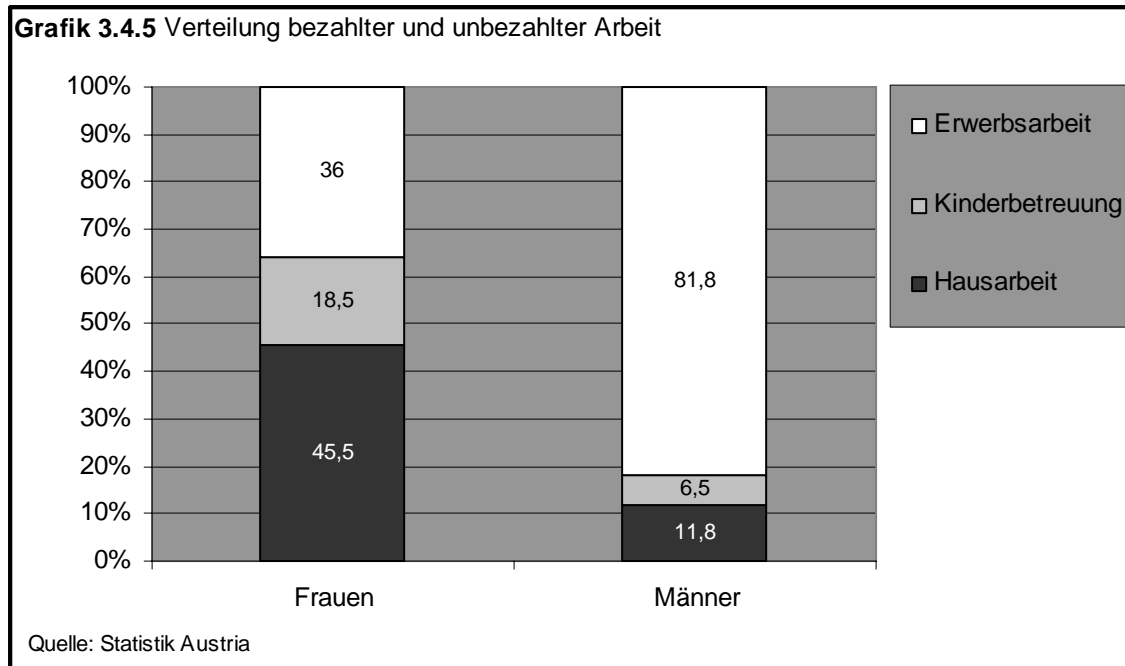


Die Ursachen für die hohen Lohnunterschiede zwischen den Geschlechtern werden auf Unterbrechungen in der Erwerbsbiographie von Frauen aufgrund von Kindererziehungszeiten, Konzentration in schlechter bezahlten Branchen und Unterschiede im Beschäftigungsausmaß zurückgeführt. Der hohe Anteil von Teilzeitarbeit mit geringeren Karriere- und Aufstiegschancen und die Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse bei Frauen erklären rund 45% der Einkommensunterschiede zwischen Frauen und Männern. Einkommensunterschiede zwischen Frauen und Männern bleiben jedoch auch nach arbeitszeitbereinigten Berechnungen bestehen (Guger, 2005). Das starke Ansteigen von Teilzeitbeschäftigung bei Frauen, die vor allem im Niedriglohnbereich zu finden ist, trägt somit zur weiteren Vergrößerung der Einkommensschere bei. Das gleichzeitige Nachrücken höher qualifizierter Frauen auf den Arbeitsmarkt mit entsprechend höherem Stundenlohn vermag diesen Trend nicht abzufangen.

3.4.5 Haus- und Familienarbeit, Pflege

Die Volkszählung 2001 wies 18% der Tiroler Frauen als „ausschließlich Haushaltsführende“ aus. Unabhängig von der Einteilung von Frauen nach Lebensunterhaltskonzept (Hausfrau oder erwerbstätig) wird Haus- und Familienarbeit nach wie vor Frauen zugeschrieben und zu einem überwiegenden Teil von Frauen geleistet.

Von der Tiroler Wohnbevölkerung ab 18 Jahren werden im Durchschnitt 42,5 Stunden an bezahlter und unbezahlter Arbeit pro Woche geleistet (BMSG, 2003). Nach Geschlechtern aufgeteilt zeigt sich, dass **Frauen in Tirol im Durchschnitt in Summe 47,7 Stunden bezahlte und unbezahlte Arbeit pro Woche leisten**, Männer 36,8 Stunden. Von dieser Summe entfallen bei Frauen 45,5% (21h) auf Hausarbeit, 18,5% (18,5h) auf Kinderbetreuungsarbeit und 36% (17,2h) auf Erwerbsarbeit. Tiroler Männer verbringen pro Woche 11,8% (4,3h) ihrer Arbeitszeit mit Hausarbeit, 6,5% (2,4h) mit Kinderbetreuung und 81% (30,1h) mit Erwerbsarbeit.



Frauen in Tirol leisten somit pro Woche 10,4 Stunden mehr Arbeit als Männer. Weit mehr als die Hälfte der Arbeitszeit (64%) der Tiroler Frauen entfällt auf unbezahlte Arbeit. Tirols Männer hingegen leisten nur knapp ein Fünftel ihrer Arbeit unbezahlt.

In Österreich bildet Tirol das Schlusslicht bei der Aufteilung der Haushaltsführung (BMSG, 2003). Von der weiblichen Wohnbevölkerung über 18 Jahre gaben 65,4% der Frauen an den Haushalt ganz oder überwiegend alleine zu führen, lediglich 22,5% führen den Haushalt gemeinsam mit einer anderen Person.

Dem Alter nach gibt es geringe Abweichungen von dieser Aufteilung. Bei jüngeren Paaren ohne Kinder ist Hausarbeit eher partnerschaftlich aufgeteilt. Mit der Geburt des ersten Kindes kommt es zu einer Retraditionalisierung der Aufgabenteilung.

Bei der Kinderbetreuung liegt Tirol an vorletzter Stelle bei der Arbeitsaufteilung. Von den Tirolerinnen über 18 Jahren, die mit Kindern im gemeinsamen Haushalt leben, gaben 40,7% an diese ganz oder überwiegend alleine zu betreuen, nur knapp die Hälfte teilte sich die Betreuung der Kinder mit einer anderen Person.

Gleichzeitig weist Tirol unter allen Bundesländern den niedrigsten Anteil an außerfamiliär betreuten Kindern auf (18%). Von jenen, die keine außerfamiliäre Kinderbetreuungseinrichtung in Anspruch nehmen, gaben 92,7% an diese Betreuung wäre nicht nötig. Unter jenen, die einen Bedarf an Kinderbetreuung angaben, ihre Kinder jedoch zuhause betreuten, gaben rund 30% an keine Einrichtung in zumutbarer Entfernung zu haben. Für 12% war die externe Betreuung zu teuer.

Zusätzlich zur Haus- und Kinderbetreuungsarbeit erbringen in Österreich 8,7% der Frauen und 4,7% der Männer größtenteils unbezahlte Pflegearbeit an Verwandten, Nachbarn oder Bekannten. Frauen pflegen somit fast doppelt so oft als Männer. Es ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen Geschlecht und Bereitschaft zur Pflegeübernahme zu erkennen. Die Beteiligung von Männern an Pflegearbeit sinkt mit zunehmendem Zeitaufwand, der für die Pflege benötigt wird. Während österreichweit unter den pflegenden Frauen und Männern gleich viele (ca. 46%) einen wöchentlichen Aufwand von 5-15h erbringen, leisten 26% der Frauen, jedoch nur mehr 16,7% der Männer, Pflege, die einen zeitlichen Aufwand von 15h pro Woche übersteigt. Wenn Männer pflegen, dann hauptsächlich Angehörige ihrer Kernfamilie (Mutter, Vater, Ehegattin, Lebensgefährtin). Entfernen sich die Verwandtschaftsverhältnisse sind es in mehr als zwei Dritteln der Fälle Frauen, die Pflegearbeit leisten (Schwiegermutter 78%, Schwiegervater 79%). Unter Nicht-Verwandten werden 83% aller Pflegeleistungen von Frauen erbracht.

Für Tirol liegen seit 2004 Repräsentativdaten der sogenannten Pflegestudie der Kammer für Arbeiter und Angestellte (AK-Tirol, 2004) vor. Hier zeigte sich **ein Frauenanteil von 87,4% unter den privat pflegeleistenden Personen in Tirol.** Die übrigen Daten der Studie sind nicht geschlechtergetrennt

angegeben. Die Aussagen betreffen jedoch aufgrund des höheren Anteils weiblicher Pflegenden überwiegend Frauen.

Rund die Hälfte der Pflegenden (50,9%) gehörte zur Gruppe der 41-60jährigen, weitere 38,4% zu den über 60jährigen. Jeweils rund ein Drittel war berufstätig, Hausfrau/-mann bzw. PensionistIn. Unter den Berufstätigen waren mit 48% weniger als die Hälfte vollzeitbeschäftigt, weitere 47% arbeiteten Teilzeit, 5% geringfügig. Rund 10% der Befragten hatten aufgrund der Pflegearbeit ihren Beruf ganz aufgegeben. Weitere 10% mussten aus diesem Grund teilweise auf ihren Beruf verzichten. Mehr als drei Viertel (76,7%) gaben an, für die geleistete Pflegearbeit keinerlei Beratung oder Pflegeausbildung erhalten zu haben. Das obwohl laut Selbsteinschätzung ca. 50% rund um die Uhr mit der zu leistenden Pflege beschäftigt waren und weitere 18% einen Aufwand von 38,5-100 Stunden pro Woche berichteten.

Der Mangel an eigener Zeit führte dementsprechend die Liste jener 40% der Befragten an, die angaben aufgrund der Pflegearbeit oft auf etwas verzichten zu müssen. Unter ihnen gaben 55,6% an, auf Freizeit, Ruhe und Entspannung, knapp 30% überhaupt auf ein eigenes Leben verzichten zu müssen. Unter allen Befragten hatte mehr als die Hälfte (55,2%) nie oder fast nie die Möglichkeit Urlaub von der Pflege zu machen, wobei 21,7% der Pflegenden schon seit über 3-5 Jahren Pflege leisteten, ein weiteres Fünftel (21,4 %) seit über 5-10 Jahren.

Dementsprechend gaben **mehr als zwei Drittel (65%) der Pflegenden an körperlich oder seelisch durch die Pflegearbeit belastet/sehr belastet** zu sein. Die Anstrengung, die durch die Pflege entstanden ist, übertraf etwa bei jeder/jedem zweiten Pflegenden (49,7%) die Erwartungen.

Trotz des teilweise großen Zeitaufwandes, körperlicher bzw. seelischer Belastung, des Mangels an Freizeit, Ruhe und Urlaub würden 83% der Befragten die Last der Pflege nochmals auf sich nehmen.

3.4.6 Erwerbsarbeitslosigkeit

Im Jahr 2004 waren in Tirol im Monatsdurchschnitt 7.521 Frauen als erwerbsarbeitslos gemeldet (AK-Tirol, 2005b). Das entspricht einer Arbeitslosenrate von 5,7%. Gleichzeitig befanden sich 851 Frauen auf Schulung durch das Arbeitsmarktservice und wurden daher nicht in der Statistik als arbeitslos geführt. Der größte Anteil der Arbeitslosen entfiel mit 78,7% auf Frauen mit einer Vormerkdauer (Dauer der Arbeitslosigkeit zum Zeitpunkt der Erhebung) von 0-3 Monaten. 14,% waren 3-6 Monate, weitere 5,8% 6-12 Monate vorgemerkt. Als Langzeitarbeitslose mit einer Vormerkdauer von über 12 Monaten galten 1,4% (AK-Tirol, 2005a).

Die durchschnittliche Verweildauer in der Arbeitslosigkeit betrug 2004 für Frauen 68 Tage. Sowohl die Vormerkdauer als auch die durchschnittliche Verweildauer in der Arbeitslosigkeit korreliert mit dem Alter und nahm mit steigendem Alter kontinuierlich zu. Im 10-Jahres-Verlauf liegt die **Arbeitslosenzahl der Frauen jeweils leicht unter jener der Männer, die Arbeitslosenrate jedoch darüber**.

Die Erfassung der Arbeitslosigkeit in Österreich weist für Frauen relevante Lücken auf. So werden Hausfrauen, Sozialhilfeempfängerinnen, Schul- und Universitätsabsolventinnen, die noch keinen Anspruch auf Leistungen durch Versicherungszeiten haben, neue Selbständige und freie Dienstnehmerinnen ohne aktuellen Arbeitsauftrag nicht erfasst. In dieser Gruppe der „verdeckt Arbeitslosen“ findet sich die sogenannte „stille Reserve“: Frauen, die prinzipiell an Erwerbsarbeit interessiert wären, jedoch aufgrund des mangelnden Anspruchs auf Leistungen nicht statistisch erfasst werden (Brinkmann, 1991). Über den Gesundheitszustand dieser sehr heterogenen Gruppe kann somit weder durch Analysen der Gesundheit von Erwerbstätigen noch durch jene der erwerbsarbeitslosen Frauen eine Aussage getroffen werden.

Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit wird vor verschiedenen Hintergründen diskutiert. Während die Selektionshypothese ihren Ausgangspunkt bei bestehender Krankheit findet, die zu erhöhtem Arbeitslosenrisiko führt, wird im Rahmen der Kausalitätshypothese das durch Arbeitslosigkeit erhöhte Risiko für Krankheit betrachtet. Hier können vor allem die allgemein schlechtere finanzielle Lage Erwerbsarbeitsloser und die soziale Stigmatisierung zur Krankheitsentstehung beitragen. Untersuchungen zu arbeitslosen Frauen sprechen mehrheitlich dafür, dass bei ihnen im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen und Hausfrauen in Abhängigkeit von der

Dauer der Arbeitslosigkeit ein schlechterer psychischer Gesundheitszustand zu finden ist. Unter anderem findet sich eine höhere Rate von Depressionen und somatisierten Erkrankungen.

Die Datenlage zu akuten und chronischen physischen Erkrankungen ist wesentlich dünner. Untersuchungen sind uneinheitlich, oftmals nicht nach Geschlecht getrennt erhoben und lassen keine sicheren, allgemeinen Aussagen über Häufigkeit und Verteilung bestimmter Erkrankungen zu. Ergebnisse aus Deutschland weisen jedoch darauf hin, dass Unterschiede zwischen erwerbstätigen und erwerbsarbeitslosen Frauen in Bezug auf körperliche Gesundheit geringer ausfallen als jene zwischen Männern (Robert Koch Institut, 2003).

Im Geschlechtervergleich erreichen arbeitslose Frauen in Bezug auf die Einschätzung der eigenen Gesundheit und der Lebenszufriedenheit bessere Werte als arbeitslose Männer. Diese Ergebnisse wurden wiederholt dahingehend interpretiert, dass die Möglichkeit von Frauen, sich im Fall der Erwerbsarbeitslosigkeit auf das Arbeitsfeld „Haushalt und Familie“ zurückzuziehen, ursächlich für ihre besseren Werte verantwortlich ist. Empirische Untersuchungen, die diesen Zusammenhang für Frauen allgemein nachweisen, existieren jedoch nicht (Mohr, 1993). Vielmehr ist die Gruppe der arbeitslosen Frauen heterogen und das Feld „Haushalt und Familie“ als Gesundheitsressource nur in Abhängigkeit vom Lebensplan und Selbstbild der individuellen Frau zugänglich

Für Tirol liegen uns keine Untersuchungen und Daten über den Gesundheitszustand erwerbsarbeitsloser Frauen vor.

3.4.7 Pension

Die Zahl der Pensionistinnen in Tirol steigt der Bevölkerungsentwicklung entsprechend stetig an (siehe Kapitel 3.2, Kapitel 4.1). 2002 lebten rund 68.200 Pensionsbezieherinnen in Tirol (AK-Tirol, 2005a). Das entspricht im Vergleich zu 1995 einer Steigerung von 13,4%. Der Zuwachs der männlichen Pensionisten war im selben Zeitraum mit 17,6% zwar stärker als jener der Frauen, die absolute Zahl der männlichen Pensionisten lag jedoch mit 60.700 nach wie vor unter jener der Frauen. Mehr als zwei Drittel der Tiroler Pensionistinnen bezogen eine Eigenpension, während rund 29% ausschließlich Bezüge aus einer Hinterbliebenenpension (Witwen-, Waisenpension) erhielten (Statistik Austria, 2004a).

Mit steigender Lebenserwartung und sich ändernden Ansprüchen an das „Dritte“ und „Vierte Lebensalter“ wird die Zeit der Pension zunehmend zu einem Lebensabschnitt, den es zu gestalten gilt. Die finanziellen Möglichkeiten von Frauen in dieser Phase, die mehr als ein Viertel ihrer zu erwartenden Lebensspanne ausmacht, sind jedoch deutlich geringer als jene der männlichen Pensionisten. Je nach Pensionsversicherung lag die Höhe der mittleren Alterspension von Frauen, die 2003 das erste Mal in Österreich Pension bezogen, zwischen 58,9% (Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter) und 39,7% (Pensionsversicherung der Bauern) unter der Pension der männlichen Neuzugänge. Auch bei den Erwerbsunfähigkeitspensionen bestanden Unterschiede von 43% bis zu 52%.

Tabelle 3.4.7 Mittlere Pensionen in Euro¹ 2003 der Pensionsneuzugänge in Österreich

(Pensions)Versicherungsanstalt/ Sozialversicherungsanstalt	Erwerbsunfähigkeit		Alterspension		Witwen/er	
	m	w	m	w	m	w
Arbeiter	988	533	1.500	616	198	621
Angestellte	1.478	709	2.141	1.018	230	843
Pensionsversicherung - ASVG	1.083	602	1.906	819	209	663
Gew. Wirtschaft	1.113	625	1.726	858	227	609
Bauern	829	408	802	483	148	487
Gesamte Pensionsversicherung	1.056	560	1.851	790	199	642

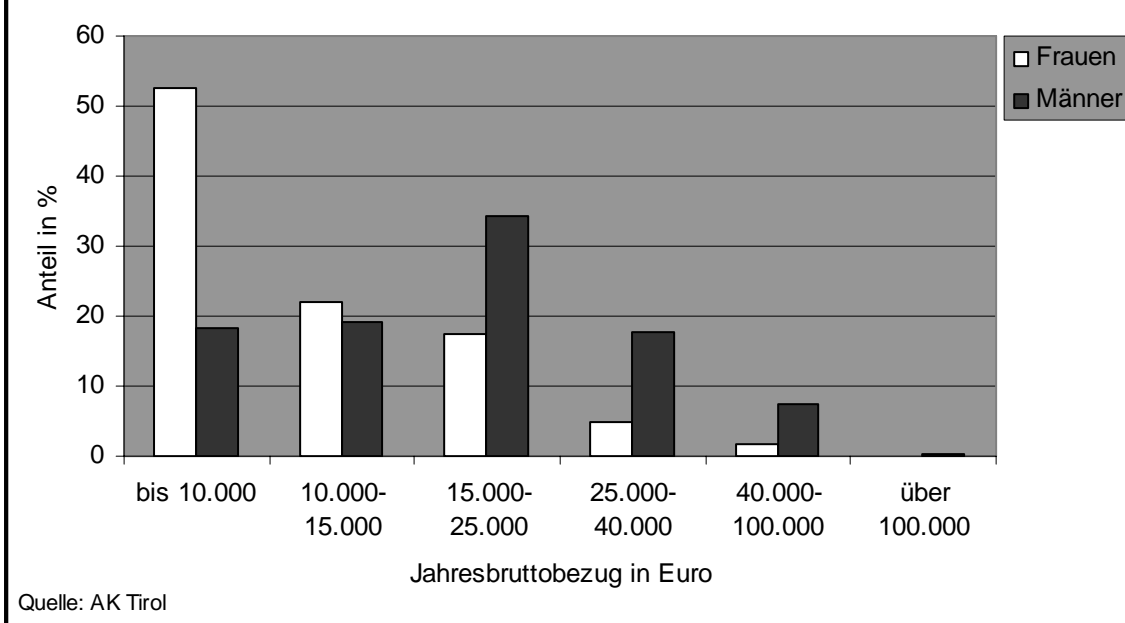
¹ inklusive Ausgleichszulage, Kinderzuschuss

Quelle: AK Tirol

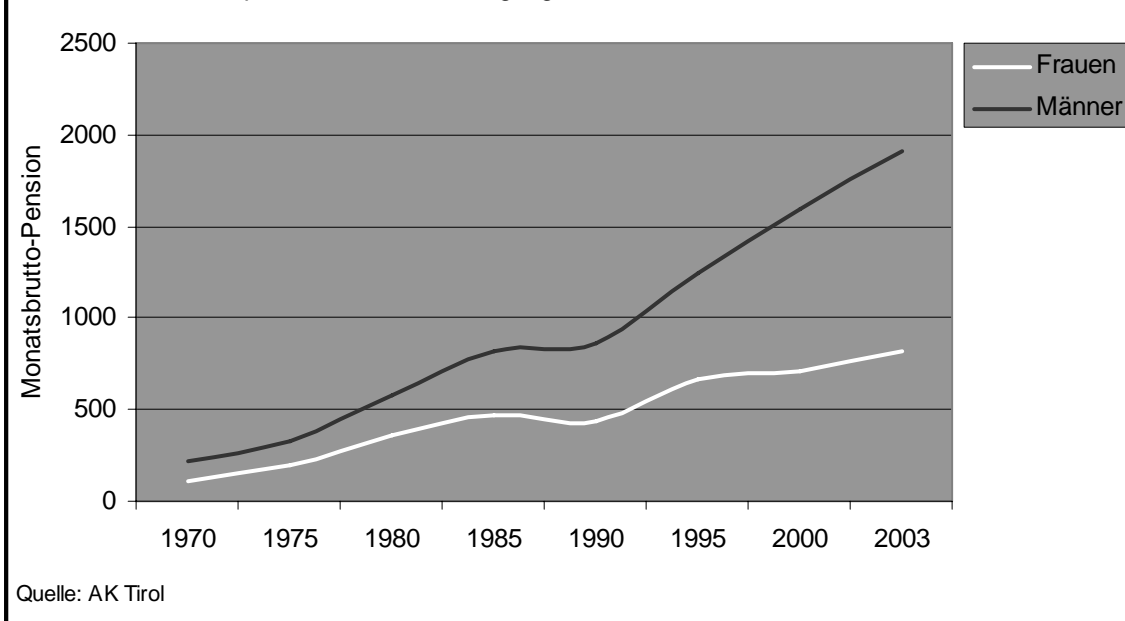
Die Entwicklung der Pensionen der Pflichtversicherten laut ASVG, die mit Arbeitnehmerinnen, geringfügig Beschäftigten und freien Dienstnehmerinnen die größte Gruppe der pensionsversicherten

Frauen darstellen, zeigt seit den 1970er Jahren in Österreich trotz steigender Erwerbsbeteiligung der Frauen ein Zunehmen der Pensionsschere.

Grafik 3.4.7a Einkommensverteilung PensionistInnen in Tirol 2002



Grafik 3.4.7b Alterspension ASVG-Neuzugänge Österreich



Während in Gesamtösterreich zwischen 1995 und 2002 die durchschnittliche Jahresbruttopension der Frauen stärker anwuchs als jene der Männer, blieb im selben Zeitraum das Wachstum der Frauenpensionen in Tirol weiter leicht hinter jenem der Männer zurück.

Die durchschnittliche Jahresbruttopension von Frauen betrug 2002 in Tirol rund €12.235, jene der Männer €21.019, also um 42% mehr.

3.4.8 Sozialhilfe

Im Jahr 2004 bezogen in Tirol insgesamt 6.767 Personen, die zu Hause lebten, Sozialhilfe¹⁰. Rund 60% (4.098 Personen) bezogen länger als 3 Monate Sozialhilfe und gelten daher als dauerunterstützt. Die Verteilung entspricht der Geschlechterverteilung in der Gesamtbevölkerung. 51,7% der Dauerunterstützten waren Frauen, 48,3% Männer. Weiters bezogen 3.325 pflegebedürftige Personen, die in einem Altenwohn- oder Pflegeheim untergebracht waren, Sozialhilfe. Hiervon waren 77% Frauen und 23% Männer.

Mit Stichtag 15.11.2005 bezogen in Tirol 13.924 PensionistInnen eine Ausgleichszulage (Mindestpension). Davon waren 66% Frauen und 34% Männer. Daten, die einen zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Zahl von Sozialhilfe- und AusgleichszulagenbezieherInnen ermöglichen, liegen uns nicht vor.

3.5 Lebensformen, PartnerInnenschaft, Familie

Stabile soziale Netze und Netzwerke wirken sich positiv auf die Gesundheit aus und tragen dazu bei gesundheitlich belastende Faktoren abzufangen und mit eingetretener Krankheit umzugehen. Neben **gesundheitsprotektiven Aspekten zwischenmenschlicher Beziehungen** auf psychisch-emotionaler Ebene kommen, je nach Form der Beziehung, ökonomische Vorteile und gesellschaftliche Unterstützung (soziale Anerkennung, Status, Hilfestellung) hinzu. Durch Defizite in einem dieser drei Bereiche kommt es zu einem Ansteigen gesundheitlicher Risikofaktoren.

So können beispielsweise in Gewaltbeziehungen, zusätzlich zu körperlichen Übergriffen, Verletzungen auf **psychisch-emotionaler Ebene** ein schweres Gesundheitsrisiko darstellen (siehe Kapitel 6).

Ökonomische Vorteile von Beziehungen fallen für nicht staatlich sanktionierte Lebensformen aufgrund rechtlicher Regelungen geringer aus (z.B. Lebensgemeinschaft versus Ehe) oder können sich nach Beendigung von Beziehungen deutlich verändern und zu einer Erhöhung des Armutsrisikos führen (alleinerziehende Mütter, geschiedene Frauen). Einige Lebensformen treffen nur auf wenig **gesellschaftliche Anerkennung**, z.B. kinderlose oder ledige Frauen und Frauen, die lesbisch leben. Letztere können nicht nur den gesundheitsprotektiven Faktor der sozialen Anerkennung seltener für sich in Anspruch nehmen, sondern müssen zusätzlich mit gesundheitsbelastenden Faktoren gesellschaftlicher Homophobie rechnen.

Neben dem Einfluss von Paarbeziehungen wird in der Gesundheitsberichterstattung auch dem Status von Frauen als Mütter, also Eltern-Kind-Beziehung, und den finanziellen und emotionalen Aspekten von Elternschaft als gesundheitlich relevanten Faktoren Beachtung geschenkt. FreundInnenschaften als sozial protektive Variable werden bisher relativ wenig in allgemeine Berichte miteinbezogen. Ähnlich wie bei der Erhebung gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften oder Lebensgemeinschaften, die nicht im selben Haushalt leben, findet sich hier eine Lücke in der statistischen Erhebung sozialer Bezüge, die lediglich den Familienstand im rechtlichen Sinn ausweist (siehe Kapitel 2).

3.5.1 Haushaltsstrukturen

In Tirol gab es 2001 260.220 Haushalte (Statistik Austria, 2005b). Das entspricht einem Zuwachs von 20,1% im Vergleich zu 1991. Österreichweit verzeichnete Tirol damit, begründet durch sein Bevölkerungswachstum, den zweitstärksten Zuwachs an Haushalten. Die größte Steigerung gab es bei der Wohnform der Einpersonenhaushalte (+45,9%). Trotz dieser Entwicklung ist der Mehrpersonenhaushalt mit 70% aller Haushalte nach wie vor die häufigste Wohnform in Tirol. Sie liegt über dem Österreichschnitt, in dem Mehrpersonenhaushalte lediglich zwei Drittel der Wohnformen bilden. Den größten Anteil unter den Mehrpersonenhaushalten bilden die Einfamilienhaushalte mit über 94%.

Bei den **Einpersonenhaushalten** sind es **zu 58,8% Frauen**, die in Tirol in dieser Wohnform leben. Über die Altersverteilung der Alleinlebenden liegen keine Daten für Tirol vor. Es ist jedoch anzunehmen, dass sich ihre Verteilung nur unwesentlich von jener in Gesamtösterreich unterscheidet. In Österreich finden sich bei den jungen Alleinlebenden mehr Männer als Frauen. Der Großteil von

¹⁰ Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, Auskunft vom 15.11.2005

ihnen ist ledig. Der **Anteil der alleinlebenden Frauen steigt mit dem Alter**. Ab 60 Jahren leben bereits deutlich mehr Frauen als Männer alleine. Der Großteil von ihnen ist verwitwet. Für Tirol liegen uns keine Daten über die Anzahl von älteren Frauen, die in Alten- und Pflegeheimen leben, vor.

Tabelle 3.5.1 Haushalte in Tirol 2001

Mehrpersonenhaushalte	70,30%		Einpersonenhaushalte	29,70%	
	Davon			Davon	
Einfamilienhaushalte	172.742	94,20%	Frauen	45.467	58,80%
Mehrfamilienhaushalte	4.545	2,50%	Männer	31.843	41,20%
Nichtfamilienhaushalte	6.063	3,30%			
gesamt	183.350	100%	gesamt	77.310	100%

Quelle: Statistik Austria

Über die Anzahl von Frauen, die über keinen festen Wohnsitz verfügen, liegen ebenfalls weder offizielle Daten noch Schätzungen vor. Die Situation von wohnungslosen Frauen wird in Kapitel 7.2 dargestellt.

3.5.2 Familien

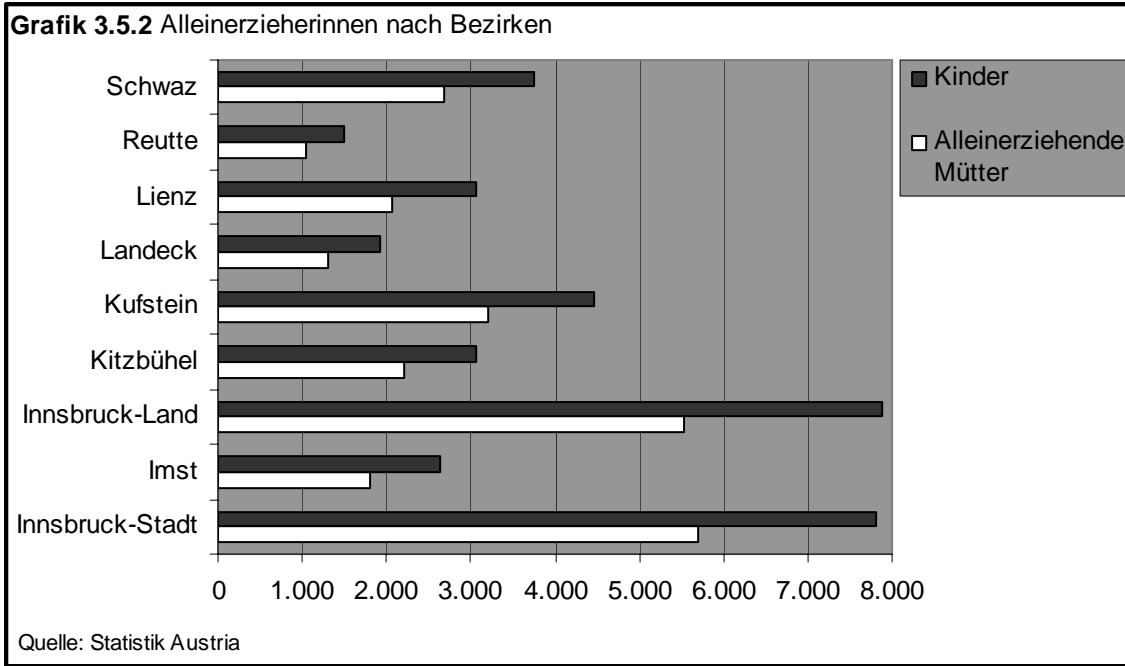
Laut Kernfamilienkonzept der Vereinten Nationen gelten verschiedengeschlechtliche, erwachsene Paare mit und ohne Kinder oder Erwachsene, die mit Kindern in einem Haushalt leben, als Familie (Statistik Austria, 2005b).

Tabelle 3.5.2 Familien in Tirol laut Kernfamilienkonzept mit und ohne Kinder

	Familientyp insgesamt	%	Familientyp mit Kindern	%
Ehe	134.062	73,7	90.722	70,5
Lebensgemeinschaften	18.629	10,3	8.771	6,8
Alleinerziehende Mütter	25.516	14,0	25.516	19,8
Alleinerziehende Väter	3.777	2,0	3.777	2,9
Gesamt	181.984	100,0	128.786	100,0

Quelle: Statistik Austria

Die Volkszählung 2001 bezieht sich auf diese Definition und weist die Ehe (mit oder ohne Kinder) in Tirol als die häufigste familiäre Lebensform aus. Sie hat einen Anteil von 73,7% (134.062 Ehepaare) an allen Familientypen. Die **zweitgrößte Gruppe** wird von Alleinerzieherinnen gebildet. Die **25.516 alleinerziehenden Mütter und ihre Kinder stellen 14% der Familien in Tirol**. 18.629 der Familien sind Lebensgemeinschaften zwischen Frauen und Männern (10,3%). Alleinerziehende Väter bilden mit 2% oder 3.777 Familienhaushalten die kleinste Gruppe. Diese Verteilung entspricht jener in Gesamtösterreich.



Im Bezirk Innsbruck Stadt lebt in Relation zum Wohnanteil an der Bevölkerung (16,8%) eine überproportional hohe Zahl an alleinerziehenden Müttern (5.691 oder 22,3% der Alleinerzieherinnen). Auch im Bezirk Lienz lebt ein geringfügig größerer Teil der Alleinerzieherinnen, als statistisch zu erwarten wäre (8,1% bei einem Bevölkerungsanteil von 7,5%). In allen anderen Tiroler Bezirken leben im Verhältnis zur Bezirksbevölkerung weniger Alleinerzieherinnen.

Als Ursachen für die Konzentration von alleinerziehenden Müttern auf die Landeshauptstadt könnte sowohl die bessere Infrastruktur der außerfamiliären Kinderbetreuung, als auch ein besseres Arbeitsmarktangebot in Frage kommen. Untersuchungen hierzu liegen jedoch nicht vor.

3.5.3 Kinder

Bei den Familien, die mit Kindern leben, finden sich Unterschiede in der Familienstruktur zwischen Gesamtösterreich und Tirol. Lebte in Österreich 2001 im Durchschnitt mehr als jede dritte Familie kinderlos (35,0%), so waren es in Tirol lediglich 29,2% (Statistik Austria, 2005b).

In 128.786 Tiroler Familien lebten insgesamt 227.856 Kinder. Der überwiegende Teil der Familien mit Kindern sind Ehepaarfamilien. Sie bilden auch den größten Teil der Mehrkindfamilien. Alle anderen Familientypen haben am häufigsten nur ein Kind.

Tabelle 3.5.3a Familientypen nach Anzahl der Kinder

Anzahl Kinder	Ehen mit Kindern		Lebensgemeinschaften mit Kindern		Alleinerziehende Mütter		Alleinerziehende Väter	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
	90.722		8.771		25.516		3.777	
1	32.765	36%	5.516	63%	17.309	67%	2.617	69%
2	39.246	43%	2.528	29%	6.376	25%	869	23%
3	14.110	16%	543	6%	1.422	6%	233	6%
4 +	4.601	5%	184	2%	409	2%	58	2%
Gesamt	90.722	100%	8.771	100%	25.516	100%	3.777	100%

Quelle: Statistik Austria

Mehr als die Hälfte der Kinder (53,8%) war im Jahr 2001 unter 15 Jahre alt. Der Großteil von ihnen (77,1%) wurde in einer Ehepaarfamilie versorgt. 14,7% lebten mit einem Elternteil (13,4% mit

alleinerziehender Mutter, 1,1% mit dem Vater). Eltern in Lebensgemeinschaft versorgten 8,4% der Kinder unter 15 Jahren.

Die **höhere Anzahl von Familien mit Kindern in Tirol im Vergleich zu Gesamtösterreich** ist auf die Geburtenjahrgänge vor 2000 zurückzuführen, in denen die Gesamtfertilitätsrate¹¹ in Tirol höher lag als in Österreich (Statistik Austria, 2005c). Im Jahr 2001 erreichte die Gesamtfertilitätsrate in Tirol ihren Tiefpunkt. Trotz leichtem Anstieg in den folgenden Jahren liegt sie seitdem unter dem Österreichschnitt. Insgesamt ist die Zahl der Kinder in Tirol rückläufig (siehe Kap 3.3.1).

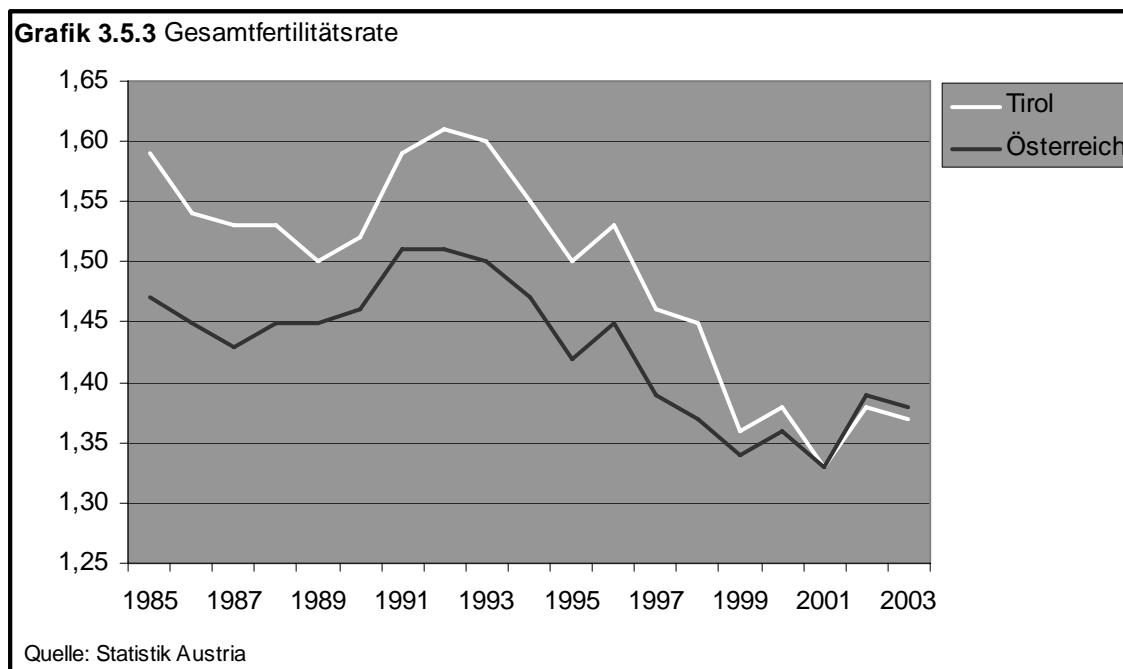


Tabelle 3.5.3b Gesamtfertilitätsrate und -alter in Tirol und Österreich

Jahr	Gesamtfertilitätsrate		Fertilitätsalter	
	Tirol	Österreich	Tirol	Österreich
1985	1,59	1,47	27,5	26,7
1990	1,52	1,46	27,9	27,2
1995	1,50	1,42	28,3	27,7
2000	1,38	1,36	28,8	28,2
2003	1,37	1,38	29,2	28,8

Quelle: Statistik Austria

Gleichzeitig stieg in den letzten Jahrzehnten das Alter, in dem Frauen in Tirol Kinder bekommen, an. 2003 lag das durchschnittliche Fertilitätsalter¹² der Tirolerinnen bei 29,2 Jahren. Das durchschnittliche Fertilitätsalter der Tirolerinnen liegt seit Jahren konstant geringfügig über dem Fertilitätsalter im Bundesschnitt. Die Ursachen hierfür sind unklar. Der Großteil der Frauen, die 2004 in Tirol ein Kind entbunden haben, gehörte zu der Altersgruppe der 19-35jährigen (83,6%). Sehr junge Frauen unter 18 Jahren machten 1,4% aus, 15% der Mütter waren über 35 Jahre und 1,9% über 40 Jahre alt (Oberaigner, 2005a).

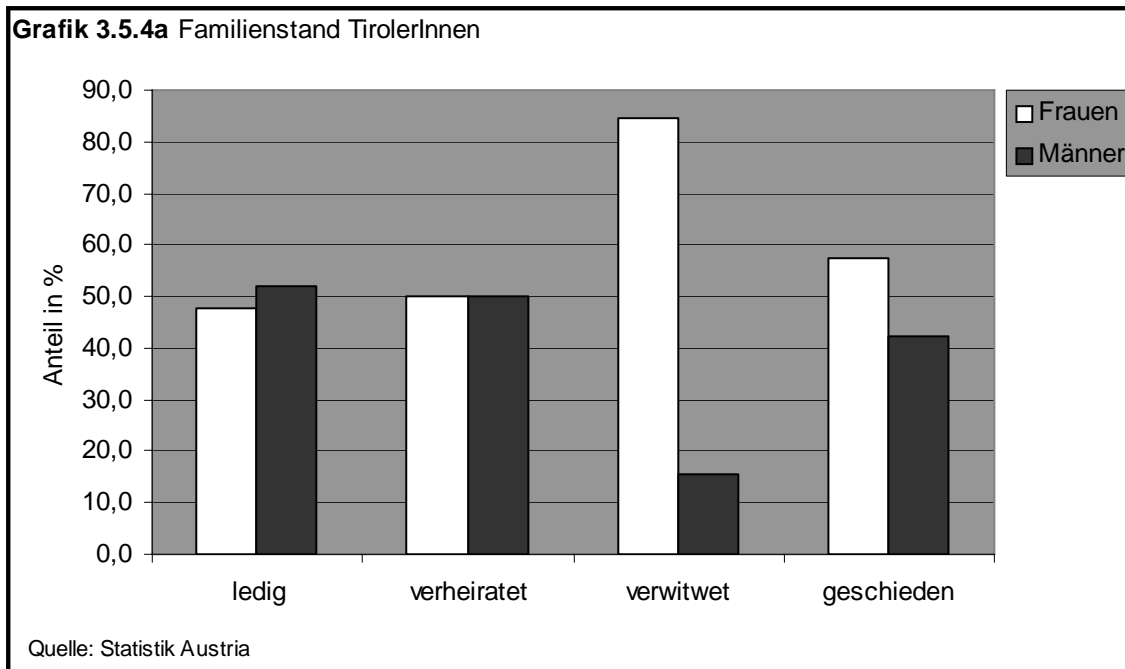
¹¹ Die **Gesamtfertilitätsrate** gibt an wie viele lebendgeborene Kinder eine Frau zur Welt bringen würde, wenn im Laufe ihres Lebens dieselben altersspezifischen Fertilitätsverhältnisse herrschen würden wie im Berichtsjahr (jedoch ohne die Sterblichkeit der Frau zu berücksichtigen).

¹² durchschnittliches Fertilitätsalter: arithmetisches Mittel der Altersverteilung der Fertilitätsziffern für eine einjährige Altersgruppe

Diese Entwicklung, weniger Kinder zu einem späteren biographischen Zeitpunkt, ist in ganz Österreich zu beobachten. Als Gründe werden unter anderem längere Ausbildungszeiten von Frauen sowie die nach wie vor hauptsächlich an Frauen gestellte Anforderung, Beruf und Familie zu vereinen, gesehen (Bagavos, 2001; siehe auch Kapitel 3.4.5).

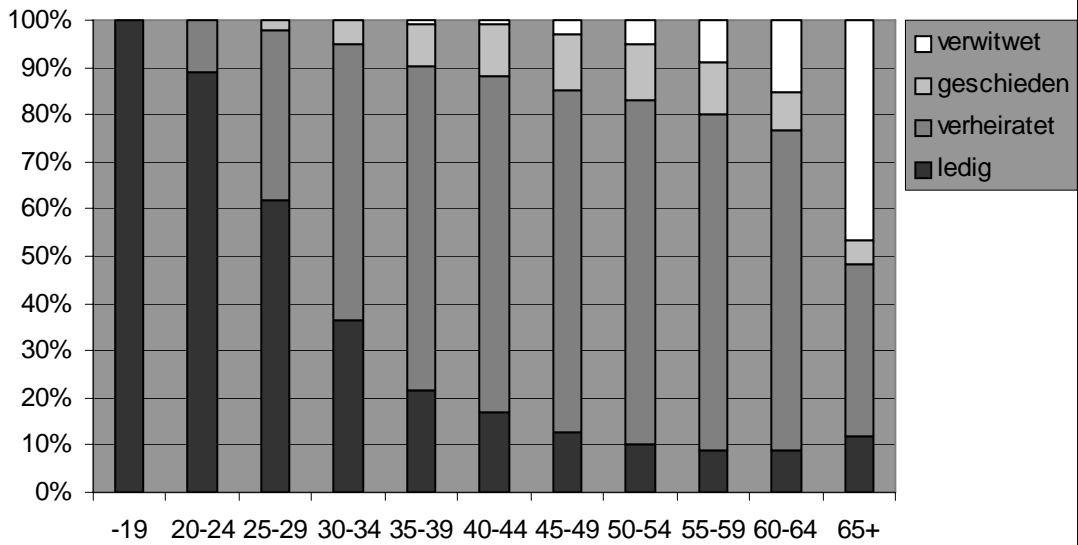
3.5.4 Familienstand

In der Tiroler Bevölkerung über 15 Jahren waren im Jahr 2001 rund 50% der Frauen verheiratet, 31,8% waren dem Familienstand nach ledig, 11,3% lebten verwitwet und 6,5% waren geschieden (Statistik Austria, 2003). Bei den Männern war ein größerer Anteil dem Familienstand nach ledig (38,3%) bzw. verheiratet (54,3%). Weniger Männer als Frauen lebten in Scheidung (5,2%) und deutlich weniger waren Witwer (2,2%).



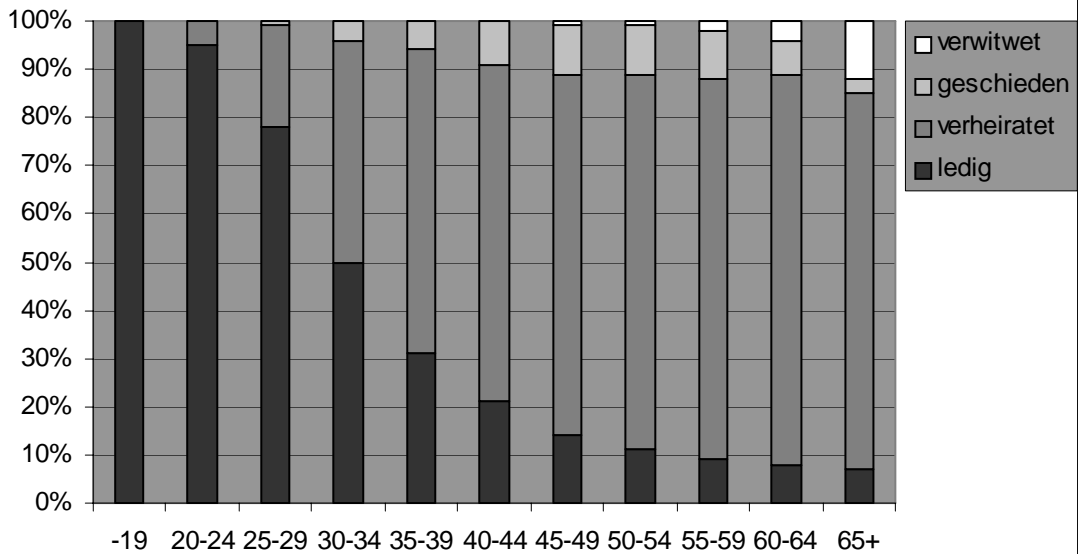
Diese Zahlenverhältnisse spiegeln gesellschaftliche Unterschiede in traditionell weiblichen und männlichen Lebensbiographien wieder. Frauen heiraten in Tirol nach wie vor in jüngerem Alter als Männer. In der Altersgruppe von 30-39jährigen Männern leben bis zu 40% ledig. Bei den 40-49jährigen findet sich bei beiden Geschlechtern der höchste Anteil an Verheirateten. Jeweils rund 72% dieser Altersgruppe sind verheiratet. Sowohl für Frauen als auch für Männer findet sich der höchste Anteil an geschieden Lebenden im Alter zwischen 40 und 60 Jahren, wobei der Prozentsatz der in Scheidung lebenden Männer nie jenen der Frauen erreicht. Dieser Umstand ist auf eine höhere Wiederverheiratungsrate von Männern zurückzuführen. Bei den über 60jährigen steigt erwartungsgemäß der Anteil der Verwitweten deutlich an. Wiederum sind es deutlich mehr Frauen als Männer, die verwitwet leben. Hier kommt zusätzlich zu Unterschieden bei der Wiederverheiratung auch der Altersunterschied innerhalb der Ehe und die längere Lebenserwartung von Frauen hinzu.

Grafik 3.5.4b Familienstand Frauen Tirol 2001



Quelle: Statistik Austria

Grafik 3.5.4c Familienstand Männer Tirol 2001



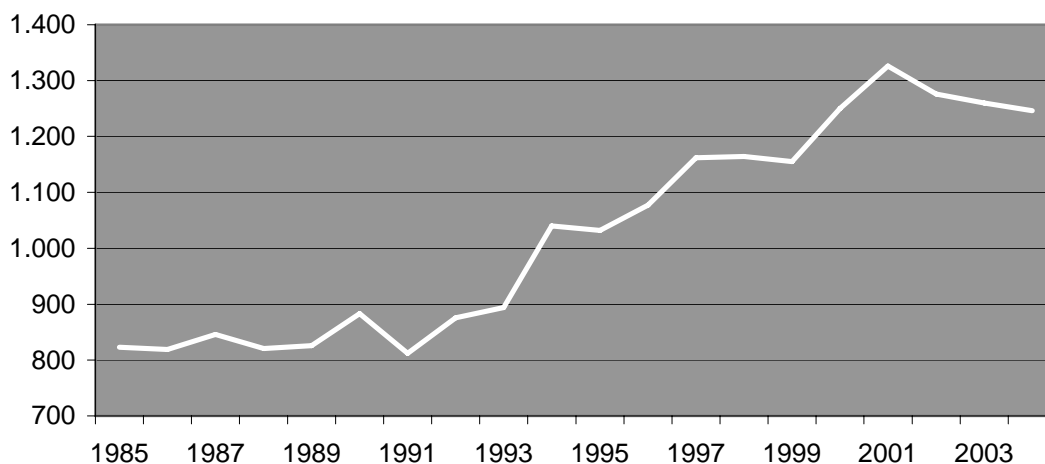
Quelle: Statistik Austria

Lebensformen, die finanziell und sozial weniger abgesichert sind als die Ehe, betreffen somit eher Frauen. Generell ist in Tirol in den letzten 20 Jahren eine sinkende Zahl von Eheschließungen und ein Anstieg der Gesamtscheidungsrate zu verzeichnen (Landesstatistik Tirol, 2005).

Tabelle 3.5.4 Eheschließungen und -scheidungen in Tirol

Jahr	Eheschließungen	Ehescheidungen	Gesamtscheidungsrate in %
1985	3.478	823	
1990	3.648	883	
1995	3.479	1.032	28,0
2000	3.054	1.250	34,9
2004	2.893	1.246	36,7

Quelle: Landesstatistik Tirol

Grafik 3.5.4d Ehescheidungen in Tirol

Quelle: Landesstatistik Tirol

3.5.5 Lebenssituation der älteren Frau in Tirol

Ausgehend von dem hohen Anteil verwitweter und alleinlebender Frauen in höherem Alter wurde 1999 vom Frauengesundheitsbüro des Landes Tirol eine Studie zur Pflege und sozialen Situation von Frauen über 65 Jahren erstellt (Hochleitner, 1999b). Es handelt sich um eine nicht repräsentative Studie. Einbezogen wurden 300 Frauen über 65 Jahren, die im Kalenderjahr 1999 an der Frauenstation der Universitätsklinik Innsbruck stationär aufgenommen worden waren. 77% der Frauen waren über 75 Jahre alt, knapp die Hälfte (48,7%) lebte alleine zuhause. Etwa ein Drittel lebte gemeinsam mit jemandem zuhause, in den meisten Fällen mit ihren Töchtern, und 18 % lebten in ein Altenwohn- oder Pflegeheim.

Die Studie zeigte, dass beinahe zwei Drittel der älteren Frauen vor dem Spitalsaufenthalt im Alltag auf eine Form von Hilfe angewiesen waren. Unter den Frauen, die alleine lebten, waren es 40%. Ein Großteil dieser Hilfe wurde privat geleistet. Nur 44% der pflegebedürftigen Frauen nahmen zusätzlich ambulante Hilfsdienste wie Hauskrankenpflege oder „Essen auf Rädern“ in Anspruch. Während des Krankenhausaufenthaltes war es mit Hilfe einer Sozialarbeiterin möglich weitere unterstützende Angebote zu organisieren. Die Inanspruchnahme ambulanter Hilfsangebote stieg im Vergleich zur Situation vor der Aufnahme um 22%. Generell stieg der angegebene Pflegebedarf im Zeitraum der Aufenthalts um 46,8%. Dies wird vor allem auf Hilfe bei der Organisation und den Zugang zu Information zurückgeführt und weniger auf Änderungen in der gesundheitlichen Situation. Im Rahmen der Studie wurden in Gesprächen vor allem Fragen zu Kosten verschiedener Angebote und Ängste in Bezug auf Verlust der Selbstbestimmung thematisiert. Die Studie zeigte somit vor allem einen Mangel

an Kommunikations- und Informationsstrukturen auf, die es älteren Frauen ermöglichen, vorhandene Ressourcen für sich in Anspruch zu nehmen. Die **Notwendigkeit von Bewusstseinsbildung für Frauen in Bezug auf ihre zu erwartende Lebenssituation im Alter und Informationsvermittlung über Angebote und Möglichkeiten** sind als Ergebnisse dieser Studie bereits in die Arbeit des Tiroler Frauengesundheitsbüros aufgenommen worden.

4 GESUNDHEITSTATUS

4.1 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei Geburt gilt als ein zentraler Messwert der gesundheitlichen Situation einer Bevölkerung. Sie wird ganz allgemein vom vorgefundenen Lebensstandard (beispielsweise der medizinischen Versorgung, der Ernährung, Hygiene, der sozialen Schichtzugehörigkeit und ähnlichen Faktoren) mitbestimmt, aber auch vom sozialen und biologischen Geschlecht.

Im Jahr 2003 lag die **Lebenserwartung bei Geburt für Frauen in Tirol bei 82,85 Jahren** (Statistik Austria, 2005d). Das ist **die höchste Lebenserwartung österreichweit**. Sie lag über 1 Jahr höher als der österreichische Durchschnitt für Frauen von 81,57 Jahren. Die Steigerung der Lebenserwartung bei Frauen in Tirol zwischen 1965 und 2003 betrug 11,96% (8,85 Jahre). Sie lag in diesem Zeitraum knapp über der österreichweiten, durchschnittlichen Steigerung für Frauen von 11,79% (8,6 Jahre).

Männer hatten 2003 in Tirol bei Geburt eine Lebenserwartung von 77,68 Jahren und führten damit die Österreichstatistik für männliche Lebenserwartung an. Sie konnten im Zeitraum von 1965 bis 2003 ihre Lebenserwartung um 13,77% verbessern. Das bedeutet eine Steigerung um 9,4 Jahre. Diese Steigerung liegt in Jahren zwar über der Steigerung der Lebenserwartung von Männern in Gesamtösterreich (75,94 Jahre; Steigerung um 9,36 Jahre), prozentual konnte für Männer in Gesamtösterreich jedoch eine stärkere Steigerung (14,06%) ihrer Lebenserwartung erreicht werden. Der höhere Gewinn in Jahren trotz geringerer Steigerung in Prozenten für Männer in Tirol ist bei dieser Berechnung auf das höhere Ausgangsniveau der männlichen Lebenserwartung in Tirol zurückzuführen.

Tabelle 4.1 Entwicklung der Lebenserwartung seit 1965

Jahr	Tirol		Österreich	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
1965	74,00	68,28	72,97	66,58
1970	73,91	68,52	73,38	66,46
1975	76,08	69,70	74,70	67,66
1980	77,36	70,67	76,08	69,01
1985	78,45	71,32	77,33	70,35
1990	79,51	73,24	78,89	72,24
1995	81,71	74,86	79,98	73,30
2000	82,24	76,43	81,12	75,11
2003	82,85	77,68	81,57	75,94
Steigerung in:				
%	11,96	13,77	11,79	14,06
Jahren	8,85	9,40	8,60	9,36

Quelle: Statistik Austria

Die Lebenserwartung von Frauen in Tirol überstieg die der Männer um 5,17 Jahre. Die männliche Lebenserwartung verbesserte sich zwischen 1965 und 2003 deutlich stärker als die weibliche.

Die Entwicklung der Lebenserwartung wird unterschiedlich diskutiert. Während einerseits die Steigerung der männlichen Lebenserwartung und die langsame Annäherung an die der Frauen als erfreulicher Fortschritt für Männergesundheit verzeichnet werden kann, stellt sich die Frage weshalb Frauen im Vergleich zu Männern nur einen prozentuell geringeren Zuwachs an Lebenserwartung zeigen. Die Differenz im Zuwachs der Lebenserwartung unterscheidet sich im Bundesländervergleich deutlich (4,04% Unterschied im Zuwachs der weiblichen zur männlichen Lebenserwartung in

Vorarlberg, 1,81% in Tirol, 0,3% in der Steiermark), sodass nicht nur von einer biologischen Limitierung der Steigerung ausgegangen werden kann. Zusätzlich müssen Umwelt und Lebensstil, sowie Faktoren in der Gesundheitsversorgung als Ursachen für die Unterschiede vermutet werden. Im Sinne der Frauengesundheitsförderung sind diese Faktoren auf Verbesserungsmöglichkeiten für Frauen zu prüfen.

Gemeinsam mit der Lebenserwartung bei Geburt und den Möglichkeiten ihrer Steigerung ist die behinderungsfreie Lebenserwartung zu beachten. Sie beschreibt die zu erwartenden Lebensjahre frei von erheblichen körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen, die zu Hilfs- und Pflegebedürftigkeit führen.

Auch die **behinderungsfreie Lebenserwartung liegt bei Frauen in Tirol höher** als bei Männern. Laut Tiroler Gesundheitsbericht konnten Frauen im Jahr 2000 73,7 Jahre, Männer 70 Jahre ein behinderungsfreies Leben erwarten (ÖBIG, 2003). Aufgrund der unterschiedlichen Lebenserwartungen bedeutet dieses Ergebnis auch, dass Männer in Tirol mit über 6 Jahren, Frauen jedoch mit über 8 Lebensjahren rechnen müssen, die von Beeinträchtigung begleitet sind.

Aus den derzeit für Tirol vorliegenden Daten können keine Aussagen darüber getroffen werden, ob die Steigerung der Lebenserwartung für Frauen mit einer Verlängerung der Lebensphase mit funktionellen Beeinträchtigungen einhergeht (Expansion der Morbidität), oder ob sich gleichzeitig die Zeit der behinderungsfreien Lebenserwartung so steigert, dass die Zeit, die in Pflege und Hilfsbedürftigkeit verlebt wird, auf einen späteren und kürzeren Lebensabschnitt komprimiert wird (Kompressionsmodell der Morbidität).

4.2 Mortalität

Die Mortalität (= Sterblichkeit, Sterberate) gibt über die Zahl der verstorbenen Personen bezogen auf eine definierte Population in einem bestimmten Zeitraum Auskunft. Diese **rohe Sterberate** berücksichtigt weder Altersstruktur noch Geschlecht der Population. Sie gibt jedoch Einblick in die den Todesfällen zugrundeliegenden Erkrankungen. Wiederholt wird in der nationalen Gesundheitsberichterstattung die hohe Aussagekraft der österreichischen Mortalitätsstatistiken betont. Sie wird vor allem auf den im internationalen Vergleich hohen Anteil an Obduktionsbefunden (knapp ein Drittel aller Verstorbenen) zurückgeführt. Trotz der dadurch gestärkten Diagnosesicherheit scheinen durch die übliche alleinige Angabe der Haupttodesursache andere Ursachen, die zum Tod einer Person geführt haben, in den Mortalitätsstatistiken nicht auf. Dies fällt vor allem bei multimorbiden Personen, zu denen in der Mehrzahl hochbetagte Frauen zählen, ins Gewicht. Um die Mortalität von Frauen und Männern direkt vergleichen zu können, wird üblicherweise auf **alterstandardisierte Daten** zurückgegriffen. Sie geben die theoretische Sterblichkeit an, hätten Männer und Frauen die gleiche Altersstruktur. Altersstandardisierte Mortalitätsraten spiegeln somit keine Realitäten wider, ermöglichen jedoch den Vergleich zwischen verschiedenen Populationen. Die Tatsache des größeren weiblichen Bevölkerungsanteils in höherem Alter wird dadurch jedoch nicht berücksichtigt. Häufig wird weiters zusätzlich zur Gesamtsterblichkeit die **vermeidbare Sterblichkeit** angegeben. Dabei wird für eine ausgewählte Todesursache eine Altersgrenze gewählt, unterhalb derer die Todesfälle als grundsätzlich vermeidbar angenommen werden (Holland, 1997). Für die meisten Erkrankungen liegt dieses Alter bei 65 Jahren. Die vermeidbaren Todesfälle werden zur Überprüfung der Effizienz der gesundheitlichen Versorgung einer Bevölkerung und zur Planung von Präventionsangeboten des Gesundheitssystems herangezogen.

4.2.1 Todesursachen

Die **häufigste Todesursache der Gesamtsterblichkeit in Tirol sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (Statistik Austria, 2005c). Dies trifft auf beide Geschlechter zu. Bei Frauen fällt der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache an der Gesamtsterblichkeit allerdings deutlich stärker ins Gewicht. **Fast jede zweite Frau in Tirol (49%) starb 2003 an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung.** Im Zeitraum 1991-2000 war diese Diagnosegruppe Ursache für 55% der weiblichen Mortalität (ÖBIG, 2003). Die männliche Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen lag 2003 bei 35% (1991-2000 bei 45%).

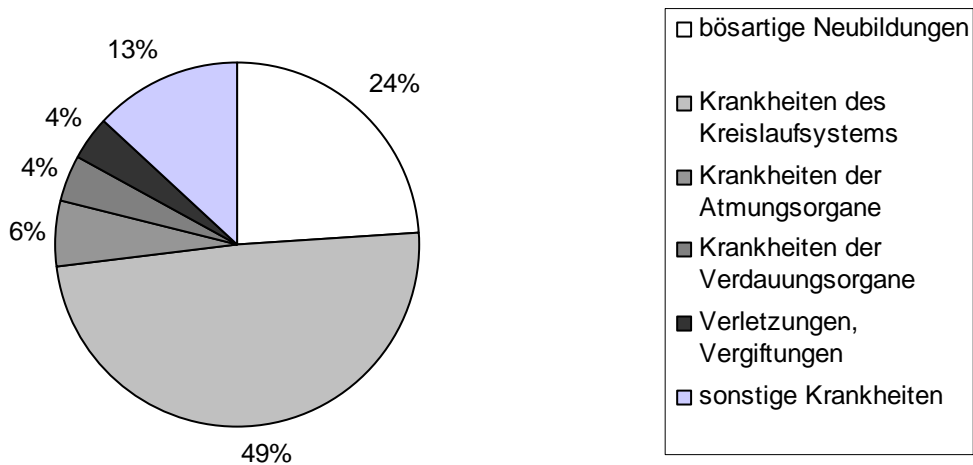
An **zweiter Stelle** der Haupttodesursachen für Frauen in Tirol fanden sich **bösartige Neubildungen** mit 24%. Im Gegensatz zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen lag der Anteil bösartiger Neubildungen an der Gesamtmortalität der Männer in Tirol mit 30% höher als der Anteil dieser Diagnosegruppe an der weiblichen Mortalität. Im Zeitraum 1991-2000 waren bösartige Neubildungen für 25% der weiblichen und 28% der männlichen Mortalität verantwortlich.

Bereits drei Viertel der weiblichen und zwei Drittel der männlichen Gesamtmortalität waren somit durch diese beiden Haupttodesursachen begründet.

Die große Gruppe „**sonstige Erkrankungen**“, zu der unter anderem auch **Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes Mellitus zählen**, lag bei Frauen und Männern mit einem Anteil von jeweils 13% an **dritter Stelle** der Haupttodesursachen.

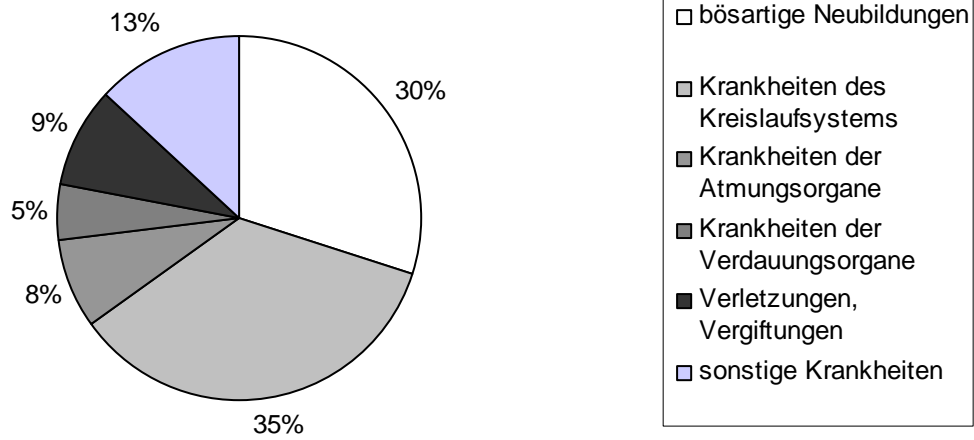
Während die drei häufigsten Todesursachen, wenn auch in stark unterschiedlicher Gewichtung, bei Frauen und Männern übereinstimmen, finden sich an vierter Stelle bei Frauen Erkrankungen der Atmungsorgane (6%). Männer sterben hingegen am vierthäufigsten an Unfällen oder Verletzungsfolgen (9%). Diese Todesursache steht gemeinsam mit Todesfällen durch Erkrankungen der Verdauungsorgane bei Frauen mit je 4% am fünften Platz der Todesursachenstatistik.

Grafik 4.2.1a Haupttodesursachen Frauen Tirol 2003



Quelle: Statistik Austria

Grafik 4.2.1b Haupttodesursachen Männer Tirol 2003

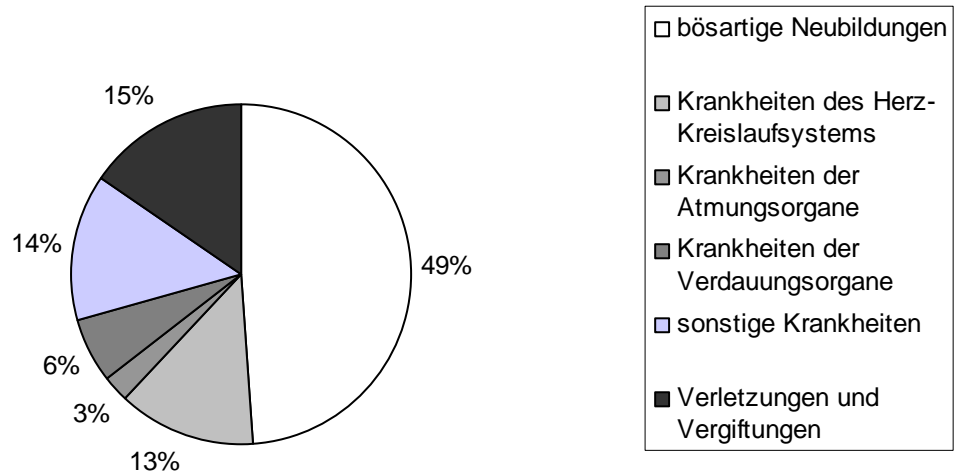


Quelle: Statistik Austria

Die Verteilung der **Todesursachen bei den unter 65jährigen** (vermeidbare Sterblichkeit) unterscheidet sich bei den Frauen deutlich von der Gesamtsterblichkeit. **Bösartige Neubildungen** lagen 2003 in dieser Gruppe mit 49% an der **Spitze der Todesursachenstatistik**. Beinahe jede zweite der unter 65 Jahren verstorbenen Frauen starb an einem Tumor. Auch für den Zeitraum 1991-2000 waren bösartige Neubildungen mit 44% die häufigste Todesursache für Frauen unter 65 Jahren. Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren über die Jahre 1991-2000 bei den unter 65jährigen an zweiter Stelle (19%). Im Jahr 2003 waren sie mit 13% an der vierter Stelle hinter Todesfällen durch Verletzungen (15%) und sonstigen Erkrankungen (14%).

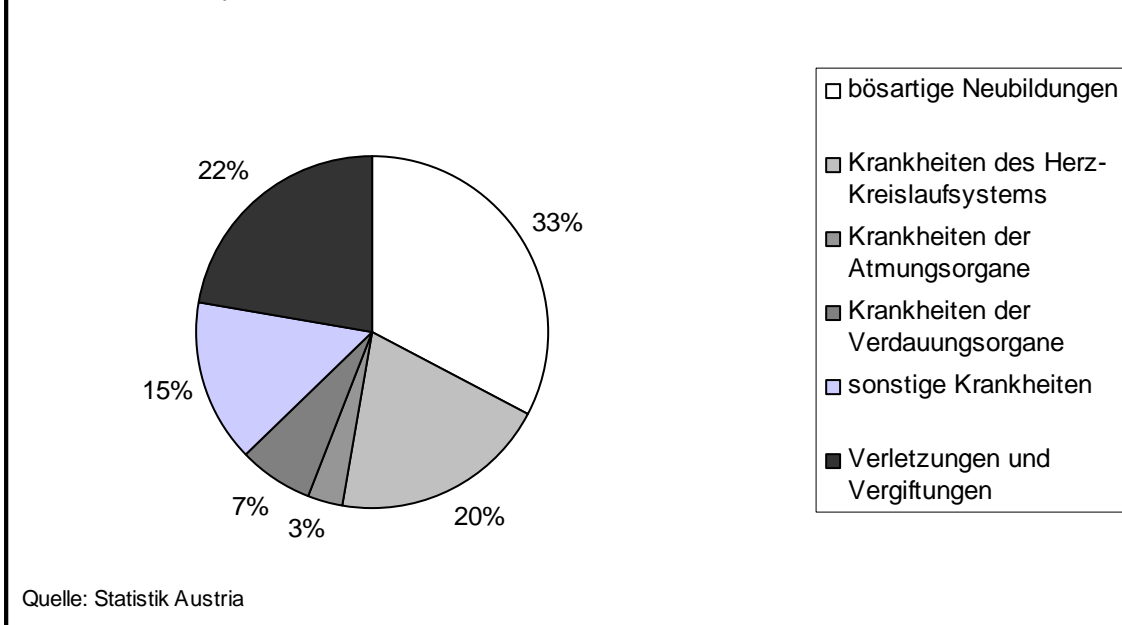
Bei Männern kommt es an den ersten beiden Stellen der Todesursachen der unter 65jährigen zu einer veränderten Gewichtung, nicht aber zu einem Wechsel. Bösartige Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen hier, wie bei der Gesamtsterblichkeit. Deutlich mehr Todesfälle als in der Gesamtsterblichkeit sind bei Männern unter 65 Jahren Verletzungen und Vergiftungen zuzuschreiben.

Grafik 4.2.1c Haupttodesursachen Frauen unter 65



Quelle: Statistik Austria

Grafik 4.2.1d Haupttodesursachen Männer unter 65



Die **Reihung der Haupttodesursachen** 2003 nach Geschlecht **entspricht jener in Österreich**. Frauen und Männer sind in Tirol allerdings geringfügig seltener als im österreichischen Durchschnitt an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und geringfügig häufiger an bösartigen Neubildungen gestorben. Als Erklärung ist hier die relativ jüngere Bevölkerungsstruktur in Betracht zu ziehen. Altersstandardisierte Werte für den direkten Vergleich zu Österreich liegen für 2003 nicht vor. Im **Zeitraum 1991-2000 lag die altersstandardisierte Gesamtsterblichkeit in Tirol** erfreulicherweise **bei Frauen und bei Männern unter jener im Bundesdurchschnitt**.

Altersstandardisiert liegt in Österreich die Sterblichkeit von Frauen bei jeder der fünf Haupttodesursachen unter jener der Männer (Statistik Austria, 2002a). Auch in Tirol war, nach europäischer Standardbevölkerung standardisiert, die **Sterblichkeit von Frauen im Zeitraum 1991-2000 durchwegs geringer als jene der Männer** (ÖBIG, 2003).

4.2.2 Müttersterblichkeit

Die Senkung der Müttersterblichkeit und die Erhöhung der Sicherheit von Müttern wurden in der Wiener Erklärung 1994 als eine der sechs frauengesundheitspolitischen Handlungsprioritäten für Frauen in der gesamten Europäischen Region der WHO festgehalten (WHO, 1994). Konkret:

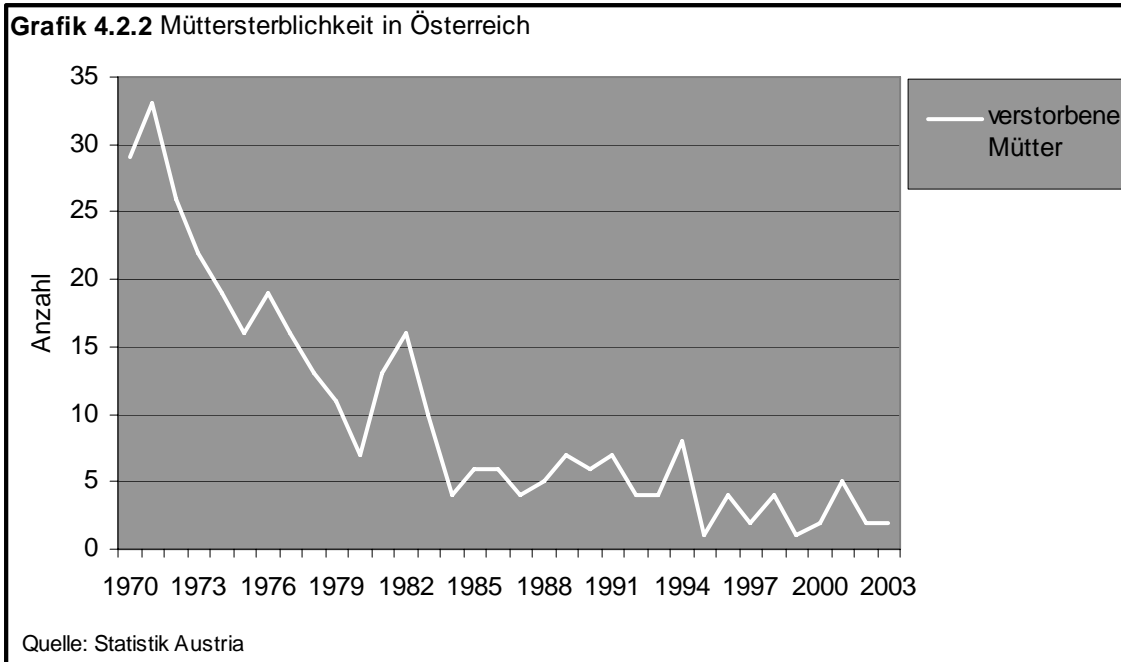
ZUR SENKUNG DER MÜTTERSTERBLICHKEIT UND ERHÖHUNG DER SICHERHEIT VON MÜTTERN SIND ERFORDERLICH:

- eine verbesserte Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind
- kostenwirksame pränatale Interventionen
- modernisierte und frauenfreundliche Geburtspraktiken
- Förderung des Stillens
- Verbesserung des Wissens und Könnens von Hebammen
- Schutz vor nicht bedarfsgerechten medizinischen Technologien
- weniger Schwangerschaftsabbrüche unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen und
- eine qualitativ hochwertige Betreuung bei Schwangerschaftsabbrüchen

Abb. 4.2.2 Quelle : (WHO, 1994) Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern

Qualitätsvolle Schwangerschaftsbetreuung und Geburtshilfe sind wesentliche Faktoren, die zur Senkung der Müttersterblichkeit, ebenso wie zur Senkung der anti-, peri- und neonatalen Sterblichkeit der Kinder beitragen. Österreich weist **seit Jahrzehnten eine sinkende Müttersterblichkeit** auf und

gehört im Europavergleich zu den Ländern mit den geringsten mütterlichen Mortalitätsraten (Europäische Kommission, 2003).



Mitverantwortlich für diese Entwicklung ist neben Verbesserungen des medizinischen Standards auch die in Österreich 1974 eingeführte Schwangerenvorsorge durch die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (Genauerer zu Vor- und Nachteilen von Vorsorgemedizin in Kapitel 4.4). Aufgrund der insgesamt sehr niedrigen Müttersterblichkeit können keine Aussagen über Veränderungen der Müttersterblichkeit in Tirol getroffen werden.

Die Einführung eines **flächendeckenden Geburtenregisters in Tirol** im Jahr 1999 ist ein Qualitätsverbesserungsprojekt der geburtshilflichen Betreuung im Sinne der Wiener Erklärung. Das Register erfasst Daten über die perinatale Mortalität und Morbidität von Müttern und Kindern in Tirol. Bereits im Jahr 2004 war „Tirol [...] das einzige Bundesland Österreichs mit einem lückenlosen Qualitätsprogramm im geburtshilflichen Bereich“ (Oberaigner, 2005a, S.3). Besonders die gleichberechtigte Einbeziehung von Hebammen in das Projekt und die dadurch ermöglichte Erfassung aller in Tirol stattfindenden Geburten verspricht große Vorteile für eine frauengesundheitsspezifische Qualitätssicherung.

Tirol hat somit bei der Betreuung von schwangeren Frauen in den letzten Jahren deutliche Impulse zur Qualitätsverbesserung erfahren. Mit der flächendeckenden, strukturierten Erfassung der Situation im geburtshilflichen Bereich sind Weichen zur Erhaltung bzw. weiteren Verbesserung der Betreuung von Schwangeren gestellt.

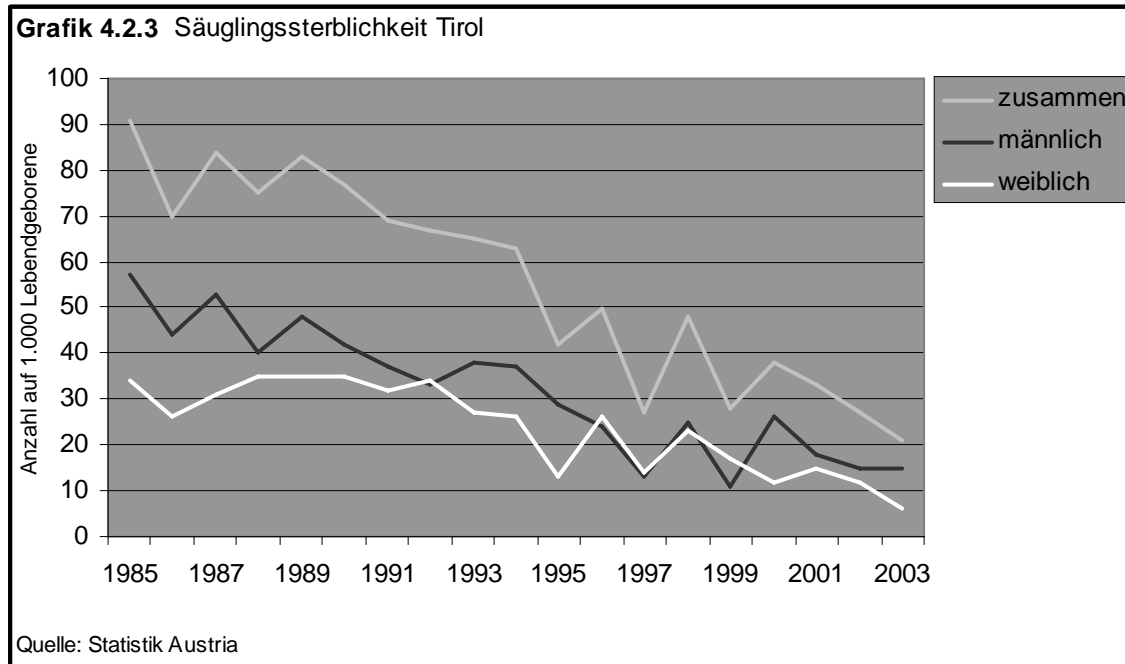
Schwangerschaftsabbruch

Keinerlei Änderung konnte seit 1975 in Tirol im Bereich der Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen der Fristenregelung, die in Österreich nach § 97 (1) Z. 1 des StGB geregelt ist, erzielt werden.

Nach wie vor besteht für Frauen in Tirol, die sich für einen Abbruch ihrer Schwangerschaft innerhalb der ersten drei Monate entscheiden, **nicht die Möglichkeit diesen Abbruch an einem der Tiroler Landeskrankenhäuser durchführen zu lassen**. Frauen, die sich entscheiden ihre Schwangerschaft zu beenden, sind somit auf niedergelassene ÄrztInnen, das Ausweichen in ein Krankenhaus oder Ambulatorium in einem anderen Bundesland oder in einem Nachbarland gezwungen. Dieses Kernthema der Frauengesundheitsbewegung kann für Tirol somit noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Da in Österreich keine Registrierpflicht für Schwangerschaftsabbrüche besteht und lediglich die in öffentlichen Krankenanstalten durchgeführten Abbrüche in der Statistik aufscheinen, können keine seriösen Schätzungen über die jährliche Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche von Tirolerinnen gemacht werden.

4.2.3 Säuglingssterblichkeit

Ebenso wie die Gesamt mortalität und die mütterliche Mortalität ist auch die **Säuglingssterblichkeit in Tirol rückläufig**. Die Sterblichkeit von Mädchen im ersten Lebensjahr liegt für den Beobachtungszeitraum 1985-2003 mit durchschnittlich 25 verstorbenen weiblichen Säuglingen pro 100.000 lebendgeborenen Mädchen geringfügig unter jener von Buben mit jährlich rund 34 verstorbenen innerhalb des ersten Lebensjahres (Statistik Austria, 2005d).



4.3 Stationäre Morbidität - Krankenhausaufenthalte

Daten über die Morbidität geben Einblick in die Häufigkeit und Verteilung einer bestimmten Erkrankung in einer definierten Population (= **Prävalenz**) und in die Anzahl der Neuerkrankungen an einer bestimmten Erkrankung in einer definierten Population in einem definierten Zeitraum (= **Inzidenz**).

Die statistische Dokumentation der **ambulanten Morbidität**, das heißt der Erkrankungsfälle, die bei niedergelassenen ÄrztInnen und in Ambulanzen der österreichischen Krankenanstalten behandelt und erfasst werden, ist im Vergleich zur **stationären Morbidität**, die aus der Spitalsentlassungsstatistik der österreichischen Krankenanstalten errechnet werden kann, uneinheitlicher und lückenhaft. Aufgrund der besseren Datenvollständigkeit bei der Erfassung der behandelten Population durch die Spitalsentlassungsstatistik werden im weiteren Daten der stationären Morbidität dargestellt. Ihre Aussagekraft unterliegt jedoch ebenfalls Limitationen:

Sie bilden ausschließlich die Bevölkerung, die aufgrund von Erkrankungen einen stationären Krankenhausaufenthalt in Anspruch nehmen musste (inklusive Mehrfachaufnahmen) ab. Durch die alleinige Angabe einer „**Hauptentlassungsdiagnose**“ werden andere Diagnosen, die zur Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes beigetragen haben oder die im Lauf des Aufenthaltes neu hinzukamen, nicht erfasst. Dies führt vor allem bei Primärerkrankungen, die weitere Folgeerkrankungen verursachen (z.B. Diabetes Mellitus), zu Verzerrungen und Lücken.

Auf die tatsächliche Häufigkeit von Erkrankungen in der Tiroler Bevölkerung (Prävalenz) kann auf Basis der stationären Morbidität nur äußerst begrenzt rückgeschlossen werden. Sehr wohl kann jedoch vor dem Hintergrund der Entwicklung der stationären Morbidität auf zukünftige Anforderungen an den stationären Krankenhausbereich geschlossen werden.

4.3.1 Ursachen

Im Jahr 2002 wurden insgesamt 121.498 Frauen und 109.763 Männer stationär in einem Krankenhaus in Tirol aufgenommen und versorgt (Statistik Austria, 2005c). Diese Verteilung entspricht der Tiroler Wohnbevölkerung.

Der **häufigste Grund für Krankenhausaufenthalte bei Frauen waren Neubildungen**. Sie machten **13%** aller stationären Behandlungen von Frauen aus. An zweiter Stelle folgten Aufnahmen aufgrund von **Verletzungen (9,8%)**. **Schwangerschaft und Geburt** waren mit **9,3%** in Tirol insgesamt der dritthäufigste Grund einer stationären Aufnahme. An vierter Stelle stehen Aufnahmen aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (siehe Kapitel 4.5). Aufnahmen wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (MSS) stehen mit 8,5% gleichauf mit Krankenhausaufenthalten aufgrund psychischer Erkrankungen an fünfter Stelle.

Die Gründe für stationäre Aufenthalte bei Männern sind anders verteilt. Verletzungen und Vergiftungen sind hier die Hauptgründe (15,7%), gefolgt von Neubildungen (14,5%), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (11,2%), psychischen Erkrankungen (9,3%) und Aufnahmen wegen Erkrankungen des Verdauungssystems (9,0%).

Tabelle 4.3.1a Häufigste Gründe für stationäre Aufnahmen bei Frauen 2002

Gründe Frauen	Anzahl	%-Anteil ¹
Neubildungen	16.925	13,9
Verletzungen, Vergiftungen	11.958	9,8
Schwangerschaft, Geburt	11.290	9,3
Herz-Kreislauf	11.187	9,2
Muskel-Skelett System (MSS)	10.306	8,5
Psychische- und Verhaltensstörungen	10.268	8,5

¹ an allen stationären Aufnahmen 2002

Quelle: Statistik Austria

Tabelle 4.3.1b Häufigste Gründe für stationäre Aufnahmen bei Männern 2002

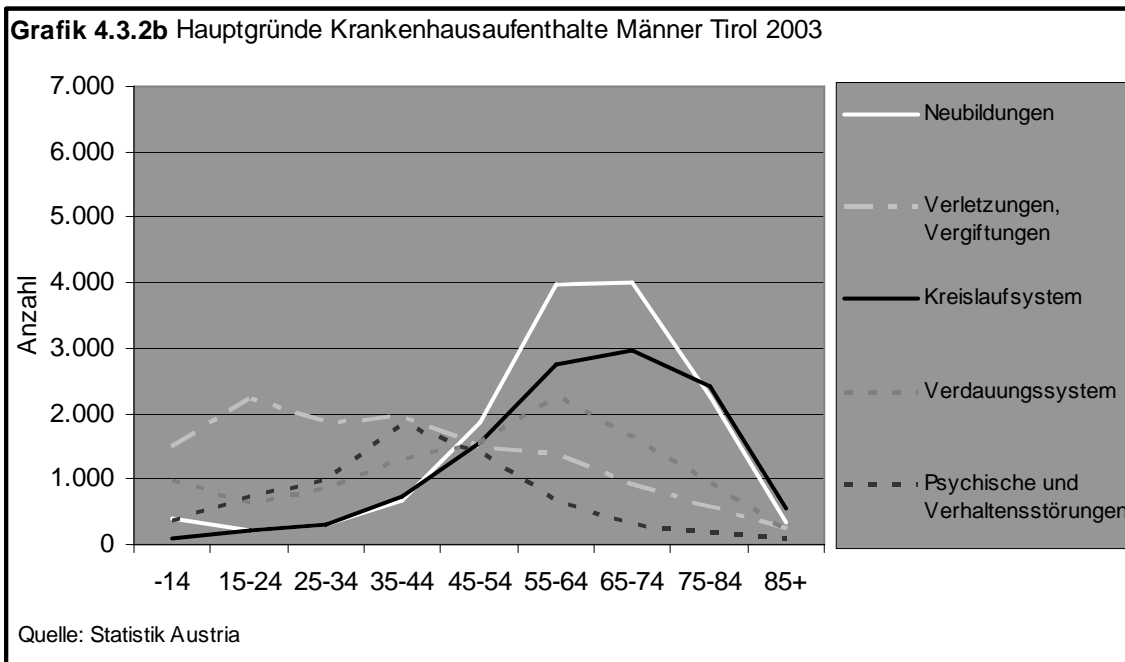
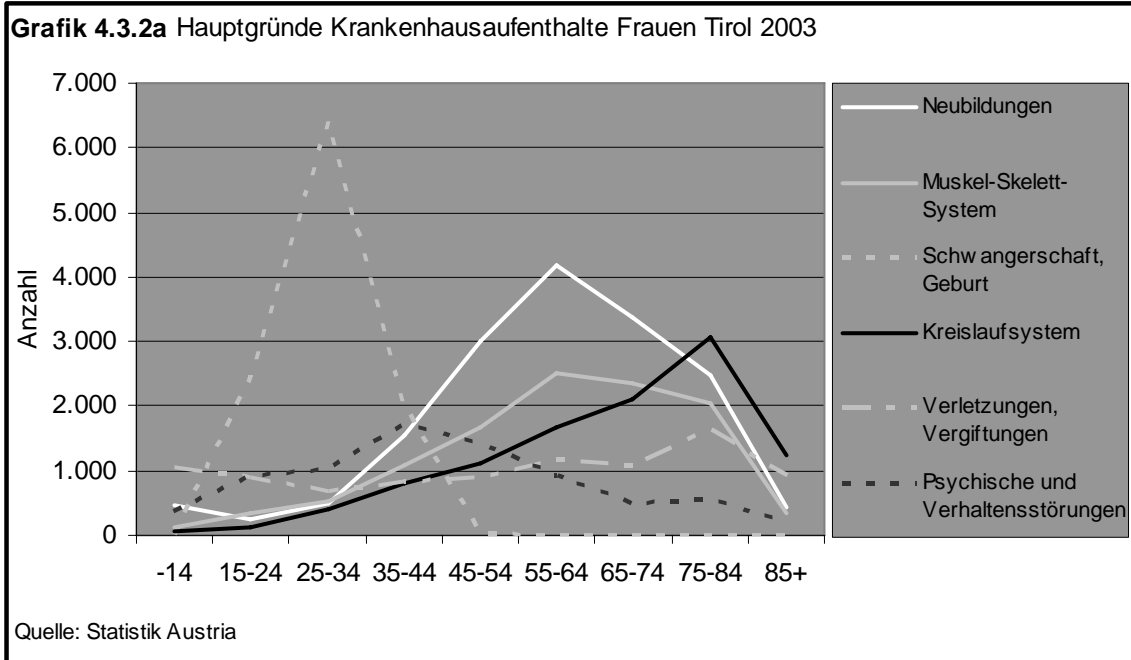
Gründe Männer	Anzahl	%-Anteil ¹
Verletzungen, Vergiftungen	17.270	15,7
Neubildungen	15.946	14,5
Herz-Kreislauf	12.311	11,2
Psychische und Verhaltensstörungen	10.184	9,3
Verdauungssystem	9.917	9,0

¹ an allen stationären Aufnahmen 2002

Quelle: Statistik Austria

4.3.2 Alter

Werden Frauen in 10-Jahres-Altersgruppen dargestellt, liegen die Gründe für stationäre Aufenthalte erwartungsgemäß deutlich anders verteilt als bei der Betrachtung der gesamten weiblichen Bevölkerung (Sonderdatensatz der Statistik Austria, 2003).



Bei **Mädchen bis 14 Jahren** waren in Tirol **Krankheiten des Atmungssystems** der häufigste Grund für einen stationären Aufenthalt, gefolgt von Verletzungen und Krankheiten des Verdauungssystems.

Bei **Jugendlichen, jungen Erwachsenen (15-24 und 25-34 Jahre)** und **Frauen in der mittleren Lebensphase (35-44 Jahre)** sind **Schwangerschaft und Geburt** die führenden Gründe eines stationären Aufenthalts. An zweiter Stelle der Krankenhausmorbidity finden sich in diesen drei Altersgruppen jeweils Aufenthalte aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen. Unter der Annahme, dass es sich bei einem Großteil der Aufnahmen aufgrund von Schwangerschaft und

Geburt um ein natürliches Ereignis ohne Krankheitswert handelt, können psychische Störungen und Verhaltensstörungen als tatsächlicher Hauptgrund für die Morbidität dieser Altersgruppen gesehen werden. An dritter Stelle folgen bei den jugendlichen Frauen Verletzungen, bei jungen Erwachsenen Erkrankungen des Urogenitalsystems und bei Frauen in der mittleren Lebensphase die Gruppe der Neubildungen, die zu einem stationären Aufenthalt führen.

Bereits in den nächsten drei Altersgruppen der **reiferen und älteren Frauen** (45-54, 55-64 und 65-74 Jahre) sind **Neubildungen** an erster Stelle der Gründe für einen Krankenhausaufenthalt. Am zweithäufigsten werden Frauen in diesem Alter aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems aufgenommen. Bei Frauen zwischen 65 und 74 Jahren stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen an dritter Stelle.

In den letzten beiden Altersgruppen, der **alten (75-84 Jahre) und hochbetagten Frauen (85+)**, sind **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** der Hauptgrund für stationärer Aufenthalte.

Während bei Frauen zwischen 75 und 84 Jahren Neubildungen und muskuloskeletale Erkrankungen nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen noch ins Gewicht fallen, spielen sie bei den hochbetagten keine Rolle mehr. An zweiter Stelle der Erkrankungen, die einen Krankenhausaufenthalt verursachen, lagen bei hochbetagten Frauen über 85 Jahre Verletzungen gefolgt von Erkrankungen der Atmungsorgane.

4.3.3 Dauer

Die **stationäre Aufenthaltsdauer bei Frauen in Tirol** lag 2002 mit 6,8 Tagen **deutlich unter** der durchschnittlichen Dauer eines Krankenhausaufenthalts von **Frauen in Österreich** mit 8,6 Tagen (Statistik Austria, 2005c).

Auch nach einzelnen Diagnosegruppen des ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) aufgegliedert waren Frauen in Tirol mit zwei Ausnahmen¹³ bei jeder der 21 erfassten Krankheitsgruppen kürzer als Frauen im Bundesdurchschnitt in einem Krankenhaus stationär aufgenommen.

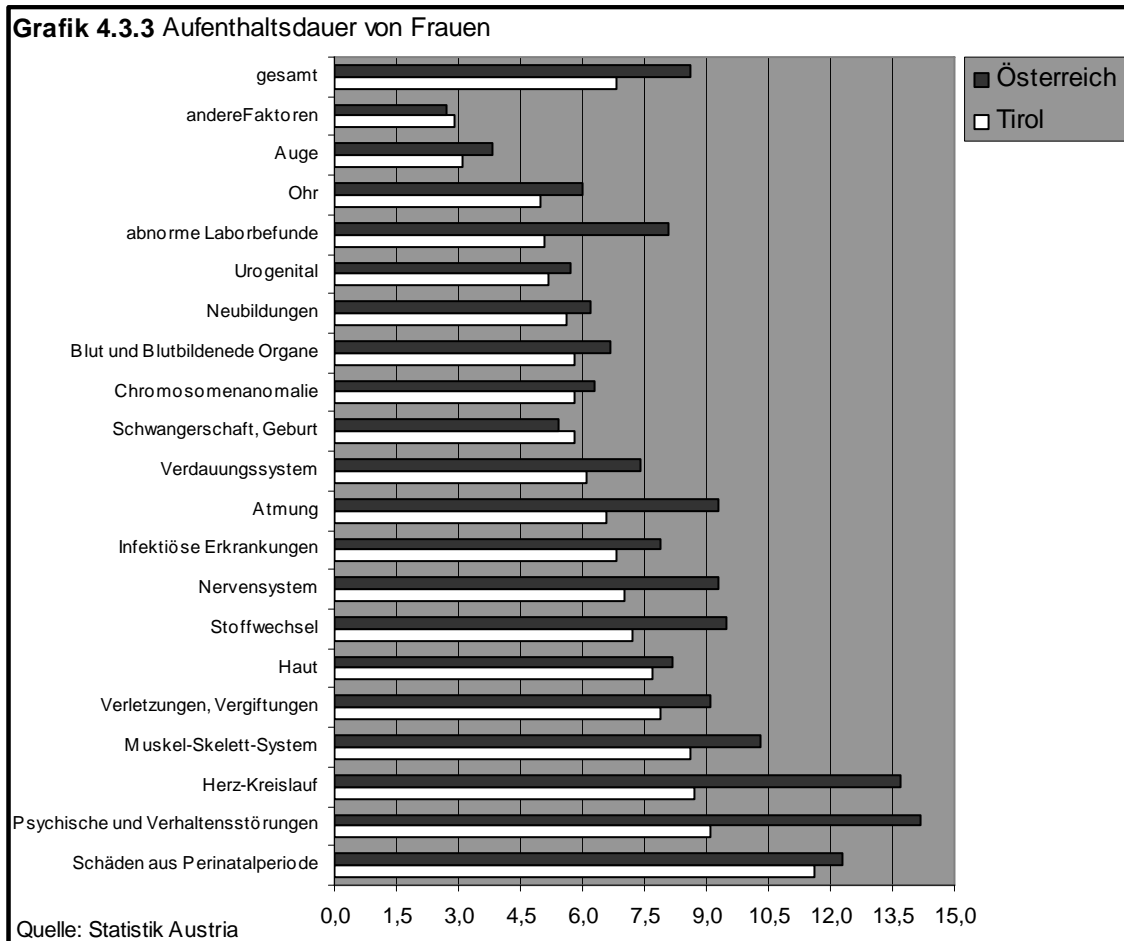
Tabelle 4.3.3 stationäre Aufenthaltsdauer in Tagen 2002

Krankenhausaufenthaltsgrund	Tirol		Österreich	Differenz	
	Frauen	Männer	Frauen	Tirol: Frauen - Männer	Frauen: Tirol - Österreich
Schäden aus der Perinatalperiode	11,6	9,1	12,3	2,5	-0,7
Psychische- und Verhaltensstörungen	9,1	7,4	14,2	1,7	-5,1
Herz-Kreislaufsystem	8,7	7,8	13,7	0,9	-5,0
Erkrankungen des MSS	8,6	7,0	10,3	1,6	-1,7
Verletzungen, Vergiftungen	7,9	7,4	9,1	0,5	-1,2
bösartige Neubildungen	5,6	5,3	6,2	0,3	-0,6
Schwangerschaft, Geburt	5,8	-	5,4	-	0,4

Quelle: Statistik Austria

Besonders deutliche Unterschiede fanden sich bei der Aufenthaltsdauer aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychischen Störungen. Hier waren Frauen in Tirol um rund fünf Tage kürzer stationär als der Bundesschnitt. Zur Abklärung abnormer Laborwerte und aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems waren sie rund drei Tage weniger in einem Krankenhaus .

¹³ Die einzigen Ausnahmen bildeten die Gruppen Schwangerschaft und Geburt, in der Tirol um 0,4 Aufenthaltstage über dem Bundesschnitt lag, und „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (Unterschied 0,2 Tage).



Die längsten Krankenhausaufenthalte weiblicher Patientinnen in Tirol gab es wegen Störungen in der Perinatalperiode (z.B. Frühgeborene) mit rund 12 Tagen. Für Frauen über 15 Jahren waren psychische Störungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen Ursachen für die längsten Aufenthalte mit durchschnittlich je neun Tagen.

Im Geschlechtervergleich waren Frauen in Tirol bei der Hälfte der Diagnosegruppen länger stationär als Männer mit derselben Diagnose. Am größten war die Differenz bei Störungen in der Perinatalperiode (rund drei Tage), psychischen Störungen und Erkrankungen des MSS (je rund zwei Tage). Aber auch aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren Frauen durchschnittlich einen Tag länger im Krankenhaus als Männer.

Von den restlichen fünf Hauptgründen für Krankenhausaufenthalte lagen Verletzungen mit 7,9 Tagen an fünfter Stelle, Neubildungen und Aufenthalte wegen Schwangerschaft und Geburt lagen im Mittelfeld der Dauer der Krankenhausaufenthalte.

4.4 Vorsorge und Früherkennung

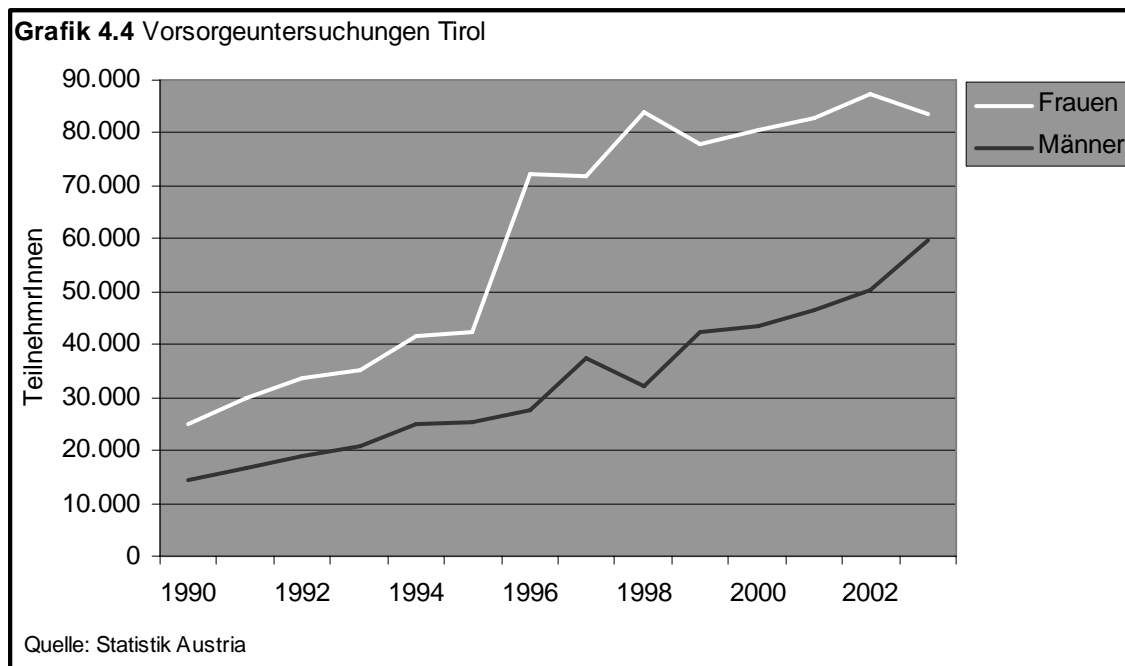
4.4.1 Vorsorgeuntersuchung

Seit Mitte der 1970er Jahre besteht in Österreich die Möglichkeit für Personen über 20 Jahren jährlich eine kostenlose Vorsorgeuntersuchung in Anspruch zu nehmen. Das auch als „Gesundenuntersuchung“ bekannte Screening-Programm wird üblicherweise von AllgemeinmedizinerInnen durchgeführt. Es beinhaltet neben einem genauen Anamnesegespräch eine körperlich-klinische Untersuchung und die Kontrolle verschiedener Laborparameter. Die empfohlenen regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen bei FachärztInnen, wie die jährliche Zahnkontrolle, die gynäkologische Kontrolle bei Frauen sowie die urologische Kontrolle für Männer, sind nicht in der Statistik der

„Gesundenuntersuchung“ inbegriffen. Im Rahmen der Untersuchung werden die Kontrollen bei FachärztInnen allerdings anamnestisch erhoben. Bei Bedarf werden sie empfohlen und in die Wege geleitet.

Ziel der regelmäßigen Durchuntersuchung möglichst großer Teile der Bevölkerung (Screening) ist das Erkennen und Verändern von Risikofaktoren und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen, die Früherkennung von bestehenden Erkrankungen und die Einleitung einer entsprechenden Therapie. Um sinnvolles Screening durchzuführen, sind die genannten Vorteile mit möglichen Nachteilen, die sich aus der Durchuntersuchung von klinisch gesunden Menschen ergeben können, abzuwiegen. Dazu gehören unter anderem die Gefahren von Überdiagnose bzw. Übertherapie und die frühe Diagnose nicht therapierbarer Erkrankungen. Häufig können erst retrospektive Studien Aufschluss über die tatsächlichen Vor- und Nachteile einzelner Screening-Untersuchungen bringen. Die Notwendigkeit und das Einfordern einer wissenschaftlich fundierten Nutzen-Risiko-Abwägung unter Einbeziehung biopsychosozialer Sichtweisen hat gerade in Frauengesundheitsbezügen immer wieder Diskussionsstoff geliefert. In Österreich wurde im Jahr 2005 die Zusammenstellung der in der „Gesundenuntersuchung“ enthaltenen Screening-Untersuchungen erneut an internationale Standards angepasst und im Vergleich zum bisherigen Programm erweitert (Püringer, 2005).

Die Inanspruchnahme dieses präventivmedizinischen Angebots zeigt ein deutliches Ost-West-Gefälle. Die **Teilnahmequote ist in Tirol bei beiden Geschlechtern überdurchschnittlich hoch**. Die Gesundenuntersuchungen, sowohl von Frauen als auch von Männern in Tirol, machen rund 16% aller in Österreich durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen aus, fast doppelt so viele als dem Tiroler Bevölkerungsanteil an Österreich entsprechen würde. 2003 nahmen in Tirol 143.264 Personen dieses Angebot in Anspruch, davon waren **58% Frauen** (83.463) und 42% Männer (59.801). Seit Beginn der Aufzeichnungen Mitte der 1970er Jahre liegt der Frauenanteil über jenem der Männer.



Im Rückblick zeigt sich in Tirol bei beiden Geschlechtern **fast konstant ein jährlicher Anstieg der TeilnehmerInnenzahl**, der jedoch bei Frauen und Männern unterschiedlich verläuft.

Besonders auffallend ist der sprunghafte Anstieg bei Frauen zwischen den Jahren 1995 und 1996 mit einem plus von 70% und die anschließend weiter bestehende hohe TeilnehmerInnenzahl, die in der Folge **ab 1996 jedes Jahr die höchste bundesweit** war. Auch bei Männern gab es in der zweiten Hälfte der 1990er zwei Gipfel mit Zuwächsen von über 30%. Ab dem Jahr 1999 fielen die jährlichen Steigerungen bei Frauen wiederum geringer aus und betrug im Schnitt pro Jahr lediglich rund 1,8%. Die Gesamtzahl der Männer, die zur Vorsorgeuntersuchung gingen, stieg im neuen Jahrtausend kräftiger an, um durchschnittlich 9% pro Jahr. Die TeilnehmerInnenquote, gemessen an der Tiroler Bevölkerung über 20 Jahren, lag 2003 für Frauen, beinahe unverändert zu 2000, bei 30,7% (2000: 30,6 %); die der Männer hat sich im Vergleich deutlich gesteigert und lag im Jahr 2003 bei 23,7% (2000: 17,9%). Der Abstand zwischen den Geschlechtern verringerte sich innerhalb der letzten drei Jahre deutlich.

Ähnlich wie bei der insgesamt erfreulichen Entwicklung der Lebenserwartung stellt sich auch bei der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen die Frage, ob die Schwelle der gesundheitsbewussten Frauen in Tirol, die mit Vorsorgemedizin erreicht werden können, bereits erreicht ist, oder ob der in den letzten Jahren zunehmende mediale Fokus auf Männermedizin für Tirols Männer eine erfreuliche Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins bewirkt, jedoch Potentiale der Frauen unzureichend anspricht.

Die geschlechterspezifische Beobachtung der Weiterentwicklung der in Tirol besonders hohen GesamtteilnehmerInnenzahl an Vorsorgeuntersuchungen wird in den nächsten Jahren hier weitere Einblicke ermöglichen.

4.4.2 Gynäkologische Krebsfrüherkennung

Daten über die Inanspruchnahme der gynäkologischen Vorsorge in Tirol liegen uns nicht vor. Im Rahmen der gynäkologischen Kontrolle stellt das Screening nach Gebärmutterhalskrebs mittels zytologischem Abstrich nach Papanicolaou (PAP-Test) eine besonders effektive Methode der Krebsfrüherkennung dar. Österreichweit konnte sowohl die Inzidenz als auch die Mortalität des Zervixkarzinoms innerhalb der letzten 20 Jahre um fast die Hälfte gesenkt werden. Eine weitere Verbesserung könnte erzielt werden, wenn jene rund 30% der Zielpopulation (Frauen zwischen 19-70 Jahren), die bisher unzureichend durch dieses Screening erfasst werden, erreicht werden könnten (Breitenecker, 2004).

Im Rahmen der Brustkrebsfrüherkennung stehen neben der regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust und der manuellen Untersuchung bei FachärztInnen auch die Mammographie als radiologische Untersuchung zur Verfügung.

Die Vor- und Nachteile der Mammographie als regelmäßige Screening-Untersuchung für Frauen ohne zusätzliches „Brust-Risiko“ (z.B. Brustkrebs in der Familienanamnese) werden in Fachkreisen seit Jahren diskutiert (Nystrom, 2002; Mühlhauser, 2002; Gotzsche, 2000). Vor allem die Frage nach der tatsächlichen Effektivität dieser Screening-Methode, eine Reduktion der Brustkrebssterblichkeit zu erreichen, löste Kontroversen aus. Auch die Gefahren eines Ansteigens invasiver Eingriffe bei nicht bösartigen Veränderungen wurden unterschiedlich bewertet. Nach momentanem Wissensstand wird in Österreich entsprechend den Empfehlungen der Europäischen Union **Frauen zwischen 50 und 69 Jahren ein Brustscreening mittels Mammographie in einem Abstand von zwei Jahren empfohlen** (Europäische Kommission, 2001). Für diese Gruppe ist der größte Nutzen der Mammographie belegt. Jüngere Frauen zwischen 40 und 49 Jahren sollten wissenschaftlich begründete Argumente für und wider die Untersuchung in einer Weise zugänglich gemacht bekommen, die es ihnen ermöglichen, gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt eine Entscheidung für oder gegen eine Mammographie zu treffen.

Weiters sieht die Empfehlung der Europäischen Union verschiedene Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Mammographie-Screening vor. Dazu zählen unter anderem die Erreichung einer 70-75%igen Teilnehmerinnenrate in der Zielgruppe, Einrichtung von Mammographiezentren, der Aufbau eines flächendeckenden Brustkrebsregisters und die laufende technische Qualitätssicherung (European Commission 2001).

4.5 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen in Österreich und in Tirol bei beiden Geschlechtern an erster Stelle der Todesursachen. Fortschritte in den medizinischen Wissenschaften und der medizinischen Versorgung führen dazu, dass bei **altersstandardisierten Berechnungen** in ganz Österreich die **Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (nicht geschlechtergetrennt) in den 10 Jahren zwischen 1993 und 2003 mit einem Minus von 34% **deutlich zurückgegangen** ist (Statistik Austria, 2005c).

Im Bereich der Frauengesundheit bedürfen Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonderer Aufmerksamkeit. Es waren vor allem Studien über Geschlechterunterschiede bei Herzinfarkt und anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die in der letzten Dekade dem Feld der sex- und genderspezifischen Forschung und Medizin auch in einer breiteren Öffentlichkeit Gehör verschaffen konnten. Besonders bekannt wurden hier beispielsweise die Schmerzsymptomatik bei Frauen mit akutem Herzinfarkt, die

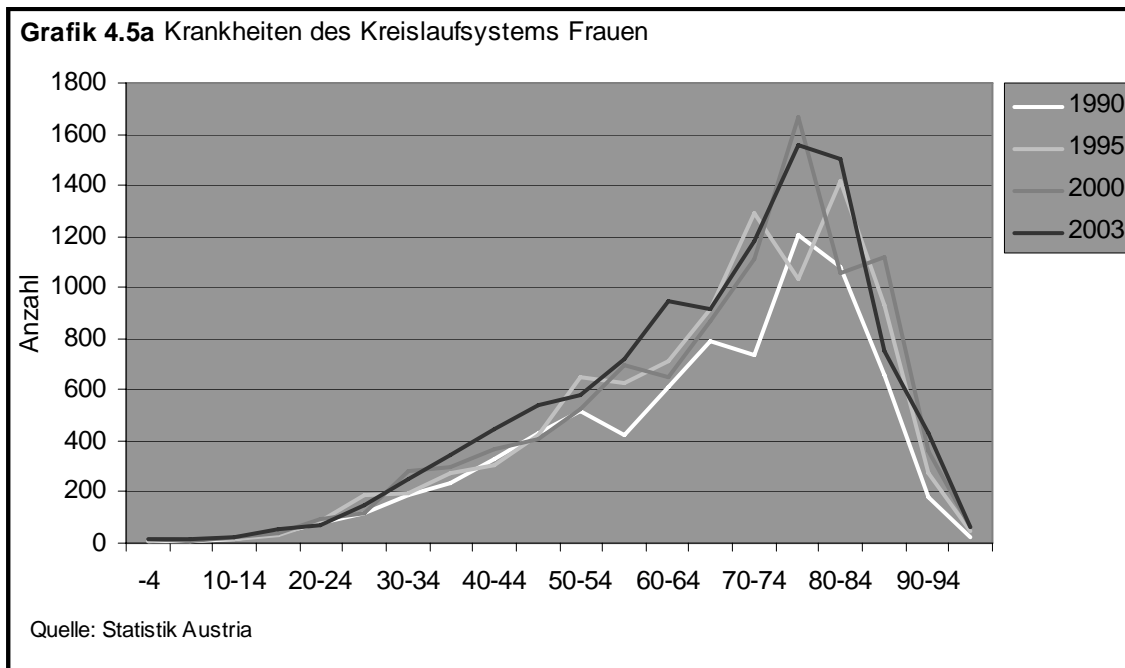
sich von jener der Männer unterscheiden kann, und die bessere (Medikamenten-)Compliance¹⁴ von Frauen. Durch das Aufdecken von Geschlechterunterschieden bei ärztlicher Zuweisungspraxis, Klinik, Diagnostik und Therapie wurde von WissenschaftlerInnen in diesem Gebiet die Notwendigkeit, den Blick auf Geschlecht zu erweitern, eindrücklich bewiesen. Auch die unterschiedlichen Informationsqualitäten, die durch statistische Darstellung und Betrachtung von Herz-Kreislauf-Daten bei Frauen erhalten werden können, beziehungsweise die blinden Flecken, die statistische Methoden hinterlassen, wurden thematisiert (siehe auch Kapitel 4.2 und Kapitel 4.3).

Stationäre Morbidität

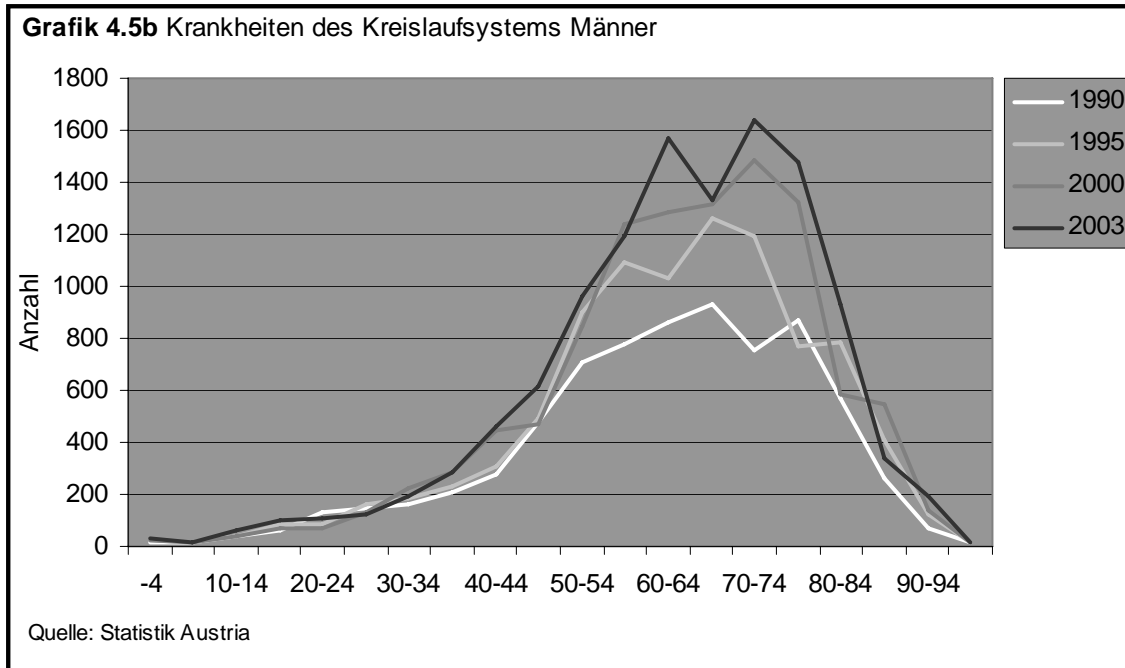
Im zeitlichen Verlauf ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern in Tirol eine **Zunahme der stationären Morbidität** festzustellen (Spezialdatensatz Statistik Austria).

Waren es in Absolutzahlen 1991 noch rund 7.700 Frauen (9.200 Männer), die in einem Jahr wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung stationär aufgenommen waren, stieg die Zahl der Patientinnen bis 2003 um 38% auf rund 10.600 an (2002: 11.300). Bei Männern kam es in der selben Zeit zu einer Steigerung von 58% auf 11.600 Krankenhausaufenthalte (2002: 10.200).

Diese Entwicklung ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf die sich ändernde Altersstruktur der Tiroler Bevölkerung zurückzuführen (Anstieg des Anteils älterer Bevölkerungsgruppen an der Gesamtbevölkerung bei gleichzeitigem Rückgang der Feminisierung des Alters; siehe auch Kapitel 3.2 und Kapitel 4.1). An den Graphiken, die die Aufenthaltszahlen für Tirol nach Alter der PatientInnen zeigen, wird deutlich, dass der **steile Anstieg und Gipfel der Herz-Kreislauf-Morbidität bei Frauen fünf bis zehn Jahre später stattfindet als bei Männern**. Ab 75 Jahren stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen den häufigsten Grund eines stationären Aufenthaltes dar.



¹⁴ Compliance = therapietreues, konsequentes Befolgen von empfohlenen Therapiemaßnahmen



Neben der Altersverteilung und dem biologischen Geschlecht hat auch das soziale Geschlecht wesentlichen Einfluss auf die Krankenhausmorbiditätsraten. Aus der Literatur ist bekannt, dass es Unterschiede in der Zuweisungspraxis von Frauen und Männern und in der „PatientInnenkarriere“, die sie anschließend in den Krankenhäusern durchlaufen, gibt. Auch in Tirol wurden diesbezügliche Unterschiede, ebenso wie die eingangs erwähnten Complianceunterschiede zwischen Männern und Frauen, in mehreren Studien nachgewiesen (Hochleitner, 1997, 1998, 1999a, 2000).

In der 1995 an der Universitätsklinik Innsbruck durchgeführten Pilotstudie zeigte sich, dass Frauen in Tirol erst in einem fortgeschritteneren Stadium ihrer Herzerkrankung an die Universitätsklinik für Kardiologie überwiesen wurden. In dieser und den weiteren in der Folge durchgeführten Studien wurde gezeigt, dass die durch die Studien erfassten Frauen generell vor der Aufnahme mehr ärztliche Hilfe aufgrund kardiologischer Problemen suchten (sowohl bei Haus- als auch bei FachärztInnen) als die männlichen Studienteilnehmer. Weiters nahmen mehr Frauen als Männer bereits vor ihrer Krankenhausaufnahme eine Herz-Kreislauf-Medikation. Frauen wurden seltener als Männer mit einem Notfalltransport in die Klinik gebracht. Sie erhielten invasive Eingriffe im Vergleich zu Männern erst nach längerer Beschwerdedauer (z.B. Herzkatheter-Untersuchungen, Bypass-Operationen). Insgesamt war auch die Zahl der invasiven Eingriffe geringer. Auch bei der Zahl der Rehabilitationsaufenthalte nach invasiven Eingriffen konnten Unterschiede gezeigt werden. In der letzten an der Universitätsklinik Innsbruck zu diesem Thema durchgeführten Folgeuntersuchung im Jahr 2000 konnten in einigen Bereichen positive Veränderungen festgestellt werden. Sie werden von den Autorinnen auf die starke bewusstseinsbildende Arbeit zurückgeführt, die infolge der Pilotstudie im Bereich „weibliches Herz-Kreislauf-Risiko“ bei ÄrztInnen und Patientinnen geleistet wurde. Die Herzkatheter-Untersuchungen bei Frauen wurden in diesen fünf Jahren fast verdoppelt, die Rehabilitationsaufenthalte stiegen ebenfalls massiv an, was jedoch teilweise auf Strukturänderungen zurückzuführen ist. Bei den Bypass-Operationen kam es zu einer Abnahme des weiblichen Patientinnenanteils.

Tabelle 4.5 Stationär behandelte PatientInnen Krankheiten des Kreislaufsystems 2002

Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Tirol		Österreich	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
absolut	11.187	12.311	162.020	164.202
%-Anteil ¹	6,90	7,50	100,00	100,00
durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	8,7	7,8	13,7	11,0

¹ an Gesamtösterreich

Quelle: Statistik Austria

Die stationäre Aufenthaltsdauer von Frauen in Tirol war 2003 im Vergleich zu jener der Männern um ca. einen Tag länger. Im Ländervergleich war die stationäre Aufenthaltsdauer von Frauen in Tirol jedoch um fünf Tage deutlich kürzer als die Aufenthaltsdauer von Frauen im Bundesdurchschnitt.

Auch der Anteil von Tirolerinnen an allen stationären Herz-Kreislauf-Patientinnen in Österreich liegt deutlich unter dem Tiroler Bevölkerungsanteil an Österreich (Statistik Austria, 2005c). Die im Bundesvergleich jüngere Bevölkerungsstruktur kann nur teilweise als Erklärung herangezogen werden. Auch die Verteilung von **Herz-Kreislauf-Risikofaktoren**, bei denen die **Tirolerinnen in Bezug auf Übergewicht und Bluthochdruck 1999 unter dem Bundesschnitt** lagen, sowie der hohe Prozentsatz kardioprotektiver Faktoren, wie **gesunde Ernährung und Sport bei Frauen in Tirol**, sind hier als wesentliche Einflüsse anzunehmen (OBIG, 2003). Keineswegs in dieses Bild passen hingegen die hohen Raucherinnenzahlen (siehe Kapitel 5.1). Genauere Untersuchungen über die aktuelle Verteilung und Entwicklung kardialer Risikofaktoren sowie protektiver Faktoren unter Frauen in Tirol könnten hier tiefere Einblicke geben.

Mortalität

Im 2003 starben in Tirol rund 1.300 Frauen und 860 Männer an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (Statistik Austria, 2005c). **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** waren mit einem Anteil von **49% an der Gesamtmortalität** für fast **die Hälfte aller verstorbenen Frauen** verantwortlich. Über den Zeitraum 1991 bis 2000 berechnet lag der Anteil bei 55% (ÖBIG, 2003). Wie bereits in Kapitel 4.2.1 über die Verteilung der Todesursachen gezeigt wurde, verändert sich die Gewichtung der Todesursachen bei Frauen mit dem Alter deutlich und der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachte Anteil an der Gesamtmortalität steigt mit steigendem Alter an.

Für die Altersgruppe der **unter 75jährigen** Frauen wurde die positive Entwicklung von **sinkenden altersstandardisierten Mortalitätsraten** im Tiroler Gesundheitsbericht bestätigt. Der Rückgang war bei beiden Geschlechtern zwischen 1991 und 2000 hochsignifikant. Für die Gruppe der über 75jährigen, zu der überwiegend Frauen zählen, liegt kein Verlauf vor. Gerade in dieser Gruppe, die durch die höhere Lebenserwartung bei Frauen wesentlich größer ist als die der gleichaltrigen Männer, wird durch eine altersstandardisierte Darstellung in der Berichterstattung der Einfluss von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf die reale Mortalität von Frauen verschleiert.

4.6 Bösartige Neubildungen

Bösartige Neubildungen (= bösartige Tumore, Krebs) stellen **für Frauen unter 65 Jahren die häufigste Todesursache** dar. Beinahe jede zweite Verstorbene bis 65 Jahre erlag 2003 einem bösartigen Tumor. Die Sterblichkeit und die Anzahl der Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nehmen mit steigendem Alter deutlich zu. Das bedeutet, dass der Großteil aller an bösartigen Tumoren verstorbenen Frauen der Altersgruppe über 65 Jahre angehört.

Durch die gleichzeitige Zunahme anderer Erkrankungen werden die Tumore in höheren Altersgruppen jedoch von Platz eins der Todesursachenstatistiken verdrängt. Im Geschlechtervergleich haben

Frauen in höherem Alter ein geringeres Risiko an einem bösartigen Tumor zu erkranken als Männer. Dies ist vor allem auf die unterschiedliche Altersverteilung der geschlechtsspezifischen Krebshaupterkrankungen (Brustkrebs bei Frauen, Prostatakrebs bei Männern) zurückzuführen (Statistik Austria, 2004b). Während die Krebserkrankungen der Brust bereits in jungen Altersgruppen auftreten und dann relativ konstant ansteigen, nehmen die Erkrankungen der Prostata erst in höherem Alter sprunghaft zu. Aus diesem Grund liegt in Österreich bei Frauen in der Gruppe der 25-55jährigen das gesamte Tumorerkrankungsrisiko über jenem der Männer, in jeder höheren Altersgruppe jedoch darunter. Im Bundesländervergleich wies Tirol zwischen 1998 und 2000 die höchste altersstandardisierte Rate an Krebsneuerkrankungen (alle Lokalisationen zusammengefasst und nicht geschlechtergetrennt) auf (Statistik Austria, 2004b). Neben anderen möglichen Ursachen, wie Unterschieden zwischen den Ländern bei der Durchführung von Screening-Programmen, kann als Erklärung vor allem das durch das Tiroler Tumorregister **sehr effiziente Meldewesen** in Tirol herangezogen werden. Die Daten zu den folgenden Kapiteln sind Berichten **des Tiroler Tumorregisters** und der Statistik Austria entnommen (Oberaigner, 2003a-c; 2005; Statistik Austria, 2004b). In diesem Register werden seit 1987 Tumorerkrankungen und ihre Verläufe in Tirol verzeichnet.

Für alle bösartigen Neubildungen (bis auf die NMSC¹⁵) in Tirol zusammengefasst treffen die Autoren des Tumorregisters 2001/2002 folgende Aussagen:

- Pro Jahr erkranken rund 1.450 Frauen und 1.800 Männer in Tirol an einem Karzinom.
- Pro Jahr versterben ca. 650 Frauen und 700 Männer an einem Karzinom.
- Die altersstandardisierte Mortalitätsrate nimmt bei beiden Geschlechtern statistisch signifikant ab.

4.6.1 Mammakarzinom

Das Mammakarzinom (=Brustkrebs) ist der **häufigste bösartige Tumor bei Frauen** in Tirol, mit einem Anteil von **28% an der Karzinominzidenz** und **17% an der Karzinommortalität** in den Berichtsjahren 2001/2002. In Tirol lebten 2003 geschätzte 3.500 Frauen mit einem Mammakarzinom.

Inzidenz

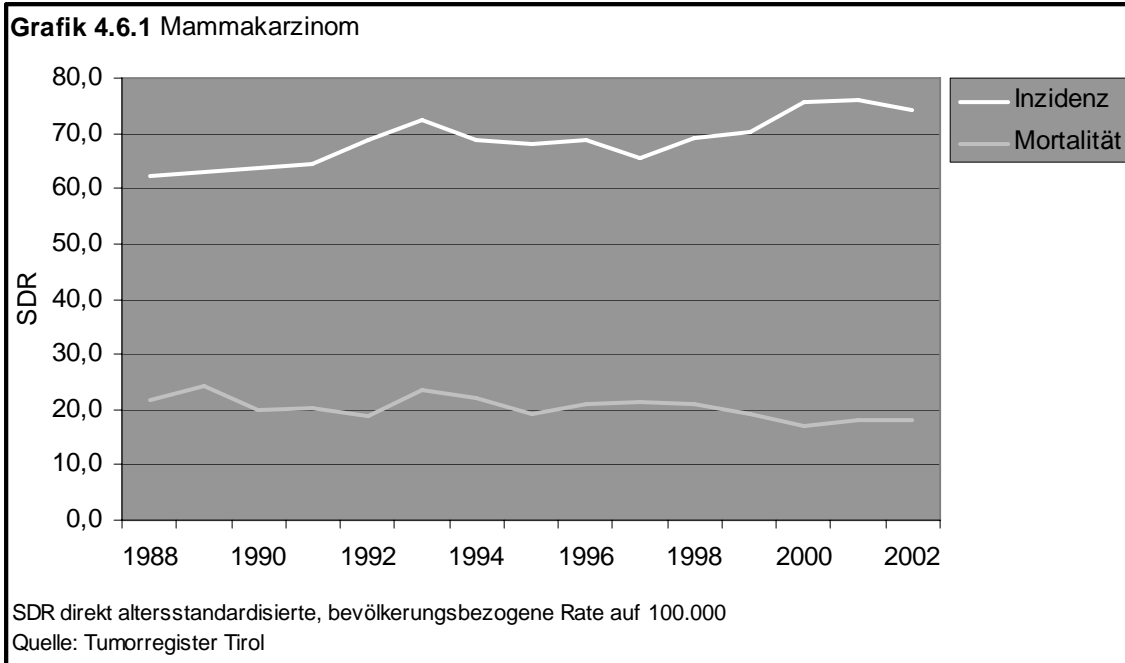
Pro Jahr erkranken rund 400 Tirolerinnen neu an einem Mammakarzinom. Das entsprach einer **altersstandardisierten Inzidenz von rund 74 Frauen pro 100.000** Tirolerinnen im Jahr 2002. In der Gruppe der unter 64jährigen Frauen hat die Inzidenz in den letzten Jahren zugenommen. Diese Entwicklung ist wahrscheinlich nicht auf eine reale Zunahme von Erkrankungen, sondern auf eine gesteigerte Diagnosehäufigkeit durch steigende Mammographieraten zurückzuführen. Die meisten neuen Mammakarzinome wurden in den letzten beiden Berichtsjahren des Tiroler Tumorregisters in der Gruppe 55-64jährigen erfasst. Bereits im Zeitraum zwischen 1988 und 1997 ist die altersspezifische Inzidenzrate¹⁶ in dieser Altersgruppe statistisch signifikant gestiegen. Das höchste Risiko an Brustkrebs zu erkranken haben Frauen über 75 Jahre. Im Bezirk Innsbruck Stadt wurde eine gegenüber dem Landesschnitt signifikant erhöhte Brustkrebsinzidenz verzeichnet. Im EU-15-Vergleich lagen die **Tiroler Inzidenzraten 2001/2002 unter dem EU-Durchschnitt.**

In den Berichtsjahren 1993-1997 kam es zu einer **signifikanten Zunahme** der altersstandardisierten Raten von neudiagnostizierten Mammakarzinomen, die bereits in einem **frühen Stadium¹⁷ (I+II) entdeckt** wurden. Der Anteil der neudiagnostizierten Tumore im Stadium I lag bei 35%, jener im Stadium II bei 46%. Dies ist mit Sicherheit auch auf die erwähnte, hohe Zahl von Vorsorgeuntersuchungen von Tirolerinnen zurückzuführen. Zwischen 1998 und 2002 konnte ein noch höherer Anteil an Tumoren (43%) im Stadium I diagnostiziert werden.

¹⁵ Non Melanoma Skin Cancer

¹⁶ Rate bezogen auf 100.000 Frauen des gleichen Alters

¹⁷ Stadienangaben: TNM Stadien zusammengefasst auf UICC Stadien; Oberaigner, 2003a, S.37



Mortalität

Ungefähr **110 Frauen versterben pro Jahr in Tirol an einem Mammakarzinom**. Der Anteil der an Mammakarzinom Verstorbenen an der Gesamtmortalität hat von 3% im Jahr 1971 auf **4,3% im Jahr 2000** zugenommen. In der Gruppe der 35-64jährigen Frauen waren 2000 rund 15% der Gesamtmortalität auf ein Mammakarzinom zurückzuführen. Im letzten Jahrzehnt hat die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** jedoch **statistisch signifikant abgenommen** (Tab. 4.6.1). **2002** starben nach altersstandardisierter Mortalitätsrate **18 von 100.000 Tirolerinnen** an Brustkrebs. Im Bundesländervergleich konnten keine wesentlichen Unterschiede der Mortalität in den einzelnen Ländern festgestellt werden. Im EU-15-Vergleich lag die Mammakarzinommortalität in Tirol über dem europäischen Durchschnitt.

Tabelle 4.6.1 Inzidenz und Mortalität¹
Mammakarzinom in Tirol

Jahr	Inzidenz	Mortalität
1988	62,2	21,7
1989	63,0	24,3
1990	63,7	19,8
1991	64,4	20,3
1992	68,9	19,0
1993	72,4	23,5
1994	68,8	22,1
1995	68,0	19,1
1996	68,9	21,1
1997	65,5	21,4
1998	69,1	21,1
1999	70,3	19,1
2000	75,7	17,1
2001	76,1	18,1
2002	74,1	18,0

¹ direkt altersstandardisierte, bevölkerungsbezogene Rate auf 100.000

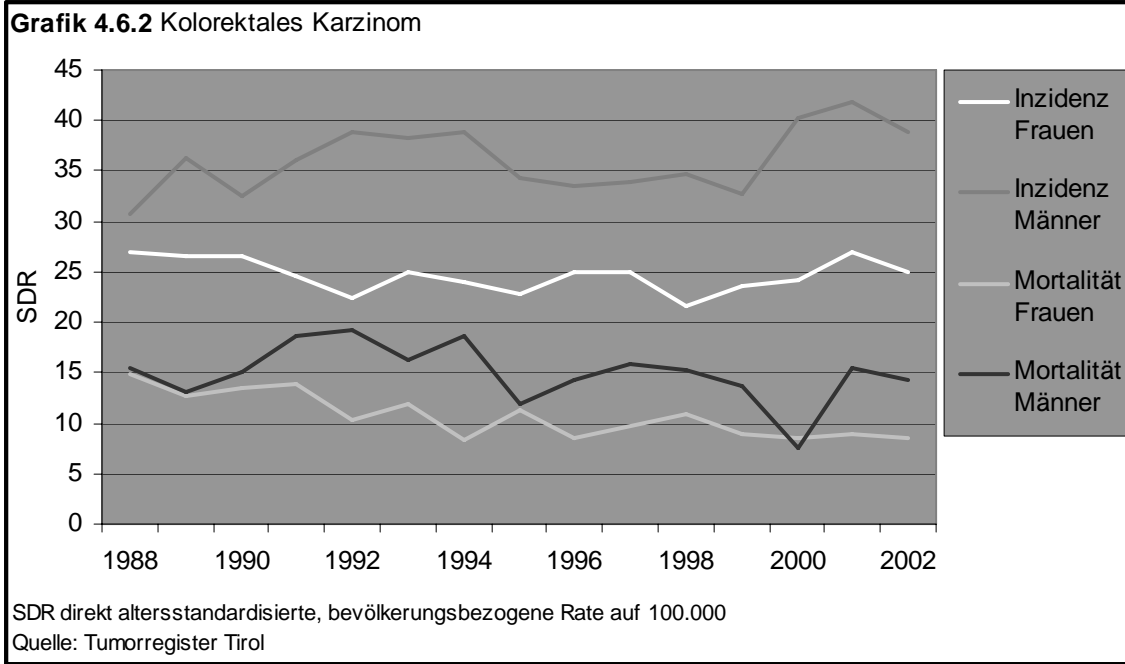
Quelle: Tumorregister Tirol

4.6.2 Kolorektales Karzinom

13% aller bösartigen Neubildungen, die 2001/2002 **bei Frauen** erfasst wurden, waren kolorektale Karzinome (= Dickdarm- oder Mastdarmkrebs). Krebserkrankungen des Dickdarms stehen damit an zweiter Stelle aller Tumorlokalisationen bei Frauen. Mit rund **12% (11,93%) aller tumorbedingten Todesfälle** nahmen sie auch in der **Tumormortalitätsstatistik der Frauen den zweiten** Platz ein. Bei Männern steht diese Tumorart sowohl bei der Inzidenz als auch der Mortalität mit jeweils 11% an dritter Stelle.

Inzidenz

Pro Jahr erkranken ca. 180 Tirolerinnen neu an einem kolorektalen Tumor. Die altersstandardisierte Inzidenzrate hat im Zeitraum von 1988 bis 1998 statistisch signifikant abgenommen. Nach Altersgruppen konnte zwischen 1988 und 1998 in jeder 10-Jahres-Gruppe der Frauen eine niedrigere Inzidenzrate gefunden werden als bei den Männern. **Seit 1998** ist die **altersstandardisierte Inzidenz der Frauen wieder steigend** und lag **2002** bei **25 Neuerkrankungen pro 100.000 Frauen**. Eine Aufteilung nach Altersgruppen liegt für diesen Zeitraum nicht vor. Die altersstandardisierte Inzidenzrate der Männer liegt in jedem Berichtsjahr über jener der Frauen. Das bedeutet, Frauen haben nach Altersstandardisierung insgesamt ein geringeres Risiko an einem kolorektalen Tumor zu erkranken als Männer. Die Inzidenzrate liegt bei Frauen und Männern im EU-Durchschnitt.



Mortalität

Pro Jahr versterben jeweils rund 75 Frauen in Tirol und Männer an einem kolorektalen Karzinom. Zwischen 1971 und 2000 kam es bei den Frauen zu einer **signifikanten Abnahme** der **altersstandardisierten Mortalitätsrate**. 2002 lag sie wie im Jahr 2000 bei **8,5 pro 100.000** Tirolerinnen. Bei der altersspezifischen Mortalität zeigt sich in der Gruppe der 65-74jährigen eine statistisch signifikante Abnahme. Das durchschnittliche Sterbealter der an kolorektalem Karzinom erkrankten Frauen stieg zwischen 1971 und 2000 von 70 auf 76 Jahre. Das Sterbealter von Männern (69-70 Jahre) änderte sich im selben Zeitraum nicht wesentlich. Im Bundesländervergleich war die Kolonkarzinommortalität (nicht geschlechtergetrennt) in Tirol die niedrigste aller Länder. Im Berichtsjahr 2001/2002 lagen die **Mortalitätsraten beider Geschlechter unter dem EU-15-Durchschnitt**.

Tabelle 4.6.2 Inzidenz und Mortalität¹ Kolorektales Karzinom in Tirol

Jahr	Inzidenz		Mortalität	
	w	m	w	m
1988	26,9	30,7	14,9	15,5
1989	26,6	36,2	12,7	13,1
1990	26,6	32,6	13,5	15,1
1991	24,5	36,0	13,9	18,6
1992	22,5	38,8	10,3	19,2
1993	25,0	38,2	11,9	16,2
1994	23,9	38,8	8,4	18,6
1995	22,7	34,3	11,3	11,8
1996	24,9	33,5	8,5	14,3
1997	24,9	33,8	9,8	15,9
1998	21,7	34,7	10,9	15,2
1999	23,6	32,7	9,0	13,7
2000	24,2	40,2	8,5	7,6
2001	27,0	41,8	9,0	15,4
2002	25,0	38,9	8,5	14,2

1 direkt altersstandardisierte, bevölkerungsbezogene Rate auf 100.000

Quelle: Tumorregister Tirol

4.6.3 Lungenkarzinom

Das Lungenkarzinom lag 2001/2002 mit gerundeten **12%** (11,62%) noch knapp an **dritter Stelle in der Reihung der Krebstodesfälle** von Frauen in Tirol. Der Anteil der Inzidenz der Lungenkarzinome an der gesamten **Tumorinzidenz betrug** 2001/2002 **6%** und lag auf dem vierten Platz hinter den Krebserkrankungen der blutbildenden Organe. Bei Männern ist das Lungenkarzinom Krebstodesursache Nummer eins, liegt jedoch bei den neuen Tumorfällen seit Mitte der 1990er Jahre nur mehr an zweiter Stelle hinter dem Prostatakarzinom. Durch **zunehmende Raucherinnenzahlen** ist in Österreich, wie weltweit, in den letzten Jahrzehnten ein **starker Anstieg der Lungenkrebsmortalität und -inzidenz bei Frauen** zu beobachten. Bei Anhalten des gegenwärtigen Trends ist damit zu rechnen, dass das Lungenkarzinom auch bei Frauen in Tirol bald das kolorektale Karzinom in der Mortalitätsstatistik überholen wird und dann, wie bereits bei Frauen in Österreich insgesamt, an zweiter Stelle stehen wird (Statistik Austria, 2002a). Bei Männern hingegen nehmen Inzidenz und Mortalität des Lungenkarzinoms ab. Noch liegen Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko von Männern jedoch deutlich über jenem der Frauen (Statistik Austria, 2004). Anhand der zeitlichen Entwicklung von Inzidenz und Mortalität der Lungenkarzinome bei Frauen und Männern werden die Verschränkungen von sozialem und biologischem Geschlecht und Gesundheit besonders eindringlich sichtbar (siehe auch Kapitel 5.1). 2003 lebten in Tirol geschätzte 200 Frauen und 400 Männer mit der Diagnose Lungenkarzinom.

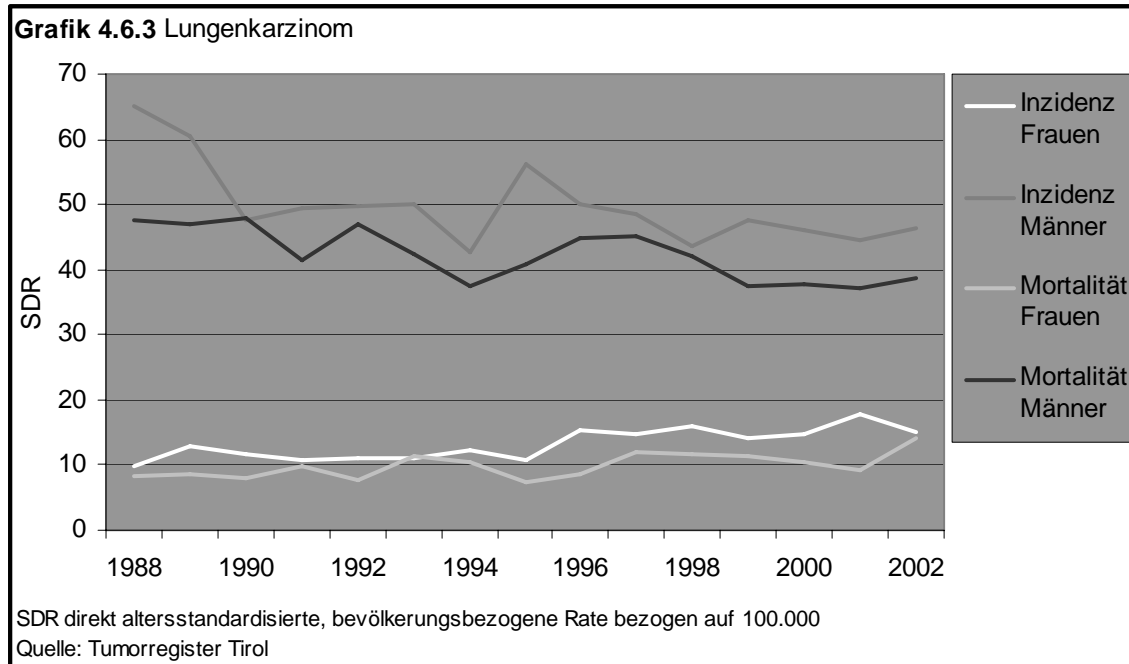
Inzidenz

Pro Jahr erkranken rund 95 Frauen an einem Lungenkarzinom. Das entsprach einer altersstandardisierten Inzidenzrate von **14,9 pro 100.000 Frauen im Jahr 2002**. Im Vergleich mit 1988, dem Ausgangsjahr des Beobachtungszeitraumes, bedeutete das eine Zunahme der altersstandardisierten Inzidenz von 50%.

Während es bei der **altersstandardisierten Inzidenzrate bei Frauen** zwischen 1988 und 1998 zu einer statistisch **signifikanten Zunahme** kam, sank die Inzidenz bei den Männern in derselben Zeit signifikant. Die altersspezifische Inzidenzrate von Frauen hat in der Gruppe der 55-64jährigen und der 65-74jährigen signifikant zugenommen. Auch das kumulative Risiko für Frauen, bis zu ihrem 75. Lebensjahr an einem Lungenkarzinom zu erkranken, stieg signifikant an, während es für Männer

(grenzwertig signifikant) abnahm. Die **Inzidenz von Lungenkarzinomen in Tirol** lag 1998-2000 (nicht geschlechtergetrennt) **nach Wien an zweiter Stelle** und über dem Bundesdurchschnitt. Verglichen mit den EU-15 lag die Inzidenz für Frauen in Tirol 2001/2002 ebenfalls über dem Durchschnitt, die der Männer leicht darunter.

Rund 50% aller neu entdeckten Lungenkarzinome bei Frauen und 46% der neuen Tumore bei Männern in Tirol gehören zu den **fortgeschrittenen Tumorerkrankungen im Stadium¹⁸ IV**. Seit 1988 wurde nach altersstandardisierten Raten bei beiden Geschlechtern eine Zunahme von Karzinomen in diesem Stadium verzeichnet, die bei Frauen signifikant war.



Mortalität

Pro Jahr versterben in Tirol etwa 75 Frauen an einem Lungenkarzinom. Im Jahr 2002 lag die **altersstandardisierte Mortalitätsrate von Frauen bei 14,1 pro 100.000 Tirolerinnen**.

Der Anstieg der altersstandardisierten Mortalität von 1971 auf den Wert von 2000 war konstant und in der zweiten Hälfte des Beobachtungszeitraumes (1985-2000) statistisch signifikant. Der **Anteil der Lungenkarzinommortalität an der Gesamtmortalität aller Frauen** hat sich in diesen **30 Jahren** von 1,1% auf 2,3% **verdoppelt**, bei den Frauen zwischen 45 und 64 Jahren sogar vervierfacht. Bei Männern in Tirol wurde in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraumes (1971-1984) ein signifikanter Anstieg, zwischen 1985 und 2000 jedoch ein signifikanter Rückgang der altersstandardisierten Mortalität verzeichnet. Insgesamt ist die Rate bei Männern in diesen 30 Jahren leicht gefallen. Das Risiko, bis zum 74. Lebensjahr an einem Lungenkarzinom zu sterben, ist für Frauen leicht gestiegen, für Männer gesunken.

In Bezug auf die Lungenkarzinommortalität stellen die Autoren der Onkologischen Berichte Tirol fest: „Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen hat sich deutlich geändert von etwa 5:1 zu Beginn der siebziger Jahre auf etwa 3:1 im letzten Jahrzehnt“ (Oberaigner, 2003b, S.12).

Die stärkste Zunahme der Mortalität wurde nach altersspezifischer Aufgliederung bei den 55-64jährigen Frauen verzeichnet. Zwischen 1985 und 2000 war diese Zunahme signifikant. Männer zwischen 55 und 64 Jahren zeigten in dieser Zeit eine signifikante Abnahme ihrer Mortalität. Im EU-15-Vergleich lag die Mortalität der Frauen in Tirol leicht über dem Durchschnitt, die der Männer leicht darunter.

¹⁸ Stadienangaben: TNM Stadien zusammengefasst auf UICC Stadien, Oberaigner, 2003b, S.9

Tabelle 4.6.3 Inzidenz und Mortalität¹ Lungenkarzinom in Tirol

Jahr	Inzidenz		Mortalität	
	w	m	w	m
1988	9,8	65,1	8,4	47,5
1989	13,0	60,6	8,6	47,0
1990	11,7	47,7	8,0	47,8
1991	10,6	49,5	9,7	41,5
1992	11,1	49,6	7,7	46,9
1993	11,0	50,1	11,3	42,5
1994	12,4	42,8	10,4	37,5
1995	10,7	56,1	7,5	40,7
1996	15,4	49,9	8,7	44,7
1997	14,7	48,4	11,9	45,1
1998	16,0	43,6	11,8	42,2
1999	14,1	47,7	11,3	37,4
2000	14,7	46,1	10,3	37,9
2001	17,9	44,4	9,1	37,3
2002	14,9	46,3	14,1	38,8

¹ direkt altersstandardisierte, bevölkerungsbezogene Rate auf 100.000

Quelle: Tumorregister Tirol

4.7 Chronische Erkrankungen

4.7.1 Diabetes mellitus

Diabetes Mellitus (= Zuckerkrankheit) ist eine chronische Stoffwechselerkrankung und zählt neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den weltweit meistverbreiteten chronischen Erkrankungen. Laut European Health Report sind ca. 22,5 Mio. Menschen in Europa DiabetikerInnen (WHO, 2002). Aufgrund der weltweit steigenden Zahlen, sowohl bei Inzidenz als auch bei Prävalenz, wird diese Erkrankung als eine der größten zukünftigen Herausforderungen an das öffentliche Gesundheitswesen gesehen. Im Jahr 2002 wurde in Österreich der erste Diabetesbericht erstellt (Rieder, 2004b), dessen Daten zum großen Teil dem folgenden Kapitel zugrundeliegen.

Diabetes mellitus wird in zwei große Gruppen, den primär insulinabhängigen Diabetes Mellitus Typ I, der zu einem überwiegenden Teil in jungen Jahren auftritt, und den nicht primär insulinabhängigen Diabetes mellitus Typ II, der hauptsächlich ältere Personen betrifft, eingeteilt. Rund 5-15% der DiabetikerInnen erkranken an Typ I-Diabetes, 80-95% an Typ II-Diabetes. Neben den akuten Gefahren des Diabetes mellitus (Entgleisungen des Blutzuckerspiegels) sind es vor allem die Langzeitschäden und Folgeerkrankungen, die diese Krankheit zu einem vielschichtigen Gesundheitsproblem machen. Sie entstehen durch schlecht regulierte Blutzuckerspiegel und werden durch das Hinzukommen von weiteren, schädigenden Faktoren (erhöhte Blutfette, Bluthochdruck, Rauchen) noch beschleunigt. Zu den Folgerkrankungen zählen einerseits Erkrankungen aufgrund sklerotischer Veränderungen der Blutgefäße, wie periphere Verschlusskrankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, diabetische Netzhautschädigungen und Schäden an den Nieren, andererseits Schäden an den peripheren Nerven.

Risikofaktoren für Diabetes mellitus, wie Übergewicht, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel, sind in der gesamtösterreichischen Bevölkerung im Ansteigen. Obwohl ein starkes Ost-West-Gefälle besteht, das für **Tirol im Bundesländervergleich günstigere Daten** zeigt, war **in den 1990er Jahren auch bei Frauen in Tirol eine Zunahme von Diabetesrisikofaktoren** zu erkennen (ÖBIG, 2003). Im Jahr 1991 waren in Tirol 14,3% der Frauen übergewichtig (BMI¹⁹ 26-29)

¹⁹ Body Mass Index=kg/m² : Maß zur Bewertung des Körpergewichts

und 4,95% stark übergewichtig/adipös (BMI>30). Bis 1999 waren die Werte bei den übergewichtigen Frauen nur leicht auf 14,5% angestiegen, bei den adipösen Frauen jedoch deutlich auf 7,7%. Diese Entwicklung war in allen Altersgruppen zu finden. Bei Männern in Tirol verzeichneten sowohl Übergewichtige als auch Adipöse deutliche Anstiege. Im Österreichvergleich war der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen in der Tiroler Gesamtbevölkerung jedoch in beiden Erhebungsjahren der niedrigste aller Bundesländer. Daten über die Verteilung und Entwicklung erhöhter Blutfettwerte liegen nur für männliche Tiroler vor.

Zu den protektiven Faktoren, die dazu beitragen das Manifestwerden eines latenten Typ II-Diabetes zu verhindern beziehungsweise zu verzögern oder bei bereits manifestem Diabetes zu einer Minderung der Langzeitschäden beitragen, gehören gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung. Der Anteil von Frauen in Tirol, die angaben sich gesund zu ernähren, sank zwischen 1991 und 1999 von 45,1% auf 42,3% ab. Positiv ist zu vermerken, dass der Anteil der Frauen, die Bewegung zur Gesundheitserhaltung betrieben, mit rund 41% unverändert hoch blieb und deutlich über dem Bundesschnitt der Frauen von 36,5% lag.

Die Beeinflussung von Lebensstilfaktoren, die zum Diabetesrisiko beitragen, sind wichtige Ansatzpunkte der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Erhebung aktueller Daten der Verteilung von protektiven Faktoren und Risikofaktoren zur Beurteilung der weiteren Entwicklung in Tirol, wäre wünschenswert.

Prävalenz

Da für Österreich noch kein einheitliches Diabetesregister existiert, das Aussagen über die Fälle der Diabetesneuerkrankungen zulässt (Inzidenz), werden in weiterer Folge Prävalenzdaten dargestellt.

Weltweit wird ein Überhang bei der Zahl der weiblichen Diabetikerinnen berichtet. Auch in Österreich lag in der Mikrozensuserhebung 1999 die selbst berichtete **Diabetesprävalenz** bei Frauen (2,1%) über jener der Männer (1,9%). In Tirol war der **Überhang der Diabetikerinnen** bei einer Prävalenz von 1,45% bei Frauen und 0,9% bei Männern (Differenz von 0,55%) stärker als im Bundesschnitt (Differenz 0,2%). Insgesamt lag die Prävalenz bei beiden Geschlechtern jedoch klar unter jener des Österreichdurchschnitts. Die Daten der Tiroler Krankenhausmorbidity spiegeln diese Tatsache wider.

Tabelle 4.7.1 Stationär behandelte Diabetes-PatientInnen 2002

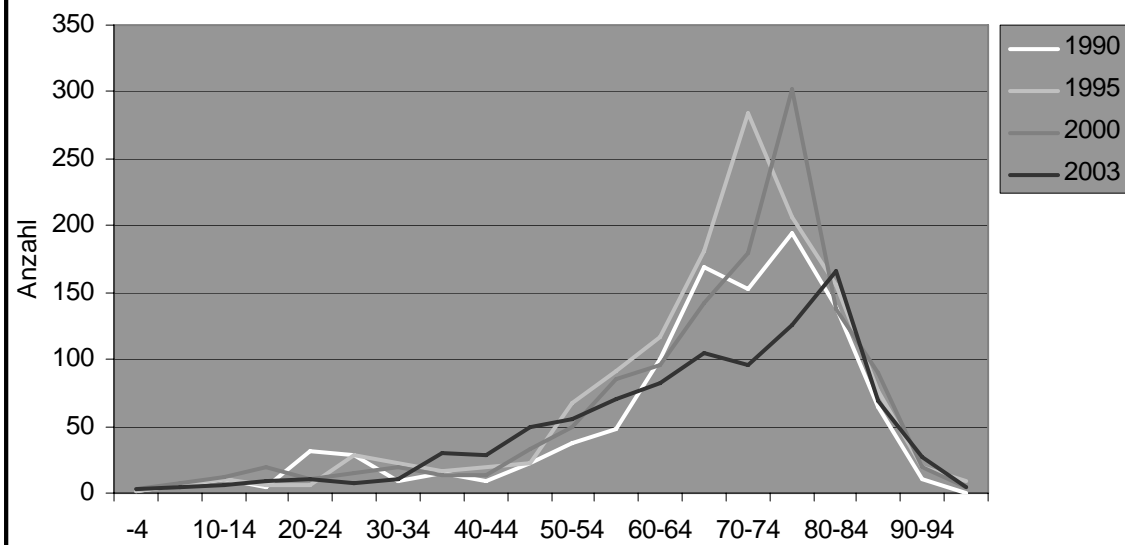
Diabetes mellitus	Tirol		Österreich	
	w	M	w	m
absolut	914	776	16.900	16.798
%-Anteil ¹	5,41	4,62	100,00	100,00
durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	9,8	10,5	11,9	11,6

¹ an Gesamtösterreich

Quelle: Statistik Austria

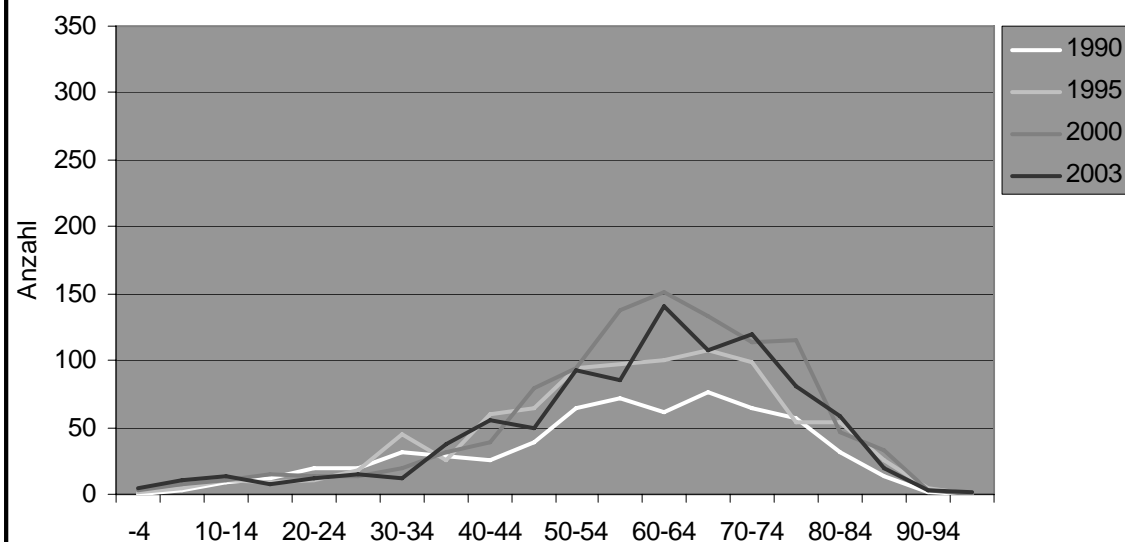
Bei der Aufgliederung nach Altersgruppen für Gesamtösterreich zeigt sich, dass die **Diabetesprävalenz bei Frauen** in allen Altersgruppen zwischen 35 und 74 Jahren unter jener der Männer lag. **Erst in den Altersgruppen der über 75 Jährigen** lag sie **höher als die der Männer**. Die höchste, selbst berichtete Prävalenz fand sich bei Frauen über 85 Jahren. Anhand der Krankenhausmorbidity, die ebenfalls ein Ost-West-Gefälle zeigt, lassen sich für Österreich ähnliche Schlüsse über die Altersverteilung ziehen. Auch in Tirol überstieg die Krankenhausmorbidity der Frauen jene der Männer erst in den höheren Altersgruppen (Grafik 4.7.1a und b).

Grafik 4.7.1a Diabetes Frauen



Quelle: Statistik Austria

Grafik 4.7.1b Diabetes Männer



Quelle: Statistik Austria

Der Risikofaktor Adipositas ($BMI \geq 30$) zeigte bei Frauen in höherem Alter einen deutlicheren Einfluss auf die Diabetesprävalenz als bei Männern. Zusätzlich zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Prävalenz in Bezug auf das Alter fanden sich bei der Österreichtauswertung des Mikrozensus 1999 weitere Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Faktoren, die die Diabetesprävalenz beeinflussen. Der aus der Literatur bekannte Einfluss von niedrigerem sozioökonomischen Status auf die Diabetesprävalenz war bei Frauen deutlicher als bei Männern. Je niedriger die Bildung und je schlechter die Stellung im Beruf, desto höher war die Prävalenz bei Frauen. Die höchste Prävalenz fand sich bei Hilfsarbeiterinnen.

In Bezug auf das Auftreten (Inzidenz) von Folgeerkrankungen finden sich in der Literatur ebenfalls Geschlechterunterschiede. So fällt bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen infolge eines Diabetes mellitus die Inzidenzsteigerung von Herzinfarkt und Schlaganfall bei Diabetikerinnen stärker aus als bei männlichen Diabetikern. Über Österreich und Tirol liegen uns keine entsprechenden Untersuchungen vor.

Mortalität

In Tirol war Diabetes mellitus im Jahr 2003 für **3,9% der weiblichen Gesamtmortalität** verantwortlich (3,0% der männlichen Gesamtmortalität). In ganz Österreich starben im selben Jahr 4,1% der Frauen und 3,7% der Männer an Diabetes.

Die **altersstandardisierten Mortalitätsraten** in Tirol lagen laut österreichischem Diabetesbericht im Jahr 2002 bei **7,85 pro 100.000 Frauen und 13,41 pro 100.000 Männer**. Auch sie waren somit niedriger als die Mortalitätsraten für Gesamtösterreich (10,2 pro 100.000 Frauen; 15,11 pro 100.000 Männer). Auch bei der Mortalität findet sich das genannte Ost-West-Gefälle wieder.

Ähnlich wie bei der stationären Morbidität findet sich in ganz Österreich auch bei der standardisierten und nach Altersgruppen aufgegliederten Mortalität erst in der Gruppe der über 85 Jährigen eine höhere Mortalitätsrate bei Frauen als bei Männern. Der weibliche Überhang in der Mortalität ist somit durch die vergleichsweise große Zahl an verstorbenen Frauen in dieser Altersgruppe zu erklären.

Wie bereits dargestellt, erfasst die Darstellung der Mortalitätsstatistik in Österreich durch alleinige Angabe einer Haupttodesursache andere Erkrankungseinflüsse, die zum Tod geführt haben könnten, nicht. Dies fällt gerade bei Diabetes mellitus mit seiner hohen Rate an Sterbefällen durch Folgeerkrankungen, die nicht als Diabetessterbefälle verzeichnet werden, besonders ins Gewicht.

4.7.2 Chronisch Obstruktive Lungenerkrankungen

Unter Chronisch Obstruktiven Lungenerkrankungen (engl.: COPD = Chronic Obstructive Lung Disease) werden Erkrankungen zusammengefasst, die durch eine fortschreitende Einbusse der Lungenfunktion durch chronische Entzündung der Atemwege und Zerstörung der Lungenstruktur gekennzeichnet sind. Laut WHO ist COPD die vierthäufigste Todesursache in Industriestaaten. Sie bildet bei der Mortalität den größten Anteil an den Erkrankungen der ICD-10-Diagnosegruppe **„Krankheiten der Atmungsorgane“, die an vierter Stelle der häufigsten Todesursachen von Frauen in Tirol** zu finden ist. Einer der Hauptrisikofaktoren für die Entstehung einer COPD ist das Rauchen, wobei hier eine klare Dosis-Wirkung-Beziehung besteht. Das heißt, mit steigender Dauer und Stärke des Zigarettenkonsums steigt das Erkrankungsrisiko für COPD an. In logischer Folge steigt mit steigenden Raucherinnenzahlen auch die Zahl der COPD-Erkrankungsfälle bei Frauen an. Diese Entwicklung ist weltweit zu beobachten. Auf den Einfluss des sozialen Geschlechts in diesem Bezug wird im Kapitel 5.1.1 näher eingegangen.

Nicht nur in der Exposition gegenüber COPD Risikofaktoren, sondern auch im Empfinden der eigenen Erkrankung zeigen sich Geschlechtsunterschiede. Beispielsweise wird die Einschränkung der Lebensqualität und die empfundene Atemnot von Frauen, bei gleichem Schweregrad der Erkrankung, als stärker beschrieben als von Männern. Körperliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern auf hormoneller, genetischer und anatomischer Ebene haben ebenfalls Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit an COPD zu erkranken. In der Literatur finden sich Hinweise auf eine höhere Anfälligkeit für die Entwicklung einer COPD bei Frauen im Vergleich zu Männern bei gleicher Konstellation der Risikofaktoren (Legato, 2004).

Durch frühe Diagnose und Therapie kann für PatientInnen mit COPD eine Verbesserung der Lebensqualität, ein Absinken der Rate akuter Verschlechterungen und eine verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit erzielt werden. Die **einzig effektive Intervention zur Senkung der steigenden Zahlen von COPD-PatientInnen bleibt jedoch das Zurückdrängen des Zigarettenkonsums**.

Prävalenz

Für Österreich existieren zur Prävalenz der COPD lediglich nicht geschlechtergetrennte Schätzungen, nach denen **bundesweit rund 400.000-800.000 Menschen an COPD leiden** (ÖGAM, 2005). Große Schwankungen bei den Schätzungen ergeben sich aus einer **hohen Dunkelziffer von 30%-50%** (Studnicka, 2005). Für Tirol liegen uns keine Daten über die Prävalenz der COPD vor.

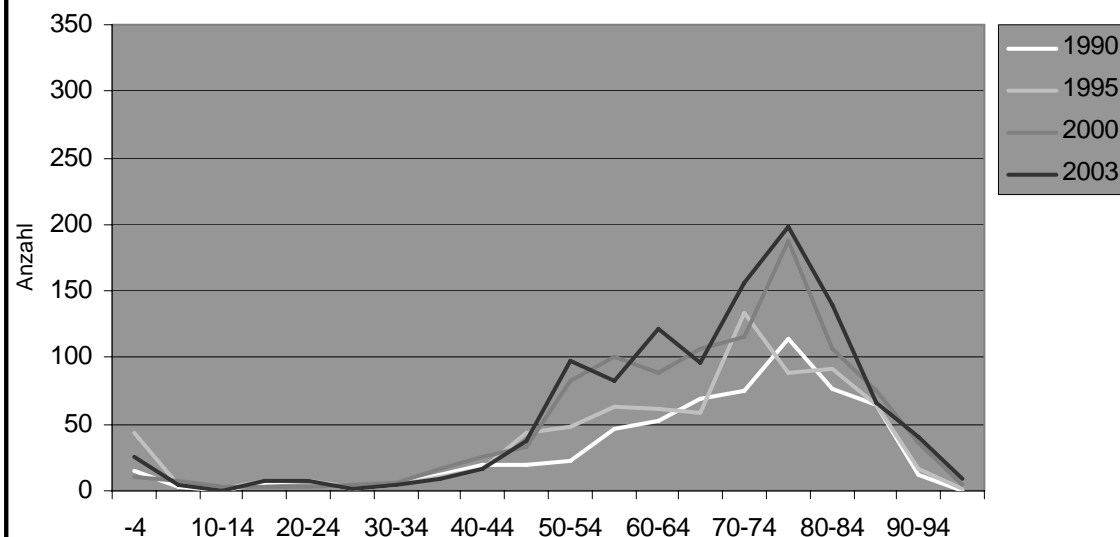
Tabelle 4.7.2 Stationär behandelte COPD-PatientInnen 2002

COPD (J40-J44, J47)	Tirol		Österreich	
	w	M	w	m
absolut	1.227	1.604	12.893	17.786
%	9,52	9,02	100,00	100,00
durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	9,3	8,5	11,0	10,0

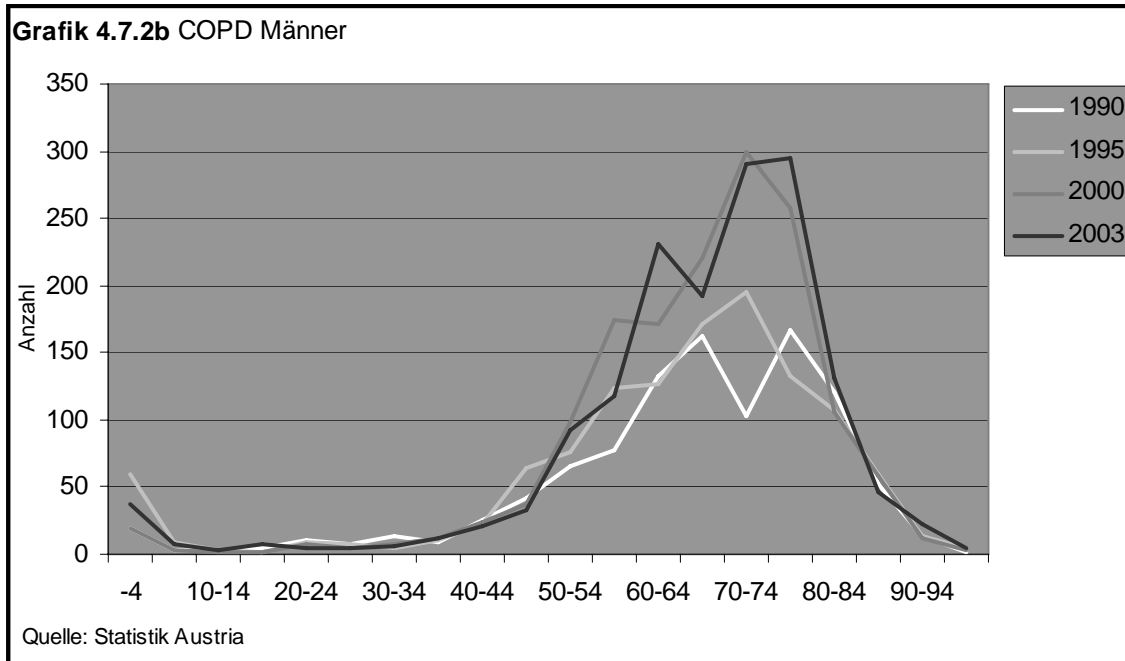
Quelle: Statistik Austria

2003 waren 1.117 Frauen aufgrund einer COPD stationär in einem Tiroler Krankenhaus aufgenommen (Statistik Austria, 2005c). In den Zahlen der Krankenhausmorbidity, sowohl von Frauen als auch von Männern, lässt sich ein **Ansteigen der stationären PatientInnenzahl** in Tirol beobachten. Die Zahlen erhöhten sich **stärker bei Frauen**. Hier stiegen sie von 623 Patientinnen im Jahr 1990 um 79% auf 1.117 Patientinnen im Jahr 2003. Der Anstieg bei den Männern von 1.031 Patienten 1990 auf 1.557 Patienten 2003 war mit einem Plus von 51% im selben Zeitraum geringer.

Grafik 4.7.2a COPD Frauen



Quelle: Statistik Austria



Aufgrund der bereits mehrfach beschriebenen Änderung der Altersstruktur kann aus diesen Daten nicht zwingend direkt auf einen Anstieg von Prävalenz und Inzidenz der COPD in Tirol rückgeschlossen werden. Eine Interpretation der Entwicklung in diese Richtung ist jedoch naheliegend.

Deutlich zu belegen ist das **Ansteigen der Frauenanteile unter den Krankenhausaufenthalten** aufgrund von COPD. Im Jahr 1990 machten Frauen 38% der stationären Aufnahmen aus, 2003 bereits 42%. Aufgrund der Raucherinnenentwicklung ist ein weiteres Ansteigen des Frauenanteils in den nächsten Jahren zu erwarten.

Weiters auffallend ist, dass der steile Anstieg bei stationären Aufnahmen bei Frauen und Männern in die gleiche Altersgruppe der 45-50jährigen fällt.

Mortalität

In Tirol war COPD im Jahr 2003 für **3,3% der weiblichen Gesamtmortalität** verantwortlich (5,7% der männlichen Gesamtmortalität). In ganz Österreich starben im selben Jahr 3,1% der Frauen und 4,65% der Männer an einer COPD (Statistik Austria, 2005c). Altersstandardisierte Mortalitätsraten liegen uns nicht vor.

5 GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

5.1 Rauchen

5.1.1 Frauen und Tabakkonsum

Die vielfältigen negativen Folgen von Tabakkonsum sind seit Jahrzehnten bekannt. Mit steigender Dauer und Zahl an Raucherinnen werden die Folgen der epidemieartigen Verbreitung von Tabakkonsum unter Frauen zunehmend in der nationalen und internationalen Gesundheitsberichterstattung in alarmierender Form sichtbar.

Rauchen trägt wesentlich zur Entstehung verschiedener Krebserkrankungen, allen voran dem Lungenkrebs, bei. Laut WHO sind 90% aller Lungenkrebstodesfälle bei Frauen auf das Rauchen zurückzuführen. Auch 90% der Mortalität durch chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) können auf das Rauchen zurückgeführt werden. In Ländern, in denen sich die Zahlen der Raucherinnen schon länger an jene der rauchenden Männer annähern, beispielsweise den USA und

Schottland, hat das Lungenkarzinom bereits den Brustkrebs als Krebshaupttodesursache bei Frauen überholt (Joosen, 1999).

Zu weiteren bösartigen Neubildungen, die durch Tabakrauchen mitverursacht werden, zählen: Tumore der oberen Atemwege (z.B. Kehlkopftumor), des Verdauungstraktes (z.B. Speiseröhren- und Pankreastumor) und der Harnwege (z.B. Blasenkarzinom). Frauenspezifisch ist ein erhöhtes Risiko für Gebärmutterhalskrebs bei Raucherinnen, was in mehreren Studien gezeigt werden konnte (Greenberg, 1985; Daling, 1996; Lacey, 2001).

Rauchen fördert die Entstehung von Arteriosklerose und führt so zu einer höheren Inzidenz zerebro- und kardiovaskulärer Folgeerkrankungen, die bei Frauen bereits allgemein die Haupttodesursache darstellen. Auch das Risiko für periphere Verschlusskrankheiten wird deutlich erhöht. Durch die häufig gleichzeitige Einnahme oraler Kontrazeptiva entsteht für Frauen ein weiteres Risiko. Dieses Risiko, durch die Kombination von Rauchen und oralen Kontrazeptiva, ist höher als die Summe der jeweiligen Einzelrisiken. Die Einflüsse postmenopausaler Hormonersatztherapie auf das vaskuläre Risikoprofil von Raucherinnen sind noch nicht eindeutig zu beantworten. In Bezug auf die körpereigenen Sexualhormone hat das Rauchen durch einen anti-östrogenen Effekt einen deutlichen Einfluss auf die Gesundheit. Die Fruchtbarkeit von Raucherinnen ist im Vergleich zu Nichtraucherinnen herabgesetzt, ihre Menopause setzt im Schnitt früher ein und sie tragen ein höheres Risiko für Osteoporose (Baron, 1990). Weiters gibt es deutliche Hinweise, dass Rauchen bei Frauen bereits in geringerer Menge und kürzerer Dauer als bei Männern zu Gesundheitsschäden führt (Payne, 2005).

Neben den biologisch/genetisch bedingten Geschlechterunterschieden finden sich auch Gender-Differenzen in Bezug auf das Rauchverhalten und die RaucherInnenentwöhnung bei Frauen und Männern.

Zeitgeschichtlich gesehen haben Frauen wesentlich später zu rauchen begonnen als Männer. Die gesundheitlichen Auswirkungen werden erst entsprechend zeitversetzt deutlich. Weltweit rauchen Frauen wesentlich häufiger als Männer so genannte „Mild-“ und „Leicht-Zigaretten“. Die Inhaltsangaben dieser Zigaretten verweisen auf niedrigere Teer- und Nikotinwerte. Ihr Rauch ist allerdings nicht weniger kanzerogen als der herkömmlicher Zigaretten. Die gezielte Werbung der Tabakindustrie um Frauen mit Tabakprodukten, die eine scheinbar geringere Gesundheitsbelastung suggerieren, ist belegt, ebenso wie die gesundheitlichen Schäden durch diese Produkte (Joosen, 1999; CDC, 2001; Payne, 2005). In Österreich gilt seit Oktober 2003 eine Richtlinie der Europäischen Union, die den Verkauf von als „leicht“ gekennzeichneten Marken verbietet (Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2001).

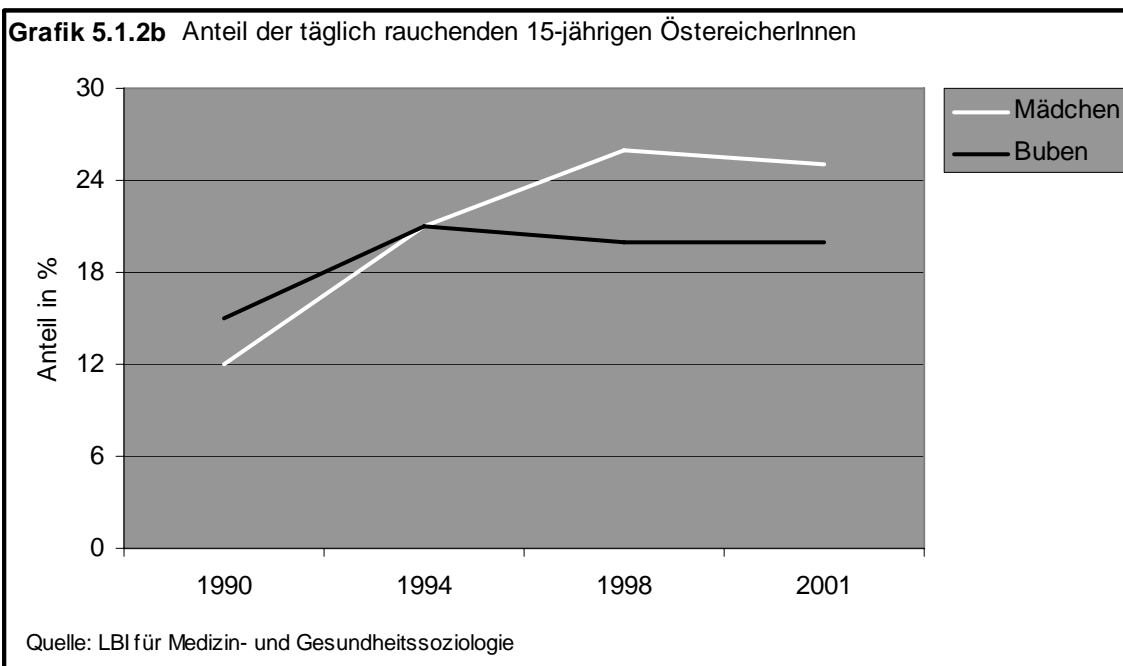
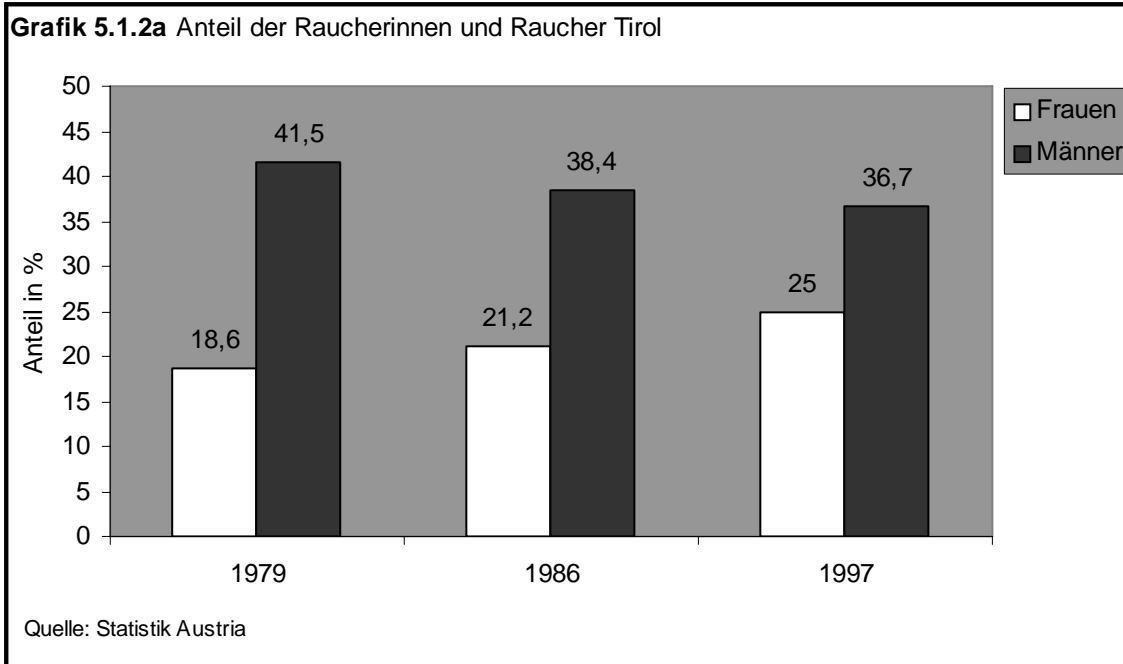
Gender-Unterschiede finden sich auch im Rauchverhalten selbst, in der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten, den Situationen, in denen Männer und Frauen rauchen, ihrer Motivation mit dem Rauchen aufzuhören und den Schwierigkeiten bei der RaucherInnenentwöhnung. Die Berücksichtigung der Gender-Differenzen ist gemeinsam mit der Berücksichtigung der körperlichen Unterschiede, ebenso wie der des Alters und des sozioökonomischen Status bei der Planung von Anti-RaucherInnen-Kampagnen und RaucherInnen-Entwöhnungsprogrammen wichtig.

5.1.2 Raucherinnen in Tirol

Daten über das Rauchverhalten in Tirol liegen aus den Mikrozensus Sonderprogrammen „Fragen zur Gesundheit“ 1991 und 1999 und aus dem Mikrozensus Sonderprogramm „Rauchgewohnheiten“ 1997 vor (Statistik Austria, 2002b). Aufgrund unterschiedlicher Erfassungskriterien sind sie nicht direkt vergleichbar. Es lassen sich jedoch Entwicklungen verfolgen.

1999 rauchten 26,7% der weiblichen Tiroler Bevölkerung über 15 Jahre, mehr als jede fünfte Frau in Tirol. 73,2% waren Nicht- bzw. Ex-Raucherinnen. Männer rauchten zu 34,6%. 65,4% waren Nicht- oder Ex-Raucher (ÖBIG, 2003). Nach Geschlecht betrachtet bilden Männer nach wie vor den höheren RaucherInnenanteil (56%) als Frauen (44%). Die Entwicklung zwischen 1976 und 1997 zeigte allerdings dem österreichischen Trend entsprechend eine **Annäherung des weiblichen RaucherInnenanteils an jenen der Männer**. Während die Raucherquote bei Männern seit 1976 gesunken ist (vor allem durch vermehrtes Aufhören), ist sie im selben Zeitraum bei Frauen weiter angestiegen. Der relative Anteil der Nichtraucherinnen sank ab, jener der Männer stieg leicht an. Ähnlich verhielt es sich mit der Rauchfrequenz. Österreichweit nahm der Anteil der täglich rauchenden Frauen zu, jener der gelegentlich rauchenden ab. Bei Männern findet sich diese Steigerung nicht. In

Tirol bestand 1997 im Bundesländervergleich der **geringste Abstand zwischen dem Anteil der täglich rauchenden Frauen (83,2%) und Männer (82,9%)**.



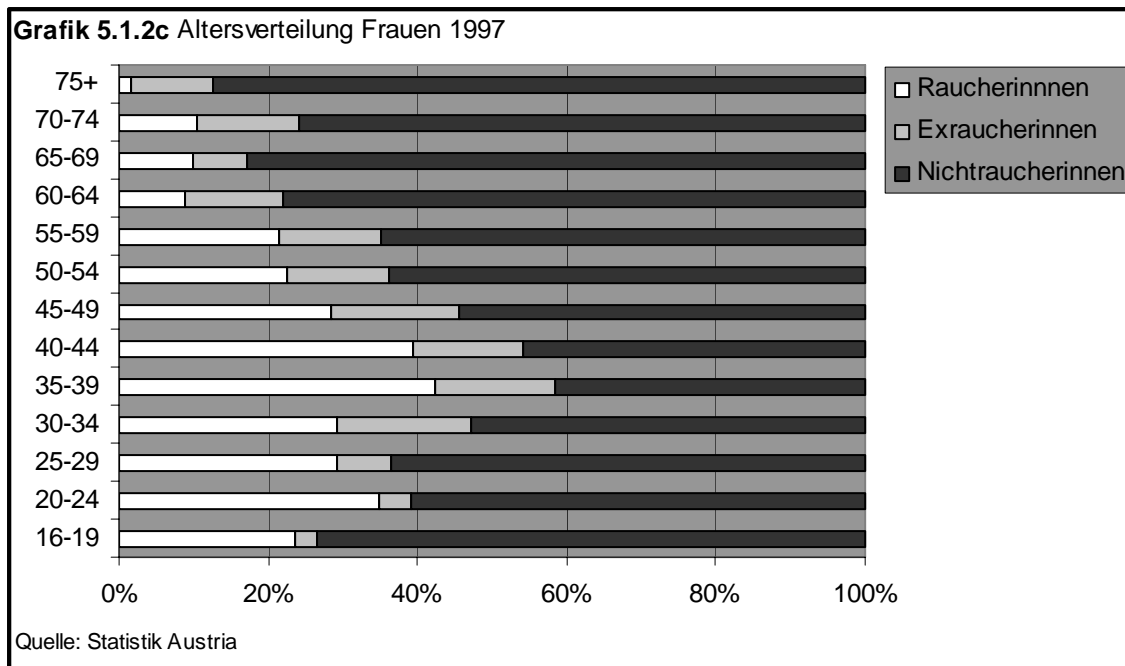
Im Lauf der 1990er Jahre erhöhte sich die absolute Zahl der Raucherinnen in Tirol um rund 15.000 Frauen. Bei den Männern kamen 12.000 neue Raucher hinzu. Der Anteil der RaucherInnen stieg in diesem Zeitraum vor allem unter den Frauen mit einem sogenannten „leichten“ Zigarettenkonsum von bis zu 10 Zigaretten pro Tag von 8,5% 1991 auf 12,9% 1999. Bei den „mittelstarken“ Raucherinnen, die täglich 11-20 Zigaretten rauchten, war die Steigerung geringer. Lediglich in der Gruppe der „starken“ Raucherinnen mit über 20 Zigaretten pro Tag war ein Rückgang zu verzeichnen. Bei den männlichen Rauchern fand sich in der selben Zeit nur bei den „leichten“ eine prozentuelle Zunahme von 7,3% auf 11,3%. Bei den „mittelstarken“ Rauchern fiel der Anteil minimal, bei den „starken“ Rauchern blieben die Werte unverändert.

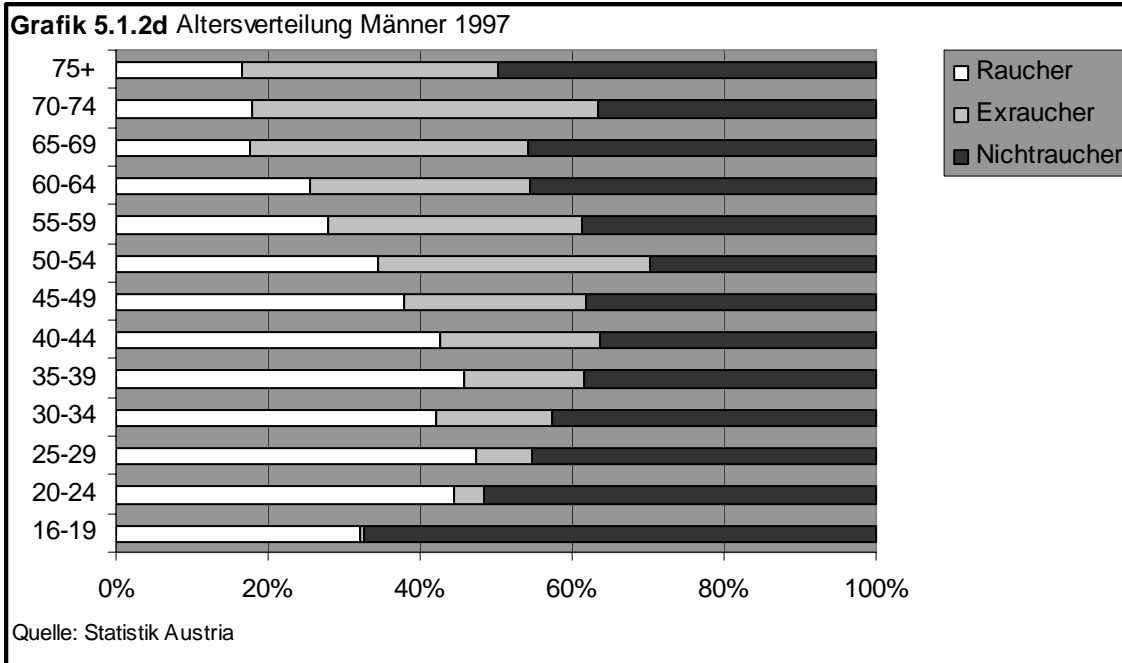
Besonders bedenklich ist die Entwicklung bei den jugendlichen RaucherInnen. Laut hbsc/17-Studie (LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 2002) zum Gesundheitsverhalten Jugendlicher in ganz

Österreich stieg der **Anteil der täglich rauchenden Mädchen im Alter von 15 Jahren zwischen 1990 und 2001 von 12% auf 25%** an. Der Anteil der Burschen von 15% auf 20%. Obwohl laut den Autoren seit 1998 keine weitere Steigerung konstatiert werden kann, liegen hier erstmals Raucherinnenanteile von jungen Frauen über jenen junger Männer.

Geschlechterspezifische Unterschiede werden, wie zu erwarten, auch in der Altersverteilung deutlich. Im Vergleich zu Männern finden sich bei Frauen vor allem bei den über 50jährigen deutlich niedrigere Quoten an Raucherinnen und Exraucherinnen. In den jüngeren Altersgruppen unter 40 Jahren gleichen sich die Unterschiede zunehmend an.

Nach 5-Jahres-Altersgruppen aufgeschlüsselt zeigt sich in den Daten von 1997, dass der Anteil der Raucherinnen in Tirol in der Gruppe der 35-39jährigen und der 40-44jährigen um über 5% höher als bei Österreicherinnen desselben Alters lag. In diesen Altersgruppen fanden sich auch die geringsten Unterschiede zur männlichen Raucherquote. In den beiden Altersgruppen darunter, den 25-29jährigen und den 30-35jährigen, fanden sich im Österreichvergleich niedrigere Zahlen an Raucherinnen. Anzunehmen ist, dass die reproduktive Phase, die bei einem Großteil der Frauen in dieses Alter fällt (Kapitel 3.5.3 Kinder), ausschlaggebend für diese Ergebnisse ist.





Für den deutlichen Anstieg der Quit-Rate²⁰ in der Altersgruppe der 30-34jährigen könnte ebenfalls ein Zusammenhang mit der reproduktiven Phase bestehen. Eine Schwangerschaft war nach „Sorge vor gesundheitlichen Folgen“ und „sonstigen Gründen“ der dritthäufigste Motivationsgrund für Frauen das Rauchen aufzugeben. Allgemein erhöht sich die Quit-Rate bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter, wobei sich in der Gruppe der 60-64jährigen, zusammenfallend mit dem Pensionsantritt, ein weiterer Gipfel zeigt. Allgemein lag die **Quit-Rate der Tirolerinnen mit 32,7%** allerdings **unter jener der Österreicherinnen** (35,1%). Weiters war sie geringer als jene der Männer, rund 38%, was dem Österrichtrend entspricht. Das heißt, tendenziell weniger Frauen als Männer, die zu Rauchen begonnen haben, hören wieder auf.

6 Gewalt gegen Frauen

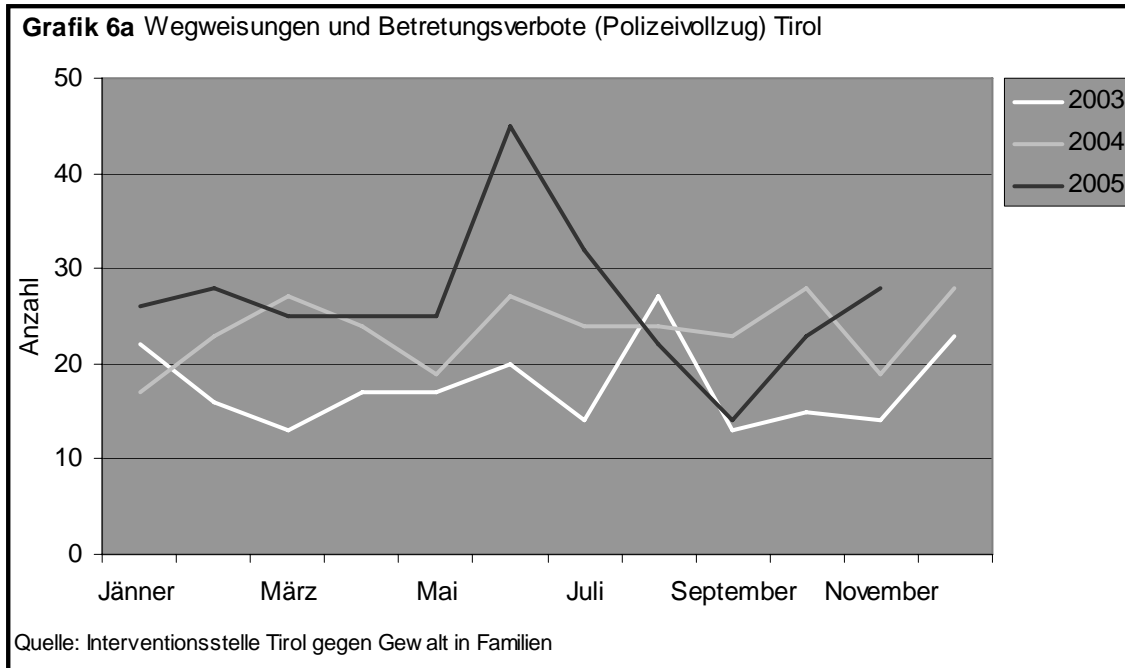
Gewalt gegen Frauen wurde im Abschlussbericht der vierten Weltfrauenkonferenz in Beijing als *„(...) jede Handlung geschlechtsbezogener Gewalt, die der Frau körperlichen, sexuellen oder psychischen Schaden oder Leid zufügt oder zufügen kann, einschließlich der Androhung derartiger Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsberaubung in der Öffentlichkeit oder im Privatleben“* (UN, 1996, S.75) definiert.

Diese Definition beinhaltet **körperliche, psychische und sexualisierte Gewalt** als die drei bekanntesten Formen von Gewaltausübung gegen Frauen. Zusätzlich wird festgehalten: *„Gewalt gegen Frauen ist Ausdruck der historisch ungleichen Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen, die dazu geführt haben, dass die Frau vom Mann dominiert und diskriminiert und daran gehindert wird, sich voll zu entfalten“* (UN, 1996, S.75). Der Umstand dieses ungleichen Machtverhältnisses zwischen Frauen und Männern zieht sich durch alle die Gesellschaft strukturierenden Ebenen und wird mit dem Begriff der **strukturellen Gewalt** umrissen.

Gewalt gegen Frauen ist eine Menschenrechtsverletzung. Sie hat in jeder Form negative gesundheitsschädigende Auswirkungen für Frauen.

²⁰ Die Quit-Rate gibt den Anteil an ExraucherInnen bezogen auf den Anteil der (bisher) rauchenden Bevölkerung an (ExraucherInnen-Anteil an der Summe aus RaucherInnen und ExraucherInnen.) Sie ist ein Maß für die Bereitschaft/das Gelingen der Aufgabe des Rauchens. Da die Zahl der ExraucherInnen von der Zahl der bisher Rauchenden abhängt und insgesamt weniger Frauen rauchen als Männer, ist die Quit-Rate ein besseres Maß für den Geschlechtervergleich als die absoluten Zahlen der NichtraucherInnen.

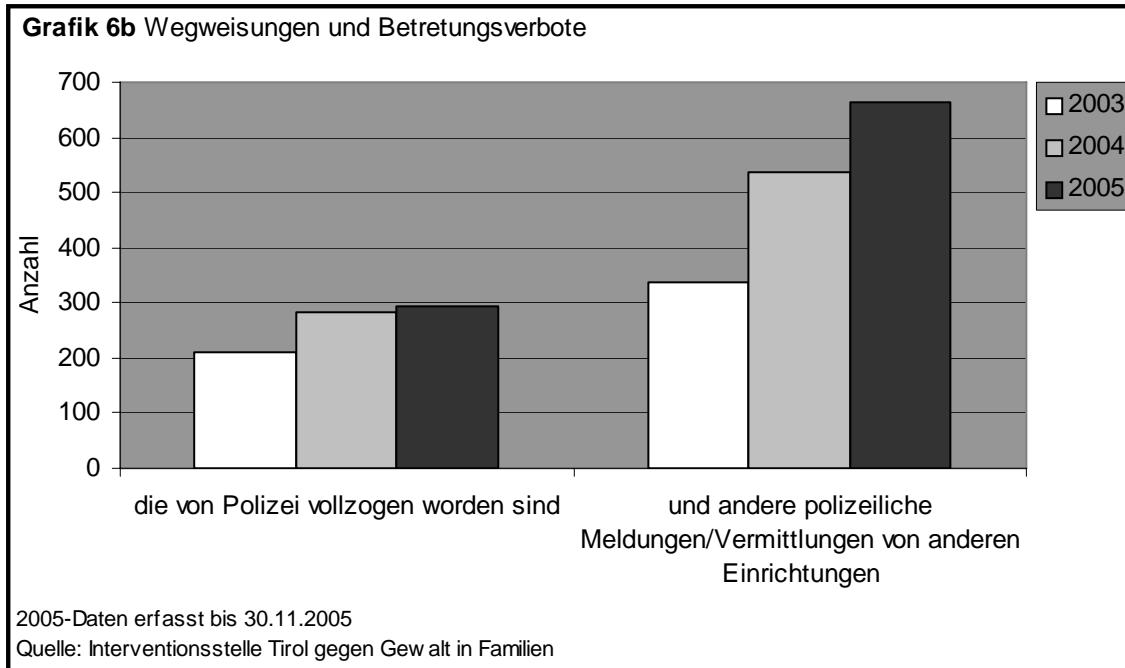
Daten über die Zahl der von Gewalt betroffenen Frauen weisen allgemein eine **hohe Dunkelziffer** auf. Aufgrund der vielfältigen Formen von Gewalt in unterschiedlichsten Bereichen und Ebenen ist die Summe von Gewalterfahrungen von Frauen nur schwer zu quantifizieren. Laut Schätzungen wird in Österreich jede fünfte Frau im Lauf ihres Lebens Opfer von Gewalt in ihrem familiären Umfeld (Amnesty international Österreich, 2004). Ein überwiegender Teil der Gewalttaten gegen Frauen wird in ihrem sozialen Nahraum verübt. Einblick in den Bereich der häuslichen Gewalt in Tirol liefern Daten der polizeilich ausgesprochenen und vollzogenen Betretungsverbote gegen GewalttäterInnen nach § 38 Sicherheitspolizeigesetz²¹ (Grafik 6a). Im Jahr **2005 wurden in Tirol 293 Betretungsverbote durch die Polizei ausgesprochen**, 83 mehr als zwei Jahre zuvor. Unklar ist, ob der Anstieg auf eine tatsächliche Vermehrung der gewalttätigen Übergriffe, oder auf eine vermehrte Bereitschaft von Opfern und Zeuginnen von Gewalt, zur Polizei Kontakt aufzunehmen, zurückzuführen ist



Auch die **Meldungen an die Polizei** aufgrund anderer **Tatbestände in Zusammenhang mit Gewalt gegen Frauen** haben sich **seit 2003 von 338 auf 665 fast verdoppelt**. Laut Auskunft der Interventionsstelle Tirol gegen Gewalt in Familien handelt es sich bei einem Teil der Meldungen an die Polizei um solche, die nachträglich wieder von den Gewaltopfern zurückgezogen und aus diesem Grund nicht exekutiert wurden.

²¹ § 38a. (1) Ist auf Grund bestimmter Tatsachen, insbesondere wegen eines vorangegangenen gefährlichen Angriffs, anzunehmen, es stehe ein gefährlicher Angriff auf Leben, Gesundheit oder Freiheit bevor, so sind die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes ermächtigt, einen Menschen, von dem die Gefahr ausgeht, aus einer Wohnung, in der ein Gefährdeter wohnt, und deren unmittelbarer Umgebung wegzuweisen.

(2) Unter den Voraussetzungen des Abs. 1 sind die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes ermächtigt, einem Menschen das Betreten eines nach Abs. 1 festzulegenden Bereiches zu untersagen; (...).



Daten über die Anzahl von Frauen, die aufgrund von Gewalt in Tirol medizinische oder psychologische Hilfe gesucht haben, liegen uns nicht vor. Im Bereich der Gesundheitsstatistik liegen die Gründe hierfür unter anderem darin, dass Verletzungen, die zur Kontaktaufnahme führen, häufig von den Opfern nicht als Folgen von Gewalt angegeben werden. Zusätzlich werden körperliche und psychische Veränderungen von ÄrztInnen und anderen im Gesundheitswesen arbeitenden Personen nicht immer als Folgen von Gewalt wahrgenommen oder statistisch codiert.

Es wird davon ausgegangen, dass in den meisten Fällen der Gewalttat, die zu Kontaktaufnahme von Frauen mit medizinischen Einrichtungen, Polizei, Beratungsstellen oder Opferschutzeinrichtungen führt, bereits andere psychische und körperliche Übergriffe und Angriffe vorangegangen sind. Umso wichtiger ist es, Frauen, denen es gelingt die gegen sie ausgeübte Gewalt zu thematisieren und Hilfe zu suchen, optimalen Schutz, medizinische Versorgung und psychologische Betreuung zu bieten.

Im Autonomen Tiroler Frauenhaus fanden im Jahr 2004 50 Frauen und ihre 58 Kinder Aufnahme. Insgesamt wurden so vom Autonomen Tiroler Frauenhaus rund 5.400 Aufenthaltstage und 4.300 Übernachtungen im Schutz vor Gewalt ermöglicht. 21 Frauen und ihre 19 Kinder mussten aufgrund von Platzmangel abgewiesen werden (Tiroler Frauenhaus, 2005). Auch die Initiative Frauen Helfen Frauen, die ein Frauenhaus mit sieben Aufnahmeplätzen für Frauen und deren Kinder betreibt, berichtet über eine steigende Nachfrage an Hilfe und Beratung (Initiative Frauen helfen Frauen, 2004). Die Sicherstellung von finanziellen und personellen Ressourcen auf allen Ebenen der Arbeit mit weiblichen Opfern von Gewalt ist eine Voraussetzung für die ideale Versorgung und in sich ein Beitrag zum Abbau struktureller Gewalt gegen Frauen.

7 Frauen in besonderen sozialen Lebenslagen

7.1 Migrantinnen

7.1.1 Migration und Gesundheit

Die Zusammenhänge von Migration und Gesundheit sind vielfältig und werden in der Literatur im deutschen Sprachraum seit den 1970er Jahren beschrieben (Bollini, 1995). Unter dem Begriff „Migrantinnen“ wird im allgemeinen Sprachgebrauch eine sehr heterogene Gruppe von Frauen zusammengefasst. Die Erfassung allgemeiner, soziodemographischer Daten spiegelt die Vielfalt von

Frauen mit Migrationshintergrund nur unzureichend wieder. Ohne Einbeziehung weiterer Faktoren können relevante Einflüsse auf die Gesundheit übersehen werden.

Zusätzliche Faktoren, die die gesundheitliche Situation von Migrantinnen beeinflussen, sind:

- Sprachkenntnis
- Migrationsgeneration
- Integrations-/Assimilationsgrad
- Migrationsmotiv (Arbeit, Studium, Familienzusammenführung, Flucht, Opfer von Menschenhandel, ...)
- aufenthaltsrechtlicher Staus (Staatsbürgerin, Asylwerberin, Flüchtling, Besitzerin eines Arbeitsvisums, Illegalisierte)

Trotz der existierenden Unterschiede kann „... *verallgemeinert festgehalten werden: In Österreich lebende Migrantinnen leben mehrheitlich unter schlechteren Lebensbedingungen als inländische Frauen und oft auch als ausländische Männer ...*“ (Appelt, 2003, S.144). Ein Großteil der in Österreich lebenden MigrantInnen findet im Vergleich zu HerkunftsösterreicherInnen schlechtere Bedingungen in sozioökonomischer Hinsicht, bei Chancen am Arbeitsmarkt und bei Möglichkeiten zur politischen Partizipation, und somit zur Einflussnahme auf die eigene Gesundheit vor.

Über ein Viertel der MigrantInnen in Österreich lebt in Armutsgefährdung. Aus der Türkei stammende MigrantInnen haben ein zweieinhalb mal so hohes, MigrantInnen aus Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien ein doppelt so hohes Armutsrisiko als Personen österreichischer und EU-Herkunft. Auch der Erhalt der österreichischen Staatsbürgerschaft verbessert die Situation kaum. ÖsterreicherInnen ausländischer Herkunft (ohne EU- und EFTA-Staaten) haben ein doppelt so hohes Armutsrisiko als die Durchschnittsbevölkerung. Ihre Integration in den Arbeitsmarkt ist im Vergleich zu HerkunftsösterreicherInnen unterdurchschnittlich. Daten, die die Geschlechter getrennt betrachten, liegen nicht vor (Till-Tentschert, 2005).

Laut Volkszählung 2001 geben beinahe **60.000 Menschen in Tirol eine andere Sprache als Deutsch als ihre Umgangssprache** an. Fast drei Viertel von ihnen verwendet eine andere Sprache zusätzlich zu Deutsch, ca. ein Viertel spricht als Umgangssprache ausschließlich die Muttersprache. Die größte Gruppe bilden mit 35,3% Menschen mit Türkisch als Umgangssprache, 18,1% sprechen Serbisch, 16,1% Kroatisch. Aufgrund der vorliegenden Daten kann keine sichere Aussage darüber getroffen werden wie viele Menschen in Tirol leben, die nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, um sich im Gesundheitssystem zu verständigen und nötige Informationen einzuholen. Es ist jedoch anzunehmen, dass für eine Vielzahl von MigrantInnen in Tirol **Sprache eine wesentliche Zugangsbarriere zum Gesundheitssystem** bildet.

Gemeinsam mit kulturellen Differenzen, wie Vorstellungen zu Gesundheit, Krankheit, Alter und Scham, die durch das Gesundheits- und Sozialsystem bisher unzureichend wahrgenommen werden, führen alle genannten Faktoren zu Barrieren für Migrantinnen und Unterschieden in der Utilisation von bestehenden Strukturen und Angeboten (IOM, 2003; Wimmer, 2001; Wimmer-Puchinger, 2001).

In einem vom Frauengesundheitsbüro des Landes Tirol durchgeführten Pilotprojekt, der „Moscheen-Kampagne“, wurde auf diese Umstände reagiert (Bader, 2005).

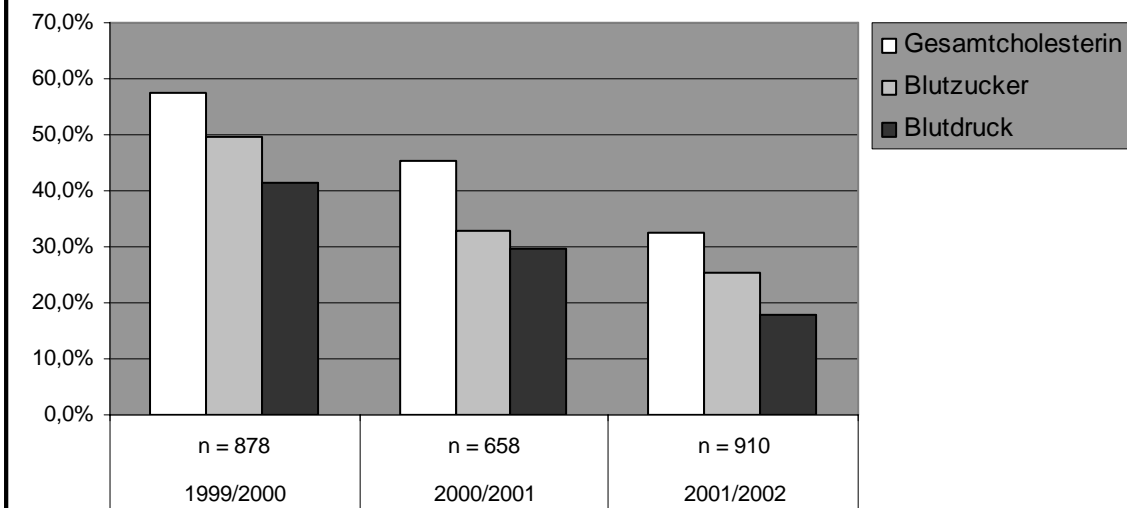
7.1.2 Die Moscheen Kampagne

Das Frauengesundheitsbüro Tirol führt regelmäßig Aktionen zur Prävention kardiovaskulärer Risikofaktoren von Frauen in Form von Vorträgen, Informationskampagnen und Diagnosestrassen in Tirol durch. Im Rahmen dieser Frauengesundheitsaktivitäten zeigte sich, dass türkische Frauen durch diese präventivmedizinischen Informationsangebote selten bzw. nicht erreicht wurden. Da Türkinnen die zweitgrößte Gruppe an Migrantinnen in Tirol stellen, wurde dies als dringlicher Handlungsanstoß aufgenommen. Ziel der daraufhin gestarteten Moscheen-Kampagne war es, ein den Möglichkeiten und Bedürfnissen türkischer Frauen angepasstes Informations- und Präventionsprogramm in türkischer Sprache durchzuführen.

In den Jahren 1999/00, 2000/01 und 2001/02 wurden in **allen 28 Moscheen in Tirol türkischsprachige Vorträge über Risikofaktoren und Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen** durchgeführt. Zusätzlich gab es die Möglichkeit zu individueller ärztlicher Beratung. Anschließend wurde die Selbsteinschätzung der bestehenden persönlichen Risikofaktoren der teilnehmenden Frauen mittels Fragebogen erhoben. Zweisprachige, türkische Medizinstudentinnen fungierten während der gestammten Kampagne als kulturell kompetente Dolmetscherinnen.

Die Moscheen, zentrale Treffpunkte eines Teils der türkischen Gemeinschaft in Österreich, erwiesen sich als geeignete Veranstaltungsorte. Es konnten insgesamt 2.446 Frauen auf diese Weise erreicht werden. Rund zwei Drittel der Frauen waren Migrantinnen der 1. Generation. Mehr als die Hälfte aller Befragten gab an keine deutschsprachigen Medien (Zeitungen/TV) zu nutzen. Unter ihnen bildeten Frauen der 1. Generation mit über 90% den überwiegenden Anteil. Hier zeigte sich somit, zumindest für Frauen der 1. Generation, dass Sprache die Hauptbarriere für den Zugang zu Informationen durch gängige Präventionskampagnen ist. Die Zahl der Frauen, die nicht um ihre persönlichen Risikofaktoren wusste, lag dementsprechend im ersten Jahr hoch.

Grafik 7.1.2 Abnahme der Unwissenheit um Gesamtcholesterin, Blutzucker und Blutdruck 1999-2002



Quelle: Bader et al. "Moscheen Kampagne"

In den folgenden Jahren konnte die **Zahl der Frauen, die bislang nicht über eigene Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen bescheid wusste, deutlich gesenkt werden**. Die in allen drei Jahren kontinuierlich hohe Teilnahme von Frauen an den Aktionen spricht für eine gute Akzeptanz und hohes Interesse an Gesundheitsinformationen innerhalb der Zielgruppe. Das Pilotprojekt „Moscheen-Kampagne“ kann somit als Vorbild für kultursensible, niederschwellige Präventivangebote dienen.

7.1.3 Bestandsaufnahme

Das Tiroler-Frauengesundheitsbüro intensiviert sein Angebot an türkische Patientinnen. Im März 2005 wurde ein Gesundheitstag für türkische Frauen im Innsbrucker Rathaus veranstaltet. Im Rahmen der Frauengesundheitsambulanz an den Universitätskliniken Innsbruck eröffnete ebenfalls im März 2005 eine „Türkinnen-Ambulanz“ mit dem Angebot der Betreuung durch eine türkische Ärztin. Seit 2000 läuft im Auftrag des Ludwig Boltzmann Institutes für kardiologische Geschlechterforschung an einigen weiteren Ambulanzen der Universitätsklinik eine Fragebogenstudie mit türkischen PatientInnen zur Erhebung von Zugangsproblemen. Sprach-DolmetscherInnen können bei Bedarf von medizinischem Personal der Tilak angefordert werden.

Trotz dieser punktuellen Bemühungen ist das auf Migrantinnen abgestimmte Gesundheitsangebot in Tirol als unzureichend einzustufen. Die Datenlage über die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Tirol ist nicht zufriedenstellend.

7.2 Wohnungslose Frauen, Frauen in Wohnungsnot

7.2.1 Formen der Wohnungslosigkeit

Für Tirol liegen **keine repräsentativen Zahlen zur Situation wohnungsloser Frauen** vor. Zum Zeitpunkt dieses Berichts konnte von keiner offiziellen Stelle eine Schätzung zur Zahl der in Tirol wohnungslos lebenden Frauen gemacht werden.

Dieser Umstand zeigt nicht nur eine deutliche Lücke im Informationsstand über einen Teil der Tiroler Bevölkerung auf, sondern weist zugleich auf eines der Hauptcharakteristika weiblicher Wohnungslosigkeit, die Unsichtbarkeit, hin. Im Gegensatz zur Wohnungslosigkeit bei Männern, die im öffentlichen Bild präsent ist und wahrgenommen werden kann, ist weibliche Wohnungslosigkeit zu einem großen Teil unsichtbar. Um Frauen in der besonderen sozialen Lebenslage der Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot entsprechende medizinische Versorgung zu ermöglichen und gesundheitserhaltende und -fördernde Maßnahmen zu setzen, die ihren Lebensrealitäten angemessen sind, bedarf es einer differenzierten Sicht auf die verschiedenen Formen der Wohnungslosigkeit.

Darunter fallen (vgl. Eitel, 1999):

- akute Wohnungslosigkeit: Wohnungslosigkeit entsprechend dem allgemeinen Sprachverständnis, obdachlos, auf der Straße, Leben ohne gesicherte Unterkunft
- temporäre/befristete Unterbringung: z.B. in Notschlafstelle, Frauenhaus, betreutes Wohnen
- versteckte Wohnungslosigkeit: vorübergehende Unterbringung bei Bekannten, Freunden oder Familien, Wohnen in Billigpensionen
- unzumutbare Wohnsituation: Wohnen in überbelegten Wohnungen, feuchte, nicht beheizbare Wohnungen, Leben in eskalierenden Gewaltverhältnissen
- drohende Wohnungslosigkeit: z.B. bevorstehende Delogierung, Verlust der Wohnung nach Trennung

7.2.2 Gesundheitliche Risikofaktoren und häufige Erkrankungen

Gewalt

Erlebte physische, psychische und sexualisierte Gewalt ist in Biographien wohnungsloser Frauen nicht nur als Ursache von Wohnungslosigkeit zu finden, sondern bleibt aufgrund der Struktur von Wohnungslosigkeit bei vielen eine weiterhin gesundheitsschädigende Realität. Dies trifft sowohl auf akut wohnungslose Frauen, die **im öffentlichen Raum** gewalttätigen Übergriffen ausgesetzt sind, als auch auf versteckt Wohnungslose zu.

Das Bestreben von wohnungslosen Frauen, im öffentlichen Raum möglichst lange als Wohnungslose unerkannt zu bleiben und ein „normales“, unauffälliges Aussehen und Auftreten aufrechtzuerhalten, kann neben dem Versuch Stigmatisierung zu vermeiden und physische und psychische Integrität zu bewahren als Strategie zur Gewaltvermeidung gesehen werden.

Jedoch auch Frauen, die in **versteckter Wohnungslosigkeit** leben, sind aufgrund der wohnraumbedingten Abhängigkeiten häufig (sexualisierter) Gewalt ausgesetzt. Im Gegensatz zu akut wohnungslosen Frauen auf der Straße besteht oft ein institutionalisiertes (sexuelles) Gewaltverhältnis zwischen Unterkunftgebern und untergeschlüpften Frauen, in dem vom Unterkunftgeber für den Wohnraum eine Form der „Gegenleistung“ erwartet und eingefordert wird.

Zusätzlich zu real erlebter Gewalt wirkt Gewalt weiter als ständige Angst vor potentiellen Übergriffen mit entsprechenden psychischen Folgen.

Psychische Erkrankungen

Die **Wechselwirkungen** von **psychischer Erkrankung** und **Wohnungslosigkeit** und die höhere Prävalenz an psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen unter wohnungslosen Menschen haben in den letzten Jahren zunehmend stärkere Beachtung gefunden. Als Ursachen werden einerseits die hohe Dichte von belastenden und traumatischen Lebensereignissen, andererseits das relativ höhere Risiko von Menschen mit psychischen Erkrankungen, in die Wohnungslosigkeit zu geraten, diskutiert. Im Frühjahr 2005 wurde in Tirol auf einer Tagung zum Thema „wohnungslos und psychisch krank“ die Gruppe der **Wohnungslosen mit psychischer Erkrankung in Tirol auf 200-300 Personen** (nicht geschlechtergetrennt) **geschätzt** (Stadt Innsbruck, 2005).

Neben Abhängigkeitserkrankungen werden bei weiblichen Wohnungslosen vor allem Angst- und Panikstörungen, affektive Störungen und Schizophrenie als psychische Erkrankungen beschrieben (Greifenhagen, 1997; Eitel, 1999; Torchalla, 2004). Probleme in der Versorgung stellen mangelnde Krankheitseinsicht der Betroffenen, Fragen der Zuständigkeit in der Versorgung und strukturelle Barrieren sowohl im Zugang zur medizinischen Betreuung, als auch im Zugang zu Wohnraum der Wohnungslosenhilfe selbst im niederschweligen Bereich dar. Hierdurch ergeben sich diskontinuierliche Betreuung wohnungsloser Frauen mit psychischen Erkrankungen und die Gefahr der Entlassung in die (weitere) Wohnungslosigkeit nach psychiatrischer Klinikbetreuung. Von der Arbeitsgruppe „Psychisch Krank und Wohnungslos“ wurde 2005 ein Maßnahmenpaket zur Verbesserung entworfen und den zuständigen Stellen vorgelegt.

Der Entwurf beinhaltet den Ausbau im Bereich des betreuten Wohnens, niederschwellige Tagesgestaltung, sowie die Schaffung eines mobilen Krisendienstes. Ab 2006 wird ein spezieller Lehrgang zu vernetztem Arbeiten angeboten.

Somatische Erkrankungen

Ohne Geschlechterdifferenzierung wurden folgende Erkrankungen gehäuft unter wohnungslosen Menschen beschrieben (nach Trabert, 1997):

- Erkrankungen der Atmungsorgane
- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
- Erkrankungen des Skelettsystems
- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Hautkrankheiten
- schlechter Zahnstatus
- akute Infektionskrankheiten
- Verletzungen

Die Schwierigkeiten der Herstellung und Aufrechterhaltung körperlicher Hygiene und der Einfluss von Witterungsverhältnissen stellen spezifische Risikofaktoren für die Gesundheit akut wohnungsloser Frauen dar. Das Blockieren und Ausblenden von körperlichen und psychischen Schmerzen und Erkrankungen (eventuell mit der Hilfe von Suchtmitteln) kann als weiteres Gesundheitsrisiko für wohnungslose Frauen gesehen werden. Erfüllt diese Strategie primär den Zweck, das (Über-)Leben unter widrigen Bedingungen zu ermöglichen, kann diese Bewältigungsstrategie auf Dauer zur Chronifizierung behandelbarer, akuter Erkrankungen oder zur Entstehung neuer chronischer Erkrankungen führen (Loibl, 2003). Angesichts des hohen Energieaufwandes zur Bewältigung des Alltags **sehen sich Frauen ohne Wohnung häufig den notwendigen Vorbereitungen zur Kontaktaufnahme mit medizinischen Versorgungseinrichtungen** (Hygiene, Zeitaufwand, eventuell besorgen eines Krankenscheins über das Sozialamt, usw.) **nicht gewachsen**.

7.2.3 Bestandsaufnahme

Die **Hilfsangebote der Wohnungsloseneinrichtungen sind in Tirol auf die Landeshauptstadt konzentriert** (Eitel, 1999). Studien über die Situation Wohnungsloser in ländlichen Gebieten liegen nicht vor. Es ist jedoch anzunehmen, dass Wohnungslosigkeit in ländlichen und dörflichen Strukturen möglichst lange verborgen wird. Ist ein Verbergen der Wohnungslosigkeit nicht mehr möglich, kommen soziale Exklusion und Stigmatisierung stärker zu tragen. Häufig folgt die Abwanderung

Wohnungsloser in größere Städte (Schoibl, 2003). Mit zunehmender Armutsgefährdung von Frauen verzeichneten Vereine der Wohnungslosenhilfe in Österreich in den letzten Jahren ein Ansteigen der weiblichen Wohnungslosigkeit bzw. Wohnungsnot. Gerade Frauen in armutsgefährdeten Haushalten bedienen sich eher informeller Hilfsnetzwerke und beanspruchen aufgrund von Zugangsbarrieren oft nicht die ihnen zustehenden Sozialleistungen (Dimmel, 2004). Die Statistik des DOWAS für Frauen (Durchgangsort für wohnungs- und arbeitssuchende Frauen) als frauenspezifische Beratungseinrichtung mit den landesweit meisten Plätzen für betreutes Wohnen für Frauen zeigt für Tirol eine entsprechende Entwicklung auf.

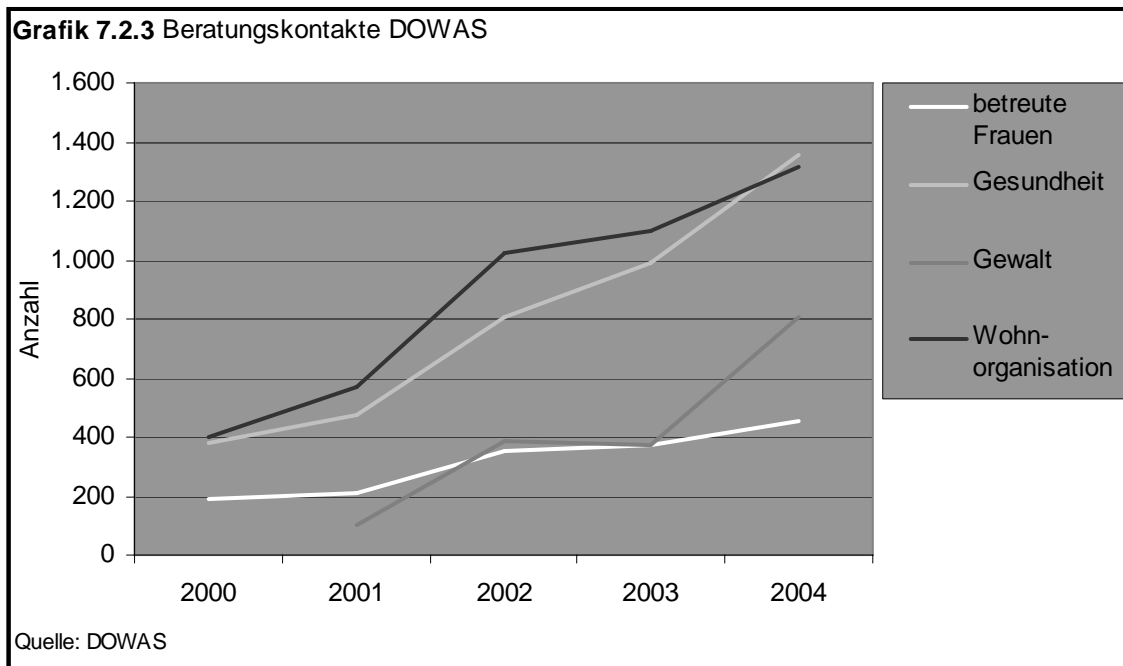
Tabelle 7.2.3 Steigerung der Beratungskontakte DOWAS

Jahr	Wohnungslosigkeit		Gesundheit	
	akut	drohend	physisch	psychisch
2002	148	197	399	411
2003	251	162	523	465
2004	335	370	673	684
Steigerung in %	126	88	69	66

Quelle: DOWAS

Die Beratungskontakte in allen Bereichen der Einrichtung stiegen seit dem Jahr 2000 kontinuierlich an.

Die **steigende Anzahl von Beratungen pro Frau** lässt sowohl auf eine Verbesserung des Angebotes, als auch auf einen vermehrten Bedarf der Klientinnen an Unterstützung, um Sozialleistungen in Anspruch nehmen zu können, schließen.



8 Unbehandelte Themen

Als erste Bestandsaufnahme lässt der Tiroler Frauengesundheitsbericht eine Reihe von wichtigen Themen unbehandelt, die, ebenso wie die enthaltenen Kapitel, Aufmerksamkeit und Raum in der Frauengesundheitsberichterstattung verdienen. Ursächlich hierfür ist primär ein **Mangel an (repräsentativen) Daten für Tirol**. Das Vorfinden von Leerräumen führt so zu einer Fortführung der Unsichtbarkeit so genannter Rand-Themen. Zur Sichtbarmachung und als Platzhalterinnen für Bereiche der Frauengesundheit, die trotz ihrer täglichen Allgegenwärtigkeit in der öffentlichen

Wahrnehmung nur selten vorkommen, wurde in Kapitel 7 beispielhaft die gesundheitliche Lage von Migrantinnen und wohnungslosen Frauen beleuchtet. Das Kapitel soll Anstöße zur Erweiterung des Blicks auf **Frauen, deren sozialen Lebenslage nicht** jener des häufig in diesem Bericht erwähnten **Bevölkerungsdurchschnitts entspricht**, geben. Themen, die in diesem Zusammenhang in weiteren Berichten zu erfassen wären, sind unter anderem die gesundheitliche Lage und Lebenssituation von:

- Frauen mit Behinderung
- Frauen mit psychischen und psychiatrischen Erkrankungen
- lesbischen Frauen
- Mädchen
- Sex-Arbeiterinnen/Prostituierten

Auf eine Darstellung dieser Themen in einem umfassenden Kontext wird hierbei besonders zu achten sein, um eine Festschreibung von Frauen auf ihr einziges, jeweils nicht der Norm entsprechendes Merkmal zu vermeiden.

Weiters fehlen direkt **diagnosebezogene Themen**, wie Demenz und Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Systems, die überwiegend Frauen betreffen. Auch auf „Frauen und Sucht“ sowie die Zusammenhänge von Arbeit und möglichen Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz konnte im Rahmen dieses Basisberichts nicht eingegangen werden.

Zur Verbesserung der Datenlage in Tirol und zur Entwicklung eines tieferen Verständnisses der Zusammenhänge von Geschlecht und Gesundheit, wäre in allen erwähnten Themengebieten eine vernetzte Zusammenarbeit mit ExpertInnen der einzelnen Bereiche wünschenswert.

9 Danksagung für die zur Verfügung gestellten Daten

- Statistik Austria (Bundesanstalt Statistik Österreich) – Direktion Bevölkerung
- Amt der Tiroler Landesregierung – Landestatistik Tirol
- Amt der Tiroler Landesregierung – Abteilung Soziales
- Amt der Tiroler Landesregierung – Landessanitätsdirektion
- Kammer für Arbeiter und Angestellte Tirol
- Ärztekammer für Tirol
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger
- Tiroler Gebietskrankenkasse
- Pensionsversicherungsanstalt
- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
- Bundesministerium für Inneres – Fachbereich Bundeskriminalamt
- Landespolizeikommando Tirol
- Institut für Epidemiologie (Tumorregister)
- Interventionsstelle Tirol – Gewalt gegen Frauen
- Dowas für Frauen
- Stadtmagistrat Innsbruck – Amt für Gesundheit, Markt- und Veterinärwesen
- Tiroler Landeskrankenhäuser (Tilak)

10 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1.3	Politisches Bekenntnis zur Frauengesundheitspolitik, Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern, 1994.....	8
Abb. 1.2	Bereiche der Frauengesundheit.....	10
Abb. 3.3.2	Geburtenbilanz Tirol 1965-2003, Quelle: Landesstatistik Tirol (Hrsg.), 2005: Demographische Daten Tirol	22
Abb. 4.2.2	Quelle: (WHO, 1994) Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern	44

11 Tabellenverzeichnis

Tab. 3.1.1	Frauenanteil in den Tiroler Bezirken in Prozent	15
Tab. 3.1.2	Frauen und Männer mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit nach Altersgruppen Jahr 2001	17
Tab. 3.2	Tiroler Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2004.....	19
Tab. 3.3.1	Geburtenziffern für Tirol	20
Tab. 3.3.2	Sterbeziffern für Tirol.....	21
Tab. 3.4.7	Mittlere Pensionen in Euro 2003 der Pensionsneu- zugänge in Österreich	31
Tab. 3.5.1	Haushalte in Tirol 2001	34
Tab. 3.5.2	Familien in Tirol laut Kernfamilienkonzept mit und ohne Kinder	34
Tab. 3.5.3a	Familientypen nach Anzahl der Kinder.....	35
Tab. 3.5.3b	Gesamtfertilitätsrate und –alter in Tirol und Österreich.....	36
Tab. 3.5.4	Eheschließungen und –scheidungen in Tirol	39
Tab. 4.1	Entwicklung der Lebenserwartung seit 1965	40
Tab. 4.3.1a	Häufigste Gründe für die stationäre Aufnahme bei Frauen 2002	47
Tab. 4.3.1b	Häufigste Gründe für die stationäre Aufnahme bei Männern 2002	47
Tab. 4.3.3	stationäre Aufenthaltsdauer in Tagen 2002	49
Tab. 4.5	Stationär behandelte PatientInnen Krankheiten des Kreislauf-Systems 2002	55
Tab. 4.6.1	Inzidenz und Mortalität Mammakarzinom in Tirol.....	58
Tab. 4.6.2	Inzidenz und Mortalität Kolorektales Karzinom in Tirol.....	60
Tab. 4.6.3	Inzidenz und Mortalität Lungenkarzinom in Tirol.....	62
Tab. 4.7.1	Stationär behandelte Diabetes-PatientInnen 2002	63
Tab. 4.7.2	Stationär behandelte COPD-PatientInnen 2002	66
Tab. 7.2.3	Steigerung der Beratungskontakte DOWAS	78

12 Grafikenverzeichnis

Graf. 3.1.2a	Altersverteilung EU-StaatsbürgerInnen EU-15	16
Graf. 3.1.2b	Altersverteilung Nicht-EU-StaatsbürgerInnen	17
Graf. 3.3.1	Geburtenziffer Tirol.....	20
Graf. 3.3.2	Sterbeziffer Tirol	21
Graf. 4.3.1	Frauen nach Lebensunterhalt 1991 und 2001	23
Graf. 3.4.2	Höchste abgeschlossene Schulbildung in Prozentanteilen	23
Graf. 3.4.3a	Arbeitszeitverteilung in Tirol nach Geschlecht	25
Graf. 3.4.3b	ISCO Berufshauptgruppen 2001	26
Graf. 3.4.4a	Einkommensverteilung Tirol 2002.....	27
Graf. 3.4.4b	Anteil des Bruttojahreseinkommens 2003 von Frauen an jenem von Männern in Tirol.....	28
Graf. 3.4.5	Verteilung bezahlter und unbezahlter Arbeit.....	29
Graf. 3.4.7a	Einkommensverteilung PensionistInnen in Tirol 2002	32
Graf. 3.4.7b	Alterspension ASVG-Neuzugänge Österreich	32
Graf. 3.5.2	Alleinerzieherinnen nach Bezirken.....	35
Graf. 3.5.3	Gesamtfertilitätsrate	36
Graf. 3.5.4a	Familienstand Tirolerinnen	37
Graf. 3.5.4b	Familienstand Frauen Tirol 2001.....	38
Graf. 3.5.4c	Familienstand Männer Tirol 2001.....	38
Graf. 3.5.4d	Ehescheidungen in Tirol.....	39
Graf. 4.2.1a	Haupttodesursachen Frauen Tirol 2003.....	42
Graf. 4.2.1b	Haupttodesursachen Männer Tirol 2003.....	43
Graf. 4.2.1c	Haupttodesursachen Frauen unter 65	43
Graf. 4.2.1d	Haupttodesursachen Männer unter 65.....	44
Graf. 4.2.2	Müttersterblichkeit in Österreich.....	45
Graf. 4.2.3	Säuglingssterblichkeit Tirol.....	46
Graf. 4.3.2a	Hauptgründe Krankenhausaufenthalte Frauen Tirol 2003.....	48
Graf. 4.3.2b	Hauptgründe Krankenhausaufenthalte Männer Tirol 2003.....	48
Graf. 4.3.3	Aufenthaltsdauer von Frauen	50
Graf. 4.4	Vorsorgeuntersuchungen Tirol	51
Graf. 4.5a	Krankheiten des Kreislaufsystems Frauen.....	53
Graf. 4.5b	Krankheiten des Kreislaufsystems Männer.....	54
Graf. 4.6.1	Mammakarzinom	57
Graf. 4.6.2	Kolorektales Karzinom	59
Graf. 4.6.3	Lungenkarzinom.....	61
Graf. 4.7.1a	Diabetes Frauen.....	64
Graf. 4.7.1b	Diabetes Männer	64
Graf. 4.7.2a	COPD Frauen.....	66
Graf. 4.7.2b	COPD Männer	67
Graf. 5.1.2a	Anteil der Raucherinnen und Raucher Tirol	69
Graf. 5.1.2b	Anteil der täglich rauchenden 15jährigen ÖsterreicherInnen	69
Graf. 5.1.2c	Altersverteilung Frauen 1997	70
Graf. 5.1.2d	Altersverteilung Männer 1997	71
Graf. 6a	Wegweisungen und Betretungsverbote (Polizeivollzug) Tirol.....	72
Graf. 6b	Wegweisungen und Betretungsverbote	73
Graf. 7.1.2	Abnahme der Unwissenheit um Gesamtcholesterin, Blutzucker und Blutdruck 1999-2002	75
Graf. 7.2.3	Beratungskontakte DOWAS.....	78

13 Literaturverzeichnis

1. AK Tirol-Kammer für Arbeiter und Angestellte für Tirol (Hrsg.) (2004) Pflege in der Familie. Tirolstudie 2004-Kurzbericht. Innsbruck: AK-Tirol
2. AK Tirol-Kammer für Arbeiter und Angestellte für Tirol (Hrsg.) (2005a) Wirtschafts- und sozialstatistisches Jahrbuch 2004. Innsbruck: AK Tirol
3. AK Tirol-Kammer für Arbeiter und Angestellte für Tirol (Hrsg.) (2005b) Wirtschafts- und sozialstatistische Informationen. Nr. 3. Innsbruck: AK Tirol
4. Amnesty international Österreich (2004) Pressemitteilung : ai-Kampagne „Gewalt gegen Frauen- nicht mit uns!“ Wien,5.3.2004
5. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften (Hrsg.) (2001) Richtlinie 2001/37/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen. In: Amtsblatt der Europäischen Union L 194, Jul 2001 44. Luxemburg http://europa.eu.int/eur-lex/pri/de/oj/dat/2001/l_194/l_19420010718de00260034.pdf (letzter Zugriff 10.01.2006)
6. Appelt E. (2003) Frauen in der Migration – Lebensform und sozial Situation. In: Fassmann H., Ammersberger H., (Hrsg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Demographische Entwicklungen - sozioökonomische Strukturen - rechtliche Rahmenbedingungen. Wien. S 144-170
7. Bader A., Musshauer D., Sahin F. (2005) The Mosque Campaign – a Cardiovascular Prevention Program for female Turkish Immigrants .Studie im Auftrag des Frauengesundheitsbüros Tirol (Hrsg.): Innsbruck: Unveröffentlicht
8. Bagavos Ch., Martin C. (2001) Low fertility, families and public policies. Synthesis Report. ÖIF-Österreichisches Institut für Familienforschung (Hrsg.) Materialiensammlung (10) Wien 2001:ÖIF
9. [Baron JA](#), [La Vecchia C](#), [Levi F](#) (1990) The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women In: [Am J Obstet Gynecol](#). 1990 Feb;162(2):502-14
10. BMSG- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2000) Seniorenbericht- Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen. Wien: BMSG http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/2/3/3/CH0107/CMS1084959302371/seniorenbericht_langfassung1.pdf
11. BMSG- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2003) Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus September 2002. Wien: BMSG <ftp://www.statistik.at/pub/neuerscheinungen/kinderbetreuung1.pdf> <ftp://www.statistik.at/pub/neuerscheinungen/kinderbetreuung2.pdf>
12. BMSG- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2005) Bericht über die soziale Lage, Resortaktivitäten und Analysen. Wien :BMSG http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/9/2/3/CH0338/CMS1064227005975/bericht_ueber_die_soziale_lage_2003_-_2004.pdf (Letzter Zugriff 24.10.2005)
13. Bollini P, Siem H. (1995) No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000 In: Soc Sci Med 1995; 41(6): 819-828.
14. Bolognese-Leuchtenmüller B., Horn B. (Hrsg.) (2000) Töchter des Hippokrates - 100 Jahre akademische Ärztinnen in Österreich. Wien: ÖÄK Verlag
15. [Breitenecker G](#), [Dinges HP](#), [Regitnig P](#), et al. (2004) Cytopathology in Austria. In: [Cytopathology](#). 2004 Apr;15(2):113-8.
16. Brinkmann C. (1991) Arbeitslosigkeit und stille Reserve von Frauen; In: Mayer K..(Hrsg):Vom Regen in die Traufe: Frauen zwischen Beruf und Familie . Frankfurt :Campus 233-262
17. BZPH - Berliner Zentrum Public Health (Hrsg.) (2002) Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Berlin: Blaue Reihe
18. CDC- Centers for Disease Control and Prevention (Hrsg.) (2001) Women and smoking- A Report of the surgeon General. Atlanta: CDC-Office on Smoking and Health http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/sgr_women_chapters.htm (letzter Zugriff 04.01.2006)
19. [Daling JR](#), [Madeleine MM](#), [McKnight B.](#), et.al (1996) The relationship of human papillomavirus-related cervical tumors to cigarette smoking, oral contraceptive use, and prior herpes simplex virus type 2 infection. In: [Cancer Epidemiol Biomarkers Prev](#). 1996 Jul;5(7):541-8.

-
20. Dimmel N., Schoibl H. (2003) Im Schatten des Wohlstands breitet Armut sich aus. Salzburg; In: Austrian Report 2004 for the European Observatory on homelessness: Research Update: FEANTSA
http://www.feantsa.org/files/national_reports/austria/AUSTRIA%20research%20update%202004.pdf (Letzter Zugriff 16.12. 2005)
 21. DOWAS für Frauen-Durchgangsort für wohnungs- und arbeitssuchende Frauen (2001) Tätigkeitbericht 2000. Innsbruck
 22. DOWAS für Frauen-Durchgangsort für wohnungs- und arbeitssuchende Frauen (2002) Tätigkeitbericht 2001. Innsbruck
 23. DOWAS für Frauen-Durchgangsort für wohnungs- und arbeitssuchende Frauen (2003) Tätigkeitbericht 2002. Innsbruck
 24. DOWAS für Frauen-Durchgangsort für wohnungs- und arbeitssuchende Frauen (2004) Tätigkeitbericht 2003. Innsbruck
 25. DOWAS für Frauen-Durchgangsort für wohnungs- und arbeitssuchende Frauen (2005) Tätigkeitbericht 2004. Innsbruck
 26. LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Hrsg.), (2002), Hbsc/17: Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen.
 27. Eitel G., Schoibl H. (1999) Grundlagenerhebung zur Wohnungslosensituation in Österreich. im Auftrag von BMfWA, BMfUJF, BMAS. Wien: WBFÖ 1999 (3)
 28. Europäische Kommission (2001) European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. 3.Auflage , Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften(Hrsg.)
 29. Europäische Kommission (2003) Die Gesundheitssituation in der Europäischen Union - Gesundheitsunterschiede verringern, Luxemburg : Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften
http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/health_status_de.pdf (Letzter Zugriff 11.01.2006)
 30. Europarat (Expertengruppe für Mainstreaming) (1998) Gender Mainstreaming, Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken. Schlussbericht über die Tätigkeit der Group of Specialists on Mainstreaming (EG-S-MS), Straßburg
 31. Eurostat- Europäisches Statistisches Zentralamt (2005) Europa in Zahlen - Eurostat Jahrbuch 2005. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften
 32. Fischer G. (2005) Warum Frauen gesünder leben und Männer früher sterben. Wien: Veralgshaus der Ärzte
 33. Gensluckner L, Regensburger Ch, Schlichtmeier V., et al. (2001): vielstimmig. mancherorts Die Neue Frauenbewegung in Tirol seit 1970. ArchFem -Interdisziplinäres Archiv für Feministische Dokumentation (Hrsg.). Innsbruck: Studienverlag
 34. Gotzsche PC, Olsen O. (2000) Is screening for breast cancer with mammography justifiable? In: Lancet 355: 129-134
 35. [Greenberg ER](#), [Vessey M.](#), [McPherson K.](#), et al. (1985) Cigarette smoking and cancer of the uterine cervix. In: British journal of cancer 1985 Jan; 51(1):139-41.
 36. Greifenhagen A., Fichter M. (1997) Mental illness in homeless women: an epidemiological study Munich Germany. In: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1997; 247 (3): 162-172
 37. Guger A., Marterauer M. (2005) Langfristige Tendenzen der Einkommensverteilung in Österreich. In: Bericht über die soziale Lage, Ressortaktivitäten und Analysen. Wien :BMSG. S 253-276
 38. Haseltine F., Greenberg-Jacobson B. (Hrsg) (1997) Women's Health Research – A Medical Policy Primer. Washington: Health Press International
 39. Hochleitner M.(1997) Frauen und Herz-Kreislauf Erkrankungen. Eine Untersuchung der Geschlechterunterschiede in den kardiologischen Patientenkarriere an der Universitätsklinik Innsbruck. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft, Verkehr und Kunst, Innsbruck: BMWVK
 40. Hochleitner M. (1998) Tirol hat eine höhere weibliche als männliche Herz-Kreislauf Mortalität . sind Gender Differences an der Notfallaufnahme aufzeigbar? Studie im Auftrag der Gesundheits- und Frauenreferentin des Landes Tirol LR Dr. Zanon, Innsbruck
 41. Hochleitner M., Bader A. (1999a) Tirol hat eine höhere weibliche als männliche Herz-Kreislauf Mortalität: Sind Gender Differences bei den kardiologischen Patientenkarrieren an der Koronarangiographie aufzeigbar? . Studie im Auftrag der Gesundheits- und Frauenreferentin
-

- des Landes Tirol LR Dr. Zanon, Innsbruck: LBI- Ludwig Boltzmanninstitut für kardiologische Geschlechterforschung
42. Hochleitner M. (1999b) Zur Situation der Älteren Frau ab dem 65. Lebensjahr in Tirol: Welche Folgerungen sind aus der erhobenen Pflege -und Sozialsituation abzuleiten? Studie zum Internationalen Jahr älterer Menschen im Auftrag der Gesundheits- und Frauenreferentin des Landes Tirol LR Dr. Zanon
 43. Hochleitner M, Bader A, Sahin F., Bezirkan H. (2000) Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen Studie im Auftrag des Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Innsbruck : LBI - Ludwig Boltzmanninstitut für kardiologische Geschlechterforschung
 44. [Holland W.](#) (1997) European Community Atlas of Avoidable Death 1985-1989 Vol 3 Oxford University Press
 45. Initiative Frauen Helfen Frauen (2004) Pressekonferenz 04.02.2005 <http://www.fhf-tirol.at/> (Letzter Zugriff 12.12.2005).
 46. Institut für Biostatistik und Dokumentation der Universität Innsbruck (2000) Innsbrucker Frauen – Gesundheitsstudie 1999. Studie im Auftrag der Magistratsabteilung V. für Soziales, Kultur und Sport der Stadt Innsbruck:
 47. IOM - International Organization for Migration (2003) Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (Hrsg.) Wien
 48. Jahn I. (1998) Zur Bedeutung der Eingebundenheit von Frauen in Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit für ihre Gesundheit. Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health(Hrsg.) : In: Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaften, Praxis und Politik. Bern: Verlag Hans Huber
 49. Joossens L, Sasco A (1999) Manche mögen' s "light"- Frauen und Rauchen in der Europäischen Union. Europa-Bericht 1999. Brüssel: European Network for Smoking Prevention
 50. Klesse R., Sonntag U., Brinkmann M., et al. (1992) Gesundheitshandeln von Frauen: Leben zwischen Selbstlosigkeit und Selbstbewusstsein. Frankfurt/New York: Campus Verlag
 51. Kytir J. ,Schmeiser-Rieder A., Böhmer F. et al. (2000) Gesund und krank Älterwerden. In: Seniorenbericht 2000-Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.). Wien: BMSG. S 258-324
 52. [Lacey JV.](#), [Frisch M.](#), [Brinton LA.](#), et al. (2001) Associations between smoking and adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix In: [Cancer Causes Control](#). 2001 Feb;12(2):153-61
 53. Landesstatistik Tirol (Hrsg.) (2005) Demographische Daten Tirol 2004. Innsbruck: Amt der Tiroler Landesregierung Raumordnung –Statistik. Landesstatistik Tirol http://www.tirol.gv.at/themen/zahlenundfakten/statistik/downloads/bev_2004.pdf
 54. Lange C., Lampert T. (2003) Stand und Perspektiven einer Geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung.In: Blickpunkt der Mann. 2003; 1 (3) 20-25
 55. Legato M. (2002) Evas Rippe- Die Entdeckung der weiblichen Medizin. Köln: Kiepschenheuer & Witsch
 56. Legato M (Hrsg.)(2004) Principles of Gender specific Medicine Vol.1 & Vol.2. New York: Elsevier Academic Press
 57. Loibl E., Corazza E. (2003) Frauengerechte Qualitätsstandards BAWO Frauenarbeitskreis der Wiener Wohnungslosenhilfe. <http://www.bawo.at> (Letzter Zugriff 27.11.05)
 58. Lorber J. (1997) Gender and the social construction of illness. Sage Publications: Thousand Oaks
 59. Lorber J. (1999) Gender - Paradoxien. Reihe Geschlecht und Gesellschaft;15 - Opladen : Leske + Budrich
 60. Medizinische Universität Innsbruck (2004) Frauenförderungsplan der Medizinischen Universität Innsbruck. Mitteilungsblatt der Medizinische Universität Innsbruck. 16.April 2004, S. 147-161
 61. Mixa E. (Hsg) (1996) Körper-Geschlecht-Geschichte: Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck: Studienverlag
 62. Mohr G. (1993) Ausgezählt. Theoretische und empirische Beiträge zur Psychologie der Frauenerwerbslosigkeit , Weinheim: Deutscher Studienverlag
 63. Mühlhauser I, Höldke B. (2002): Information zum Mammographiescreening - vom Trugschluss zur Ent-Täuschung. Radiologe 42: 299-304 (2002)
 64. Nystrom L., Andersson I., Bjurstam N., et al. (2002) Long term effect of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. Lancet 359:909-919
 65. Oberaigner W. Mühlböck H. Harrasser L. (2003a) Mammakarzinome in Tirol. In: Onkologische Berichte Tirol - Band 01, Innsbruck: IET – Institut für klinische Epidemiologie

-
66. Oberaigner W. Mühlböck H. Harrasser L. (2003b) Lungenkarzinome in Tirol. In: Onkologische Berichte Tirol - Band 02, Innsbruck: IET - Institut für klinische Epidemiologie
 67. Oberaigner W. Mühlböck H. Harrasser L. (2003c) Kolorektale Karzinome in Tirol. In: Onkologische Berichte Tirol - Band 04, Innsbruck: IET - Institut für klinische Epidemiologie
 68. Oberaigner W. Mühlböck H. Harrasser L. (2005b) Tumorregister Tirol. Bericht für die Diagnosejahre 2001/2001. Innsbruck :IET- Institut für klinische Epidemiologie
 69. Oberaigner W. Schröcksnadel H., Leitner H. (2005a) Geburtenregister Tirol. Jahresbericht 2004. Innsbruck: IET-Institut für klinische Epidemiologie der Tilak GmbH
 70. ÖBIG- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003) Tiroler Gesundheitsbericht 2002. Bericht im Auftrag der Tiroler Landesregierung : Innsbruck: Amt der Tiroler Landesregierung
 71. ÖGAM -Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (2005) Pressemeldung 16-November –Welt COPD Tag 2005. Wien, 09.11.2005
 72. Oppitz M. (2000) Die Lage älterer Menschen aus Wirtschafts- und sozialstatistischer Sicht. In: Seniorenbericht 2000-Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg). Wien: BMSG.S 164-198
 73. Payne S. (2005) Gender in lung cancer and smoking research. Gender and Health research series WHO – World Health Organization (Hrsg) :Geneva
 74. Püringer U. (2005) Vorsorgeuntersuchung Neu - Wissenschaftliche Grundlagen. Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB (Hrsg) www.sozialversicherung.at/vorsorgeuntersuchung-grundlagen
 75. Rásky E., Frauengesundheitszentrum Graz (Hrsg.) (2003) Info-Kompass Frauengesundheiten In: Gesundheitswissenschaften Bd.24. Linz
 76. Rieder A. (Hrsg.) (2004a) Gender Medizin, Geschlechtsspezifische Aspekte für die Klinische Praxis. Wien: Springer Verlag
 77. Rieder A., Rathmanner Th., Kiefer I., et al. (2004b) Österreichischer Diabetesbericht-Daten Fakten, Strategien . Wien <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0118&doc=CMS1094125336954>
 78. Robert Koch Institut (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13, Berlin: Robert Koch Institut
 79. Schoibl H. (2004) National Report on Homelessness 2003 Austria. Statistical Update FEANTSA: http://www.feantsa.org/files/national_reports/austria/austria2003_statistics_update.pdf
 80. Stadt Innsbruck (2005) Pressemeldung : „Zum Thema: „wohnungslos und psychisch krank“ tagten Vertreter von Stadt, Land sowie Sozialvereine“ 22.4.2005. Medienservice Pressearchiv Stadt Innsbruck http://www.innsbruck.at/io30/browse/Webseiten/Content/Medienservice/Pressearchiv/Jahr%202005/April%202005/FachbeiratSprenger_de.xdoc (Letzter Zugriff 16.12.2005)
 81. Statistik Austria (1993a) Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1991. (Todesursachen) Wien: Statistik Austria
 82. Statistik Austria (1993b) Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1992. Teil B Gesundheitsstatistik. Wien: Statistik Austria
 83. Statistik Austria (1995) Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1993. Teil B Gesundheitsstatistik (Todesursachen). Wien: Statistik Austria
 84. Statistik Austria (1996) Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1994. Wien: Statistik Austria
 85. Statistik Austria (2002a) Geschlechtsspezifische Disparitäten. Publikation im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur <ftp://www.statistik.at/pub/neuerscheinungen/geschlecht.pdf> (Letzter Zugriff 25.1.2006)
 86. Statistik Austria (2002b) „Rauchgewohnheiten“. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997", Wien : Statistik Austria
 87. Statistik Austria (2003)Volkszählung 2001 Hauptergebnisse I -Tirol. Wien: Statistik Austria
 88. Statistik Austria (2004a) Volkszählung 2001 Hauptergebnisse II -Tirol. Wien: Statistik Austria
 89. Statistik Austria (2004b) Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich, Wien Statistik Austria
 90. Statistik Austria (2005a) Statistisches Jahrbuch 2005. Wien: Statistik Austria
 91. Statistik Austria (2005b) Volkszählung 2001: Haushalte und Familie. Wien: Statistik Austria
 92. Statistik Austria (2005c) Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003. Wien :Statistik Austria
 93. Statistik Austria (2005d) Demographische Indikatoren Tirol 1965-2004, Wien :Statistik Austria
 94. [Studnicka M.](#) (2005) Epidemiologie und Prevention der COPD, Wien. Med. Wochenschr. 2005, 155(5-6):78-80
-

95. Till-Tentschert U., Lamei N., Bauer M. (2005) Armut und Armutsgefährdung in Österreich 2003. In: Bericht über die soziale Lage, Ressortaktivitäten und Analysen. Wien :BMSG. S 207-233
96. Tiroler Frauenhaus für misshandelte Frauen und Kinder (Hrsg.) Tätigkeitsbericht Tiroler Frauenhaus 2004. Innsbruck
97. Torchalla I., Albrecht F., Buchekremer G. et al. (2004) Homeless women with psychiatric disorders- a field study In: Psychiatr Prax. 2004 Jul; 31(5):228-235
98. Trabert, G. (1997) Gesundheitsstatus und medizinische Versorgungssituation von allein stehenden, wohnungslosen Menschen. In: Gesundheitswesen 59, 378-386
99. UN –United Nations (1996) The Beijing Declaration and the Platform for Action. Fourth World Conference on Women; Beijing, China, September 4-15, 1995 New York :UN
http://www.un.org/Depts/german/conf/beijing/beij_bericht.html
100. WHO - World Health Organization (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO International. http://www.euro.who.int/eprise/main/who/aboutwho/policy/20010827_2 (letzter Zugriff 11.12.2005)
101. WHO - World Health Organization (1988) Adelaid Recommendations on Healthy Public Policy. Geneva: WHO International
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/print.html> . Zitiert nach :
<http://www.sgw.hs-magdeburg.de/kurmat/goepel/EUMAHP/> (letzter Zugriff 11.12.2005)
102. WHO – World Health Organization (1994) Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäische Ländern. Kopenhagen : WHO Regional Office Europe.
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_3?language=German
103. WHO – World Health Organization (2002) The European Health report 2002. Kopenhagen: WHO Regional Publications. <http://www.euro.who.int/europeanhealthreport> (Letzter Zugriff 14.01.2006)
104. Wimmer B, Ipsiroglu OS. (2001) Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von MigrantInnen und deren Kindern. Analyse und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen. Wien. Klin .Wochenschr. 2001; 113(15-169: 616-621
105. Wimmer-Puchinger B., Baldaszi E. (2001). Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. Wien. Klin. Wochenschr. 2001; 113/13-14: 516-526.