

# Aktionsplan Frauengesundheit

40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich

Zwischenbericht



## Impressum

### **Eigentümer, Herausgeber und Verleger**

Bundesministerium für Gesundheit  
Radetzkystraße 2, 1030 Wien  
[www.bmg.gv.at](http://www.bmg.gv.at)

Bundesministerium für Bildung und Frauen  
Minoritenplatz 5, 1010 Wien  
[www.bmbf.gv.at](http://www.bmbf.gv.at)

### **Cover**

Mag. David Fließner (BMG)

### **Redaktion und Druck**

Gesundheit Österreich GmbH

### **Erscheinungsdatum**

August 2015

# Inhalt

<b>Abbildungen</b> .....	<b>4</b>
<b>Abkürzungen</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Entwicklungsprozess des Aktionsplans Frauengesundheit</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Frauengesundheit ein Leben lang – altersübergreifende Aspekte</b> .....	<b>8</b>
Wirkungsziel 1 Gendergerechte Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung fördern .....	9
Maßnahme 1 Evidenzbasierte Leitlinien für Screening und Behandlung von frauenspezifischen Erkrankungen entwickeln .....	10
Maßnahme 2 Kompetenz für Frauengesundheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Medizin-, Gesundheits- und Sozialberufen verankern .....	10
Wirkungsziel 2 Frauen treffen informierte, gesundheitsbewusste und selbstbestimmte Entscheidungen in Gesundheitsfragen.....	11
Maßnahme 3 Den Wissensstand in der Bevölkerung zu den bei Frauen gehäuft auftretenden Erkrankungen und deren Behandlung verbessern .....	12
Maßnahme 4 Gesundheitskompetenzfördernde Gestaltung von Institutionen bzw. Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialbereich forcieren .....	12
Wirkungsziel 3 Gewaltprävention - Hilfe und Unterstützung für von Gewalt betroffene Frauen ausbauen .....	13
Maßnahme 5 Laufende Sensibilisierungs-, Aufklärungs- und Informationstätigkeit zum Thema „Gewalt im öffentlichen Nahraum“ fortführen .....	15
Maßnahme 6 Multiprofessionelle Opfer- bzw. Gewaltschutzgruppen in den Einrichtungen des Gesundheitssystems implementieren .....	15
Wirkungsziel 4 Institutionen (insbesondere Beratungsstellen) für frauenspezifische Aspekte bei Behinderung sensibilisieren .....	17
Maßnahme 7 Die Stelle einer Frauenbeauftragten in Einrichtungen der Behindertenhilfe etablieren	18
Maßnahme 8 Beratungskompetenz – besonders in Hinblick auf die Lebenssituation von Frauen mit Beeinträchtigungen – verbessern .....	18
Wirkungsziel 5 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund erhöhen .....	19
Maßnahme 9 Meta-Evaluation abgeschlossener Projekte durchführen und Erfolgskriterien für migrationsspezifische Gesundheitsförderungsprojekte entwickeln .....	20
Maßnahme 10 Institutionen und Leistungen des Gesundheits- und Sozialbereichs barrierefrei gestalten .....	20
Wirkungsziel 6 Armutrisiken von Frauen in allen Lebensphasen verringern .....	21
<b>3. Mädchen und junge Frauen</b> .....	<b>23</b>
Wirkungsziel 7 Bei Mädchen und jungen Frauen ein positives Selbstbild für ein gesundes Leben fördern.....	23
Maßnahme 11 Bewusstseinsbildungs-, Sensibilisierungs- und Informationsprogramme ausbauen ....	24
Maßnahme 12 Gesetzliche Maßnahmen zur Unterstützung eines positiven Selbstbildes.....	25

Wirkungsziel 8 Einen reflektierten Umgang mit gesellschaftlichen Rollenbildern bei Mädchen und jungen Frauen fördern.....	26
Maßnahme 13 Konzepte zur Sensibilisierung von Angehörigen pädagogischer Berufe entwickeln und die Auseinandersetzung mit Rollenbildern in die pädagogische Arbeit integrieren .....	27
Maßnahme 14 Geschlechtssensible Bildungs- und Berufsorientierung ausbauen.....	28
Wirkungsziel 9 Die sexuelle Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen fördern und schützen .....	29
Maßnahme 15 Informationsoffensive zu Fragen sexueller Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen starten sowie flächendeckend niederschwellige Beratungsstellen etablieren und Online–Portale ausbauen .....	30
Maßnahme 16 Interministeriellen Dialog zur langjährigen Forderung, kostenlose Verhütungsmittel und Safer-Sex-Tools zur Verfügung zu stellen, unter Einbeziehung wichtiger Stakeholder starten.....	31
Maßnahme 17 Unterstützung und Evaluation der Umsetzung des Grundsaterlasses „Sexualpädagogik“ .....	31
Maßnahme 18 Qualitätskriterien für Institutionen im Bereich sexueller Bildung entwickeln .....	33
Maßnahme 19 Krisenintervention, Vor- und Nachbetreuung, Notschlafstelle für Mädchen und junge Frauen einrichten.....	33
Maßnahme 20 Schulische Unterstützungssysteme in Hinblick auf Genderkompetenz weiterentwickeln .....	34
<b>4. Frauen im Erwerbsalter .....</b>	<b>35</b>
Wirkungsziel 10 Durch gerechte Aufteilung der bezahlten und unbezahlten Arbeit die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Frauen fördern.....	37
Maßnahme 21 Arbeitsbedingungen für Frauen verbessern sowie erwerbstätige Frauen durch den Ausbau von sozialen Dienstleistungen entlasten .....	38
Maßnahme 22 Gender-Aspekte in der Betrieblichen Gesundheitsförderung verstärkt berücksichtigen	39
Wirkungsziel 11 Die psychische Gesundheit von Frauen stärken.....	40
Maßnahme 23 Die Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen als fixen Bestandteil aller Gesundheits- und Sozialprogramme etablieren .....	40
Maßnahme 24 Psychische Gesundheitsversorgung als Sachleistung sicherstellen.....	40
Maßnahme 25 Begleitende psychische Betreuung als gleichberechtigten Bestandteil der Krankenbehandlung sicherstellen.....	41
Wirkungsziel 12 Mehr gesunde Lebensjahre durch evidenzbasierte Prävention und Versorgung von den häufigsten frauenspezifischen chronischen Krankheiten (NCDs) gewährleisten.....	42
Maßnahme 26 Präventionsangebote und Disease-Management-Programme (DMP) für die häufigsten frauenspezifischen Erkrankungen entwickeln .....	43
Wirkungsziel 13 Reproduktive Gesundheit fördern.....	43
Maßnahme 27 Frauen in selbstbestimmter Sexualität durch zugängliche Verhütungsmittel unterstützen sowie die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch in allen Bundesländern sichern.....	45
Maßnahme 28 Ganzheitlichen Betreuung in Schwangerschaft/Geburtshilfe etablieren sowie Disease-Management-Programme für Gestationsdiabetes implementieren.....	45
Maßnahme 29 Leitlinien zum Kaiserschnitt nach internationalen Vorbildern implementieren .....	46

Maßnahme 30 Psychische Betreuung bei Entscheidungsfindung nach Pränatal-Diagnostik sowie im Prozess der assistierten reproduktions-medizinischen Behandlung etablieren.....	47
<b>5. Ältere Frauen .....</b>	<b>48</b>
Wirkungsziel 14 Bis ins hohe Alter gendergerechte, individualisierte medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung unabhängig vom Setting sicherstellen .....	48
Maßnahme 31 Interdisziplinäre Forschung zu frauenspezifischen Gesundheitsfragen der dritten und vierten Lebensphase verstärken .....	49
Maßnahme 32 Regionale Plattformen der Frauengesundheit etablieren.....	50
Maßnahme 33 Trotz chronischer Erkrankung gesund und aktiv leben .....	50
Wirkungsziel 15 Rahmenbedingungen schaffen, die es den derzeit hauptsächlich weiblichen Pflege- und Betreuungspersonen ermöglichen, die eigene Gesundheit, Selbstbestimmung und Würde zu erhalten .....	51
Maßnahme 34 Aufsuchende Entlastungsgespräche für pflegende Angehörige im häuslichen Setting flächendeckend etablieren .....	52
Maßnahme 35 Geschlechtersensibilität von Mitarbeiter/innen in Gesundheits- und Sozialberufen fördern .....	52
Maßnahme 36 Unternehmen für die Situation pflegender Angehöriger sensibilisieren und Beratungsangebote etablieren .....	53
Wirkungsziel 16 Armutgefährdete ältere Frauen erhalten Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, ihre Selbsthilfefähigkeiten zu erhalten sowie selbstbestimmt und autonom zu leben .....	53
Maßnahme 37 „One-Stop Shop“ für die Beantragung und Abwicklung von Sozialleistungen sowie für Pflegeberatung etablieren .....	54
Wirkungsziel 17 Differenziertes, wertschätzendes Bild bezüglich der vielfältigen Lebensrealitäten älterer Frauen entwickeln und ihre Teilhabechancen in der Gesellschaft sichern .....	54
Maßnahme 38 Verbesserung der Lebenssituation und Sicherstellung der Teilhabechancen älterer Frauen nachhaltig fördern .....	55
Maßnahme 39 Genderaspekte in Projekten zur sozialen Teilhabe und Gesundheitsförderung älterer Frauen verstärkt berücksichtigen. ....	55
Maßnahme 40 Eine alters- und frauenfreundliche öffentliche Kommunikation von Politik und Medien forcieren.....	56
<b>6. Literatur .....</b>	<b>57</b>
<b>7. Teilnehmer/innen .....</b>	<b>60</b>

## Abbildungen

Abbildung 4.1: Entwicklungsaufgaben für Frauen in der Phase „Erwerbsleben“ .....	35
Abbildung 4.2: Zentrale Risikofaktoren für Frauengesundheit in der Phase „Erwerbsleben“ .....	36

# Abkürzungen

AÖF	Autonome Österreichische Frauenhäuser
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Frauen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
DMP	Disease-Management-Programm
EU	Europäische Union
FEM	Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
HLS-EU	European Health Literacy Project
IBOBB	Information, Beratung und Orientierung für Bildung und Beruf
KOBV	Kriegsopfer- und Behindertenverband
LBI	Ludwig Boltzmann Institut
MiMi	Mit Migranten für Migranten
NAP	Nationaler Aktionsplan
NCD	Non-communicable disease(s) / chronische Krankheit(en)
ÖGF	Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
Pap-Test	Abstrich für das primäre Screening von Zervixkarzinomen (nach dem Arzt Papanicolaou)
PPD	postpartale Depression
R-GZ	Regionales Gesundheitsziel
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation

# 1. Entwicklungsprozess des Aktionsplans Frauengesundheit

## Zielsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit

Selbstbestimmung von Frauen in allen gesundheitlichen Belangen ebenso wie genderspezifische Aspekte der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung sind wichtige Anliegen einer sozialen Gesellschaft. Deshalb hat die Bundesregierung die Erstellung eines „Aktionsplans Frauengesundheit“ in ihr Arbeitsprogramm 2013 bis 2018 aufgenommen. Im Jahr 2014 wurde von der Bundesministerin für Frauen, Gabriele Heinisch-Hosek, eine Umfrage zum Thema Frauengesundheit in Auftrag gegeben. Die Präsentation der Ergebnisse war zugleich der Auftakt für die Entwicklung des Aktionsplans.

Gesundheit und Krankheit, aber auch der Zugang zum Gesundheitssystem, werden wesentlich von sozialen Faktoren bestimmt. Geschlechtsunterschiede, Alter, Familien- und Lebensform, ethnische Zugehörigkeit, Bildung und soziale Schicht spielen dabei eine Rolle.

Die Gesundheit von Frauen unterschiedlichen Alters ist auch von unterschiedlichen Faktoren bestimmt. Im Rahmen eines interministeriellen Projekts von BMBF und BMG wird daher unter Einbindung weiterer Politikfelder ein Aktionsplan für Frauengesundheit entwickelt.

## Angestrebtes Prozessergebnis

Das angestrebte Produkt des Prozesses ist ein „Aktionsplan Frauengesundheit“ mit 40 Maßnahmen, die für Frauen in Österreich die gesundheitliche Chancengerechtigkeit verbessern. Es sollen insbesondere bereits bestehende Aktivitäten und Programme, die in Zusammenhang mit Frauengesundheit stehen und von diversen Institutionen betrieben werden, gebündelt und weiterentwickelt werden, um Synergien zu nutzen und Parallelstrategien zu vermeiden.

Deshalb wurden pro Arbeitsgruppe zuerst die anzustrebenden Ergebnisse (**Wirkungsziele**) beschrieben. Bei der Formulierung der Ziele stehen also die angestrebten Auswirkungen im Vordergrund, wie diese erzielt werden, wird im Anschluss abgeleitet (**Maßnahmen**). Die formulierten Wirkungsziele wiederum beschreiben einzelne Aspekte des jeweiligen Handlungsfeldes (im Sinne von Teil- oder Subzielen).

Der Aktionsplan wird entlang der verschiedenen Lebensphasen von Frauen – der Jugend, dem Berufsalter, dem höheren Alter – strukturiert. Pro Lebensphase werden zehn Maßnahmen im Rahmen von drei Arbeitsgruppen definiert. Von der Steuerungsgruppe, die sich aus Vertretern/Vertreterinnen der beiden Ministerien zusammensetzt, werden gemeinsam mit den Arbeitsgruppenleiterinnen ebenfalls zehn Maßnahmen zu altersübergreifenden Themenstellungen und Wirkungsziele festgelegt.

Die Maßnahmen sollen sich sowohl auf Gesundheitsförderung als auch Gesundheitsversorgung beziehen, verhaltens- und verhältnisorientiert ausgerichtet sein und nach unterschiedlichen Zeithorizonten gebündelt werden, wobei ein ausgewogenes Verhältnis angestrebt wird.



## **Prozessschritte und Arbeitsweise**

### *Bestandsaufnahme zu wesentlichen Aspekten der Frauengesundheit*

Um eine gemeinsame Ausgangsbasis für die Diskussion in den Arbeitsgruppen zu schaffen, wurden in einer Bestandsaufnahme jene Aspekte der Gesundheit erfasst, die „nur Frauen, hauptsächlich Frauen und Frauen anders“ betreffen und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit skizzieren.

### *Erarbeitung von Wirkungszielen und Maßnahmen zu den Lebensphasen*

Die in der Bestandsaufnahme thematisierten Aspekte zur Frauengesundheit in der jeweiligen Lebensphase wurden im Rahmen des ersten Arbeitsgruppentreffens von den teilnehmenden Experten/Expertinnen gesichtet, ergänzt und aktualisiert. Danach wurden die zentralen Themenstellungen jeder Lebensphase von je einer Arbeitsgruppe priorisiert und auf dieser Grundlage drei bis vier Wirkungsziele erarbeitet. In jeder der drei Arbeitsgruppen wurden ebenso altersübergreifende Themenstellungen als Grundlage für die Maßnahmenplanung im Rahmen der Steuerungsgruppe identifiziert.

Im zweiten Treffen erarbeiteten die Teilnehmer/innen Maßnahmen zu den jeweiligen Wirkungszielen sowie zu altersübergreifenden Themenstellungen. Insgesamt waren 62 Vertreter/innen relevanter Stakeholder aus Gesundheitswesen, unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, Fachgesellschaften, Frauenpolitik, anderen Politikbereichen und verschiedenen Interessenvertretungen in die Arbeitsgruppen eingebunden.

### *Erarbeitung der altersübergreifenden Wirkungsziele/Maßnahmen und Akkordierung der Maßnahmen*

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

### *Konsultation*

Die vorliegenden 17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen sollen nun von einer breiteren Fachöffentlichkeit geprüft und kommentiert werden. Eingeladen dazu sind Organisationen, Vereine, Einrichtungen und Interessenvertretungen, die mit ihren Aktivitäten die Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit entscheidend beeinflussen können. Ihnen wird die Möglichkeit geboten, sich am Entwicklungs- und Umsetzungsprozess aktiv zu beteiligen.

### *Fertigstellung des Aktionsplans*

Dem öffentlichen Konsultationsprozess wird ein Abstimmungsprozess auf Arbeitsgruppenebene und auf ministerieller Ebene folgen. Ende des Jahres 2015 soll der Aktionsplan vorliegen.

## 2. Frauengesundheit ein Leben lang – altersübergreifende Aspekte

Ao. Univ. Prof.in Beate Wimmer-Puchinger

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

### Die wichtige Rolle der WHO

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

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

Diese Konferenz wurde in Wien in Kooperation mit der damaligen Leiterin des Ludwig Boltzmann Instituts (LBI) für Frauengesundheitsforschung und derzeitigen Frauengesundheitsbeauftragten für Wien, ao. Univ.-Prof.in Dr.in Beate Wimmer-Puchinger, abgehalten. Ein wesentliches Ergebnis dieser Konferenz war die Verabschiedung der „Wiener Erklärung für Frauengesundheit“ (WHO 1994).

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

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

bis zur Armutsgefährdung benachteiligt. Armut und soziale Benachteiligung wirken sich auf die Gesundheit negativ aus. Um diesen Entwicklungen gegenzusteuern bedarf es gemeinsamer Anstrengungen im Sinne von Health in all Policies. Dieser Ansatz geht von dem Wissen aus, dass politische Maßnahmen als Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken, und zielt darauf ab, Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig zu fördern (Stahl et al. 2006). Unterstützung von Frauen in Bezug auf ihre Gesundheit bedeutet daher ein Zusammenspiel aller Politikfelder.

In diesem Abschnitt werden Wirkungsziele und Maßnahmen formuliert, die für Frauen in jeder Lebensphase relevant sind.

---

## **Wirkungsziel 1**

### **Gendergerechte Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung fördern**

---

#### **Herausforderungen**

Frauen und Männer weisen unterschiedliche Morbiditäts- und Mortalitätsprofile auf und treten mit unterschiedlichen Anforderungen und Bedürfnissen an das Gesundheitswesen heran. Das Individuelle Gesundheitsverhalten, die subjektive Bewertung gesundheitlicher Befindlichkeit sowie das Krankheitsbewältigungsverhalten sind verbunden mit den soziokulturellen Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit und damit verknüpft mit Rollenerwartungen, Handlungsmöglichkeiten und Restriktionen. Dass auch das Geschlecht der Gesundheitsfachkräfte sowie die Geschlechterdynamik in der Praxis der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenbehandlung Einfluss auf das Versorgungsgeschehen hat, ist empirisch zwar schwer zu belegen, aber nicht auszuschließen. (Pauli/Hornberg 2010)

Zahlreiche Studien zeigen, dass selbst bei Angabe gleicher Beschwerden bei Männern eher organische Störungen diagnostiziert werden, während bei Frauen psychosomatische Diagnosen dominieren. In der ärztlichen Verschreibungspraxis spiegelt sich diese Tendenz wider (Pauli/Hornberg 2010): Mit abnehmendem Sozialstatus und zunehmendem Alter von Frauen (bis ins hohe Alter) erhöht sich die Zahl der Verordnung psychotroper Medikamente (z. B. Beruhigungs- und Schlafmittel, Stimulanzien). Während dabei eine Tendenz zur Pathologisierung und Medikalisierung weiblicher Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft, Geburt und Klimakterium zu verzeichnen ist, besteht in anderen Gesundheitsfragen eine deutliche geschlechtsspezifische Unterversorgung zu Lasten der Frauen: Herzkreislauferkrankungen sind ein prägnantes Beispiel für bestehende geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung und im Behandlungserfolg zum Nachteil von Frauen, die durch zahlreiche Forschungsergebnisse nachgewiesen sind.

#### **Bisherige Initiativen**

Die Gender-Gesundheitsforschung hat in den vergangenen Jahren wichtige Ergebnisse hervorgebracht. Dennoch ist eine geschlechtersensible Analyse und Aufbereitung des Datenmaterials weiter zu forcieren, um ein geschlechterdifferenziertes Versorgungsmanagement zu gewährleisten. Angebote der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung sollten von der Planung über die Intervention bis zur Evaluation zielgruppenspezifisch gestaltet und damit altersspezifische, medizinische, psychische und physische Geschlechtsunterschiede verstärkt berücksichtigt werden.

Trotz der zunehmenden Berücksichtigung von Genderaspekten in der Gesundheitsforschung und -versorgung sind bezüglich der Anwendung dieses Wissens im Gesundheitssystem noch Defizite be-

ziehungsweise ein zögerlicher Transfer des Wissens in die medizinische, therapeutische und pflegerische Praxis festzustellen. Dies trifft auch für die Erstellung evidenzbasierter Leitlinien zu, die als Instrument zur Qualitätsverbesserung der gesundheitlichen Versorgung gesehen werden können. (Weinbrenner et al. 2010)

## Maßnahme 1

### Evidenzbasierte Leitlinien für Screening und Behandlung von frauenspezifischen Erkrankungen entwickeln

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Experten und Expertinnen zum Thema Evidenzbasierung und Entwicklung von Leitlinien für Screening und Behandlung von frauenspezifischen Erkrankungen wird eingerichtet.

Als Beispiel kann die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (Pap-Screening) dienen: Der zentrale Anspruch einer evidenzbasierten Leitlinie für Pap-Screening liegt einerseits in der Reduktion von Fehlerquellen und damit Verringerung von falsch-positiven Testergebnissen, andererseits in der Gewährleistung der optimalen Nutzungsfrequenz. Diese wichtige Früherkennungsmaßnahme greift nämlich nur dann, wenn Frauen eigeninitiativ und regelmäßig zur gynäkologischen Untersuchung gehen, sozioökonomisch benachteiligte Frauen nehmen derartige Screening-Angebote aber nicht in angemessener Häufigkeit in Anspruch.

Zielsetzung der Arbeitsgruppe ist daher im ersten Schritt, Über-, Unter- und Fehlversorgung im Zusammenhang mit frauenspezifischen Erkrankungen zu identifizieren. Wenn nötig wird entsprechende Forschung zu evidenzbasierten Präventionspotentialen und Behandlungsangeboten sowie zu Good-Practice-Beispielen zur Erreichung spezifischer Zielgruppen beauftragt. Auf der Grundlage des Expertenwissens und der wissenschaftlichen Erkenntnisse werden entsprechende evidenzbasierte Leitlinien zum Screening und zur Behandlung ausgearbeitet. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe fungieren dabei gleichzeitig als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren für einen konsequenten Transfer des generierten Fachwissens in Versorgung und Politik.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

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

## Maßnahme 2

### Kompetenz für Frauengesundheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Medizin-, Gesundheits- und Sozialberufen verankern

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

Wie die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zum „Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen“ zeigen, besteht aber bei der Qualifikation der Mitarbeiter/innen Handlungsbedarf (Dietscher/Pelikan 2015). In Gesundheitsberufen arbeiten derzeit zu 80 Prozent Frauen, daher sind sie von einer solchen Qualifikationsinitiative besonders betroffen.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- Postgraduate Universitätslehrgang Gendermedizin ([www.meduniwien.ac.at/ulg-gendermedicine](http://www.meduniwien.ac.at/ulg-gendermedicine))
- Wiener Programm für Frauengesundheit

---

## **Wirkungsziel 2**

### **Frauen treffen informierte, gesundheitsbewusste und selbstbestimmte Entscheidungen in Gesundheitsfragen**

---

#### **Herausforderungen**

Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit von Individuen, schriftliche und mündliche Informationen in Bezug auf Gesundheit zu verstehen, zu verarbeiten, kritisch zu hinterfragen, im Alltag anzuwenden und damit gesundheitsfördernde bzw. auf Krankenbehandlung bezogene Entscheidungen im Alltag treffen zu können (Sorensen et al. 2012). In diesem Sinne ist Gesundheitskompetenz eine wichtige Voraussetzung für das individuelle Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Chancengleichheit der Bevölkerung.

In der im Rahmen des European Health Literacy Projects (HLS-EU) durchgeführten Studie zeigte sich, dass die österreichische Bevölkerung im internationalen Vergleich eine insgesamt niedrige Gesundheitskompetenz aufweist (HLS-EU Consortium 2012). Dies gilt für Frauen und Männer. Tendenziell – jedoch nicht in signifikantem Ausmaß – zeigen die österreichischen Frauen eine höhere Gesundheitskompetenz als die Männer, was sich auch im internationalen Vergleich wiederfindet (Sorensen et al. 2015).

Gesundheitskompetenz ist nicht nur in Bezug auf Gender sozial ungleich verteilt: Den stärksten Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz zeigt international wie auch in Österreich der sozioökonomische Status, insbesondere im Hinblick auf eine niedrige Einkommenssituation, die laut Studienergebnis häufig mit unzureichender Gesundheitskompetenz korreliert. Bildung und Alter sind weitere Faktoren, die mit Gesundheitskompetenz in Zusammenhang stehen: Höher Gebildete und Jüngere haben tendenziell eine höhere Gesundheitskompetenz (HLS-EU Consortium 2012).

Auch wenn also Frauen eine eher höhere Gesundheitskompetenz aufweisen als Männer, so zeigen sich doch andere Risikofaktoren, die Frauen überproportional betreffen, beispielsweise finanzielle Deprivation. Eine häufig genannte Risikogruppe für niedrige Gesundheitskompetenz sind Migrantinnen, die durch mitunter mangelnde Sprach- und Systemkenntnisse sowie durch oftmals niedrigeren sozioökonomischen Status besonders gefährdet sind (Anzenberger et al. 2015).

#### **Bisherige Initiativen**

Um die Umsetzung von Gesundheitskompetenz im Sinne des R-GZ 3 auf nationaler Ebene zu unterstützen, wird 2015 die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz eingerichtet (ÖPGK; Kontakt: [oepgk@goeg.at](mailto:oepgk@goeg.at)). Die ÖPGK soll die langfristige Stärkung von Gesundheitskompetenz in Österreich unterstützen, Vernetzung und gemeinsames Lernen in diesem Bereich fördern, Qualität und

Monitoring aufbauen und die Abstimmung von Maßnahmen zwischen Politik- und Gesellschaftsbereichen ermöglichen. (Zielsteuerung-Gesundheit 2012)

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

### Maßnahme 3

#### Den Wissensstand in der Bevölkerung zu den bei Frauen gehäuft auftretenden Erkrankungen und deren Behandlung verbessern

Regelmäßige Frauengesundheitsveranstaltungen in allen Bundesländern werden initiiert, Gesundheitskompetenz für Frauen wird in der Erwachsenenbildung verankert. Zielgruppe dieser Maßnahme sind insbesondere sozial benachteiligte Frauen (geringer Bildungsstand, Migrationshintergrund, Frauen in höherem Lebensalter).

Sozial benachteiligte Frauen sowie Frauen mit niedrigem Bildungsstand profitieren nachweislich am geringsten vom Angebot der Gesundheitsförderung. Zudem ist der Zugang zu teils existenziell entscheidenden Informationen über Gesundheit, Körper und das Gesundheitssystem zu hochschwierig. Die Maßnahmen sollen durch Niederschwelligkeit Frauen unterstützen, informierte Entscheidungen zu treffen. Zudem bieten diese Maßnahmen eine hohe Relevanz für Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Zielsteuerung-Gesundheit, strategisches Ziel 8.3: Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation stärken und routinemäßig messen
- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- Jährliche „fem vital – Die Wiener Mädchen- und Frauengesundheitstage“
- Projekt „Durchblick – Gesundheitskompetenz für Frauen“:  
Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenzen von Frauen in sozial schwierigen Lebenslagen. Projektförderung durch Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), Wiener Gesundheitsförderung (WiG), Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und Land Steiermark; Zielgruppen sind Migrantinnen, ältere Frauen, Frauen mit chronischen Erkrankungen; Settings sind Deutschkurse, VHS, Nachbarschaftszentren, Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen; positive Effekte wurden durch Vorher-Nachher-Evaluierung mittels HLS-EU-Fragebogen nachgewiesen.

### Maßnahme 4

#### Gesundheitskompetenzfördernde Gestaltung von Institutionen bzw. Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialbereich forcieren

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

gesundheits-einrichtungen und -zentren angestrebt. Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Präsentationen auf Fachtagungen sind dabei wichtige Bausteine.

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

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

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Wirkungsziel 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen
- Health 2020 (WHO 2013)
- NESTORGOLD: Dieses Gütesiegel wurde in enger Zusammenarbeit mit Bund, Wirtschafts- und Sozialpartnern entwickelt und stärkt die Bedeutung älterer Mitarbeiter/innen und den Generationen-dialog bei österreichischen Unternehmen und Organisationen. Mit dem Gütesiegel wird ein Handlungsleitfaden für alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung für alle Generationen gegeben und die Wirksamkeit von entsprechenden Initiativen und Maßnahmen anhand von 27 Indikatoren überprüft. Das Gütesiegel wird für einen Zeitraum von drei Jahren verliehen, anschließend wird eine Rezertifizierung angeboten.
- BGF Gütesiegel: Das BGF-Gütesiegel als zentrales Element des Qualitätsmanagements zeichnet erfolgreich und qualitativ durchgeführte Projekte aus.

Beide Gütesiegel tragen dazu bei, das Bewusstsein und die Bedeutung des jeweiligen Themenbereichs in den Organisationen und der Bevölkerung zu stärken. Zudem sind sie ein Qualitätszertifikat für herausragende Leistungen/Projekte.

Analog dazu könnte auch ein Gütesiegel für Gesundheitskompetenz-fördernde Institutionen und Organisationen die Bedeutung des Themas stärken und zur Erreichung des Wirkungsziels 1 im Rahmen-Gesundheitsziel 3 (siehe oben) beitragen.

- Projekt „Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen“ (Dietscher/Pelikan 2014)

---

## **Wirkungsziel 3**

### **Gewaltprävention - Hilfe und Unterstützung für von Gewalt betroffene Frauen ausbauen**

---

#### **Herausforderungen**

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

In Österreich wurden 1.500 Frauen zwischen 18 und 74 Jahren über Gewalterfahrungen seit ihrem 15. Lebensjahr befragt. Körperliche und/oder sexuelle Gewalt erfuhren bereits 20 Prozent der Frauen in Österreich sowie 33 Prozent der Frauen in der EU. Eine große Rolle spielt Beziehungsgewalt: Durch den (Ex-)Partner erlebten 13 Prozent der Österreicherinnen bzw. 22 Prozent der EU-Bürgerinnen körperliche und/oder sexuelle Gewalt. Noch häufiger ist psychische Gewalt wie Beschimpfung, Kontrolle, Einschüchterung oder Hausarrest in Beziehungen präsent: 38 Prozent der über 15-jährigen Österreicherinnen und 43 Prozent der Frauen in der EU erfuhren psychische Gewalt durch den (ehemaligen) Partner. Mit sexueller Belästigung waren bereits 35 Prozent der Österreicherinnen (55 % der EU-Bürgerinnen) konfrontiert – ein Drittel wurde am Arbeitsplatz belästigt, durch Kollegen, Arbeitgeber oder Kunden. Stalking sahen sich bereits 15 Prozent der Österreicherinnen (18 % der Frauen in der EU) ausgesetzt, davon wurden 21 Prozent mehr als zwei Jahre lang von einem Stalker verfolgt. (FRA 2014)

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Partnergewalt bzw. sexueller Gewalt sind vielfältig und schwerwiegend. Diese umfassen Entzündungen im Genitalbereich, Fehlgeburten, sexuell übertragbare Krankheiten, Posttraumatisches Stress-Syndrom, Alkohol- und Drogensucht, Depression, Angststörungen, dauerhafte körperliche Behinderung sowie Tod durch Mord oder Selbstmord. Kinder gewaltbetroffener Mütter haben das Risiko eines geringen Geburtsgewichts sowie neonataler Gesundheitsprobleme. Fazit ist, dass Frauen durch gewalttätige Partner enorme gesundheitliche Folgeschäden zugefügt werden. (WHO 2013)

Die Zahlen zeigen, dass Gewalt (vor allem Beziehungsgewalt) gegen Frauen auch durch ihre Kostenfolgen sehr stark in das Gesundheitssystem hinein wirkt: Mit 14 Millionen Euro werden allein die Kosten für die akute Behandlung und Therapie von Gewaltopfern in Österreich beziffert, darin nicht eingerechnet ist die Behandlung gesundheitlicher Langzeitfolgen wie psychischer Störungen, psychiatrischer Erkrankungen und oder gynäkologischer Probleme. (Haller/Dawid 2006)

Frauen, die von Gewalt betroffen sind, wünschen sich geschultes Gesundheitspersonal: 82 Prozent der Österreicherinnen würden es begrüßen, wenn eine Ärztin bzw. ein Arzt bei Vorliegen entsprechender Merkmale die Patientin routinemäßig fragt, ob sie von Gewalt betroffen ist. Scham- und Schuldgefühle sowie Angst vor Bagatellisierung hindern viele Frauen daran, sich aktiv Hilfe zu holen. (FRA 2014)

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

### **Bisherige Initiativen**

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

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



ist u. a. die Sensibilisierung des Gesundheitsbereiches und Erstellung eines Handbuchs. Im Rahmen dieser Kampagne, die vom Bundesministerin für Bildung und Frauen im Rahmen eines EU-Projektes (2014-2015) gefördert wird, hat der Verein AÖF gemeinsam mit Fachleuten die Publikation „Verantwortungsvolle Berichterstattung für ein gewaltfreies Leben“ mit Tipps und Tricks für sensible Medienarbeit erstellt .

Auf Initiative des Wiener Programms für Frauengesundheit und des 24-Stunden-Frauennotrufs in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund und der Wiener Ärztekammer thematisiert die Posterkampagne „Gewalt macht krank“ (2015) die Schlüsselrolle von Ärztinnen und Ärzten sowie des Krankenhauspersonals bei der Früherkennung und Prävention von häuslicher und sexualisierter Gewalt. Ein Postersujet ist direkt an das Gesundheitspersonal adressiert, das andere ermutigt Patientinnen in vier Sprachen, eine etwaige Gewalterfahrung ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt mitzuteilen. Zusätzlich trägt eine interdisziplinäre Fachkonferenz am 17. 9. 2015 zur Sensibilisierung bei.

## Maßnahme 5

### Laufende Sensibilisierungs-, Aufklärungs- und Informationstätigkeit zum Thema „Gewalt im öffentlichen Nahraum“ fortführen

Informationsveranstaltungen in Kooperation mit Bund, Ländern und Kommunen sowie freien Trägern unter Berücksichtigung der weiblichen Zielgruppe werden laufend durchgeführt und gefördert. Dabei geht es konkret um die Schaffung von vielfältigen, qualitativ hochwertigen, einschlägigen Angeboten wie Broschüren, Plakaten, TV-Spots sowie die Nutzung von Internetforen zur wirksamen Aufklärung zum Thema „Gewalt im öffentlichen Nahraum“. Strukturelle Gewalt gegen Frauen wird aufgezeigt, um ein Problembewusstsein in der Gesellschaft zu erreichen. Zur Information der Fachöffentlichkeit werden Vorträge zum Thema „Häusliche Gewalt“ auf medizinischen/pflegerischen Kongressen, Symposien, Tagungen, Workshops, Fachzeitschriften etc. forciert.

Mit dieser breit angelegten und kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit wird die Aufklärung über Ursachen, Gründe und gesundheitliche Folgen für die Betroffenen gefördert, zur Entbagatellisierung von häuslicher Gewalt beigetragen und Frauen von dem gesellschaftlichen Etikett befreit, an der Tat mitverantwortlich oder gar mitschuldig zu sein. Zentral geht es darum, das Thema zu enttabuieren, Vorurteile gegen misshandelte Frauen und ihre Kinder abzubauen und gesellschaftliche Strukturen zu verändern. Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonen müssen darin bestärkt werden, im Praxisalltag aktiv zur Gewaltprävention und zum Schutz der Opfer beizutragen. Erreicht werden soll, dass die Hinweise auf häusliche Gewalt von allen im Gesundheitsbereich tätigen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen als solche erkannt, sensibel angesprochen und gerichtsverwertbar dokumentiert werden.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Istanbul-Konvention
- NAP zum Schutz von Frauen vor Gewalt
- Kampagne „GewaltFREI leben“ mit den bestehenden Maßnahmen
- Poster-Kampagne „Gewalt macht krank“ (2015)

## Maßnahme 6

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

Während sich „Kinderschutzgruppen“ längst im Krankenhaus-Alltag etabliert haben und gute Arbeit leisten, sind seit einiger Zeit „Opfer- bzw. Gewaltschutzgruppen“ im Aufbau, die sich gezielt um er-

wachsene Patientinnen kümmern. Diese Initiativen wurden häufig von engagierten Einzelpersonen gegründet, erfüllen aber selten die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine erfolgreiche und nachhaltige Opferschutzarbeit.

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

Die einfühlsame Intervention im Gesundheitssystem und die Kooperation mit verschiedenen Hilfs- und Unterstützungseinrichtungen können aktiv zur Gewaltprävention und zum Schutz der Opfer beitragen. Dazu bedarf es folgender Schritte:

- Implementierung der gesetzlich vorgeschriebenen Opfer-/Gewaltschutzgruppen
- Umsetzung von österreichweit einheitlichen Qualitätsstandards in Krankenanstalten (z. B. zur Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden, polizeiliche Meldungen)
- Analyse bestehender Curricula zur gesundheitlichen Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt, um sie in die Aus- und Fortbildungen der Gesundheitsberufe zu integrieren
- Vernetzung von Opferschutzgruppen auf regionaler Ebene mit anderen Akteuren (Polizei, Frauen- und Opferschutzorganisationen u. a.)
- Ausschreibung eines Best-Practice-Wettbewerbes für Krankenhäuser und Ordinationen
- Fortführung des Projektes „GewaltFREI leben“ mit seinen bestehenden Maßnahmen, speziell Ausdehnung der Sub-Kampagne „GewaltFREI leben durch mein Krankenhaus“ auf alle Bundesländer  
<http://www.gewaltfreileben.at/de/material>
- Evaluierung der Opfer- und Gewaltschutzgruppenarbeit (Zufriedenheit der Patientinnen, Leistungsangebot, Fortbildungsangebote, Nachhaltigkeit etc.)

#### *Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Rahmen-Gesundheitsziel 9 „Maßnahmen zur Gewaltprävention“
- Einrichtung von „Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt“ in Krankenanstalten (BGBl. I Nr. 69/2011 vom 29. 07. 2011)
- Istanbul-Konvention „Übereinkommens des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“
- Nationaler Aktionsplan „Häusliche Gewalt“ – Implementierung in Aus-/Fortbildungen der Gesundheitsberufe
- Vernetzungstreffen aller im Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) etablierten Opferschutzgruppen

## **Wirkungsziel 4**

### **Institutionen (insbesondere Beratungsstellen) für frauenspezifische Aspekte bei Behinderung sensibilisieren**

---

#### **Herausforderungen**

In Österreich leben 1,7 Mio. Menschen (20,5 % der Wohnbevölkerung) mit einer dauerhaften Beeinträchtigung. Dieses Ergebnis aus der Mikrozensus-Erhebung der Statistik Austria (Leitner/Baldaszi 2013) weist einen leicht erhöhten Frauenanteil in dieser Gruppe aus. Unbestritten sind Frauen mit Behinderung einer mehrdimensionalen Diskriminierung ausgesetzt. Im Alltag und im Berufsleben gibt es eine Reihe von Hürden zu überwinden, wozu unerfüllte Ausbildungs- und Berufswünsche ebenso zählen wie der negativer Erwerbsstatus, Arbeitslosigkeit, Familien- und Eheprobleme etc.

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

Statistisch betrachtet kann jedoch gesagt werden, dass Frauen mit Behinderung im Schnitt ein deutlich schlechteres schulisches Bildungsniveau aufweisen als nicht behinderte Frauen. Nur etwas mehr als die Hälfte von ihnen hat eine berufliche Ausbildung abgeschlossen (BMASK 2008). Darüber hinaus ist der Anteil der behinderten Frauen an den Erwerbspersonen erheblich geringer als jener der übrigen Gruppen, wodurch behinderte Frauen in Bezug auf ihre Teilhabe an der Erwerbsarbeit doppelt diskriminiert sind. Die Armutsgefährdungsquote bei behinderten Frauen (16 %) ist mehr als doppelt so hoch wie jene der Durchschnittsbevölkerung und deutlich höher als jene behinderter Männer. Ursachen dafür sind eine geringe Erwerbsquoten und niedrige Einkommen, die auch die Pensionshöhe späterer Jahre negativ beeinflussen.

Frauen mit Behinderung leben weitaus häufiger allein als Männer mit Behinderungen. In der Altersgruppe der 16- bis 64-Jährigen leben 23 Prozent der behinderten Frauen allein, bei den über 65-Jährigen liegt der Anteil sogar bei 52 Prozent. Damit ist über die Hälfte der älteren Frauen mit Behinderung auf Unterstützung aus dem sozialen Umfeld oder von professionellen Dienstleistern angewiesen. (BMASK 2008)

Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sind besonders gefährdet, Opfer von gewalttätigen Übergriffen zu werden. Wissenschaftliche Studien belegen, dass behinderte Frauen als Kinder bzw. Jugendliche zwei- bis dreimal häufiger sexuellem Missbrauch ausgesetzt sind als der Durchschnitt (Schröttle et al. 2012). Gehörlose, blinde und psychisch kranke Frauen sind besonders häufig Gewaltopfer. Eine im Jahr 2014 durchgeführte Untersuchung über die Perspektiven von Frauen mit Behinderungen, die Gewalt erfahren haben, zeigt auf, dass es für sie eine Erleichterung bedeutet, wenn es in öffentlichen Ämtern sowie im medizinischen Bereich auch weiblichen Mitarbeiterinnen gibt, denen sie ihre Gewalterfahrungen anvertrauen können. Darüber hinaus macht die Studie darauf aufmerksam, dass es in Österreich wenige Anlauf- und Beratungsstellen gibt, die vorwiegend auf die Zielgruppe gewaltbetroffener Frauen mit Behinderungen spezialisiert sind.

#### **Bisherige Initiativen**

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

---

## Maßnahme 7

### Die Stelle einer Frauenbeauftragten in Einrichtungen der Behindertenhilfe etablieren

Geschulte Frauenbeauftragte in Einrichtungen der Behindertenhilfe sollen das Bewusstsein der Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen der jeweiligen Einrichtungen in Bezug auf Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit stärken. Dabei ist durch Ressourcen- und Aufgabeklä rung in räumlicher und zeitlicher Hinsicht sowie bezüglich Zuständigkeiten und Mitentscheidungsmöglichkeiten (Festlegung in schriftlichen Vereinbarungen) mit den Trägerorganisationen der Behindertenhilfe zu gewährleisten, dass die Frauenbeauftragten unabhängig agieren können.

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

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Deutschland: Die geforderte Verankerung der Frauenbeauftragten in Einrichtungen der Behindertenhilfe fließt in die Gesetzesnovellierung zur Werkstätten-Mitwirkungsverordnung ein.
- UN-Behindertenrechtskonvention
- NAP zum Schutz von Frauen vor Gewalt
- Kinderrechtscharta
- DAPHNE-Studie: Frauen mit Behinderungen und Zugang zu Opferschutzeinrichtungen 2013-2015
- Das Konzept für die Implementierung von Frauenbeauftragten in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Österreich orientiert sich an dem Projekt von Weibernetz e.V. (bzw. Bundesnetzwerk von Frauen, Lesben und Mädchen mit Beeinträchtigung) in Deutschland und ist weitgehend fertiggestellt.

## Maßnahme 8

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

Ein Fortbildungscurriculum zum Thema „Frau sein mit Behinderungen“ wird auf Basis bestehender Konzepte entwickelt und in Aus- und Weiterbildung für Mitarbeiter/innen aus Behinderteneinrichtungen sowie Berater/innen aus frauenspezifischen Einrichtungen umgesetzt. Da Mädchen und Frauen mit Behinderungen häufig von Mehrfachdiskriminierung betroffen sind, ist es wichtig, dass die Mitarbeiter/innen der genannten Einrichtungen sensibilisiert sind, über entsprechendes Wissen verfügen und adäquate Beratung anbieten oder vermitteln können.

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

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

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- UN-Behindertenrechtskonvention, Frauengesundheitsbericht Österreich; CEDAW Schattenbericht Österreich
- Fortbildungscurriculum der Frauenbüros Stadt und Land Salzburg für Mitarbeiterinnen aus frauenspezifischen Beratungseinrichtungen
- FEM Süd Frauenassistenz
- Informationsbroschüren für Ärztinnen/Ärzte: Gynäkologische Untersuchung und Versorgung von Frauen mit Behinderungen (Wiener Programm für Frauengesundheit 2008)
- Informationsbroschüre in leichter Sprache: Besuch bei der Frauenärztin (Wiener Programm für Frauengesundheit 2007)

---

## Wirkungsziel 5

### Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund erhöhen

---

#### Herausforderungen

Menschen mit Migrationshintergrund zeichnen sich durch große Heterogenität hinsichtlich ihrer Soziodemografie aus. Migration per se macht nicht krank, doch wirkt sie sich sowohl auf die Gesundheit als auch auf das Erkrankungsrisiko aus. Besonders die soziale/sozialrechtliche Lage beeinflusst Gesundheit und Gesundheitsverhalten erheblich. Migrantinnen sind in Österreich oftmals mit schwierigen Lebensbedingungen konfrontiert: schlechte Wohnverhältnisse, gesundheitlich riskante Arbeitsplätze, Arbeitslosigkeit und eine ungewisse Zukunft. Ebenso sind Migrantinnen oft psychischen Stressoren wie traumatischen Erfahrungen, Verlusterlebnissen oder anderen belastenden Lebensereignissen ausgesetzt. Ein ungesicherter Aufenthaltsstatus sowie die Erfahrung von Diskriminierung und Rassismus sind zusätzliche Belastungsfaktoren. Häufig sind Frauen doppelter Diskriminierung ausgesetzt: durch ihren Status als „Ausländerin“ und jenen als Frau mit den jeweiligen Rollenzuschreibungen. (Scholz 2010)

Studienergebnisse geben deutliche Hinweise darauf, dass insbesondere bei Frauen ein negativer Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und Gesundheit feststellbar ist. Das bedeutet, dass – statistisch gesehen – Frauen aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei im selben Alter und mit gleichem Bildungsniveau und gleichem Einkommen wie eine Nicht-Migrantin signifikant schlechtere Chancen auf gute Gesundheit hat. (Karl-Trummer/Novak-Zezula 2012)

Weiters zeigen Studien, dass nur 62 Prozent der Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut einschätzen (Österreicherinnen: 79 %) (ÖIF 2014). Nur 15 Prozent der Migrantinnen betreiben regelmäßig Sport (Österreicherinnen: 24 %) (ÖIF 2014). Über 40-jährige Migrantinnen sind mit 23 Prozent häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen (Österreicherinnen: 11 %) (Anzenberger et al. 2015). Mit 3,6 Totgeburten und 4,2 im ersten Lebensjahr verstorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborenen ist die Kindersterblichkeit in Migrantenfamilien höher als in österreichischen Familien (Totgeburten: 3,2 ‰; Säuglingssterblichkeitsrate 2,7 ‰). Bei türkischen Müttern ist die Säuglingssterblichkeit mit 5,1 ‰ am höchsten (Statistik Austria

2014). Nicht zuletzt nehmen Migrantinnen Vorsorgeangebote wie Mammographie-Screening, Pap-Abstrich etc. weitaus seltener in Anspruch (Statistik Austria 2014).

### **Bisherige Initiativen**

Verschiedene Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem und Bedingungsfaktoren für Gesundheit sind eng miteinander verknüpft und schwer trennbar. Zwar bestehen formal für versicherte Personen in Österreich – unabhängig vom Migrationsstatus – gleiche Zugangschancen zum Gesundheitssystem. Für Menschen mit Migrationshintergrund bestehen jedoch teilweise Zugangsbarrieren wie Sprach- und Informationsbarrieren, soziokulturelle Unterschiede oder niedriger sozioökonomischer Status (Anzenberger et al. 2015). Die Verbesserung der Versorgungssituation von Migrantinnen muss auf mehreren Ebenen ansetzen (Scholz 2010). Einen zentralen Aspekt dabei stellt eine adäquate Kommunikation und Aufklärung in Gesundheitsbelangen dar, was interkulturelle Kompetenz der Gesundheitsakteurinnen und Gesundheitsakteure, aber auch entsprechende strukturelle Bedingungen voraussetzt.

## **Maßnahme 9**

### **Meta-Evaluation abgeschlossener Projekte durchführen und Erfolgskriterien für migrationsspezifische Gesundheitsförderungsprojekte entwickeln**

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

Um Gesundheitsförderungsprogramme für sozioökonomisch benachteiligte Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund effektiver zu gestalten, werden auf der Grundlage einer wissenschaftlich gestützten Analyse erfolgsversprechende Zugangsweisen zur Erreichung der Zielgruppe erarbeitet.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- „Handlungsempfehlungen zu Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung“ (Klein et al. 2015)
- Praxisdatenbank sowie Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ (initiiert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Deutschland): <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>

## **Maßnahme 10**

### **Institutionen und Leistungen des Gesundheits- und Sozialbereichs barrierefrei gestalten**

Mit der Entwicklung von niederschwellig, mehrsprachig und barrierefrei gestalteten Zugängen zu Leistungen und ebensolchen Informationsmaterialien werden Frauen aus niedriger sozioökonomischer Gruppe und Bildungsschicht zur Gesundheitskompetenz befähigt und können selbstbestimmte Entscheidungen treffen. Darüber hinaus wird der Einsatz von Dometscher- und Mediationsdiensten sowie Lotsendiensten forciert. Durch begleitende Trainings der Mitarbeiter/innen wird nicht nur die Versorgungsqualität und Chancengleichheit gesichert, sondern auch das Gesundheitspersonal entlastet.

### *Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Verbessern der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen, durch niederschwellige, Setting-orientierte Programme
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
- Wiener Gleichstellungsmonitor: Gleichstellungsziel: Verbesserung des Zugangs von Frauen zum Gesundheitssystem
- MiMi (Mit Migrantinnen für Migrantinnen); Dolmetsch-Angebote in Spitälern; mehrsprachiges Informationsmaterial in leichter Sprache (z. B. von MA 15 Frauengesundheit)
- Apps zur Gesundheitsinformation für Frauen mit türkischem Background
- Pilotprojekt „Videodolmetschen im Gesundheitswesen (Plattform für Patientensicherheit, Institut für Ethik und Recht in der Medizin)
- Community Interpreting (Professionalisierung von Laiendolmetscherinnen) im Wiener Krankenanstaltenverbund

---

## **Wirkungsziel 6**

### **Armutsrissen von Frauen in allen Lebensphasen verringern**

---

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

Die Risiken der Armut- oder Ausgrenzungsgefährdung sowie der finanziellen Deprivation sind in der Bevölkerung ungleich verteilt. Frauen sind häufiger davon betroffen als Männer, ebenso Kinder und Jugendliche. 28 Prozent aller alleinstehenden Pensionistinnen sind armutsgefährdet, damit ist diese Gruppe dreimal so groß wie die der alleinlebenden Männer mit Pensionsbezug. Die Armutgefährdungsquote bei behinderten Frauen ist mehr als doppelt so hoch wie jene der Durchschnittsbevölkerung und deutlich höher als jene behinderter Männer (16 %). Ursache dafür sind eine geringe Erwerbsquote und das niedrige Einkommen, die die Pensionshöhe späterer Jahre negativ beeinflussen. Neuere Studien zeigen auch die Bedeutung des Gewaltpotentials im häuslichen Bereich als spezifisch weibliches Armutrisiko auf (Sellach 2008).

Auch Menschen mit Migrationshintergrund und geringer Bildung sowie Personen in Single- oder Ein-Eltern-Haushalten sind besonders armutsgefährdet (Till-Tentschert et al. 2010). Familien, in denen Frauen nicht erwerbstätig sind, haben ein mindestens doppelt so hohes Gefährdungsrisiko wie Familien mit erwerbstätigen Müttern (Till-Tentschert et al. 2010). Betreuungspflichten und fehlende außerfamiliäre Betreuungsangebote verhindern oftmals die Aufnahme einer (Vollzeit-)Erwerbstätigkeit von Frauen. Die gesundheitsbezogenen materiellen Benachteiligungen und verminderten sozialen Teilhabe-Chancen sind vielfältig. Insbesondere die psychosozialen Belastungen, die sich aus Zukunfts-sorgen, lang andauernden Stressreaktionen und geringer sozialer Unterstützung ergeben, erschweren eine gesundheitsförderliche Lebensweise (Lampert/Kroll 2010).

Bereits Kinder aus sozial schwächeren Familien weisen vermehrt Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen auf. Darüber hinaus sind sie häufiger von Unfallverletzungen und zahnmedizinischen Problemen betroffen. Im Jugendalter ist ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Wohlbefinden, dem Vorkommen von Schmerzen sowie dem Gesundheitsverhalten und der sozialer Lage nachweisbar. In Armut aufgewachsene Jugendliche betreiben häufiger keinen Sport, verbringen mehr Zeit vor dem Fernseher, ernähren sich häufiger ungesund und vernachlässigen häufiger die Zahnpflege als die bessergestellte Vergleichsgruppe (Klocke/Lampert 2005). Bei Frauen aus der niedrigeren Einkommensgruppe ist das Risiko für Adipositas im Vergleich zu jenen aus der hohen Einkommensgruppe um den Faktor 3,3 erhöht (Lampert/Kroll 2010). In der Armutsriskogruppe ist der

Anteil der über 45-Jährigen gehäuft von Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris, Diabetes mellitus, chronischer Bronchitis, chronischen Lebererkrankungen, Hypertonie und Osteoporose betroffen. Frauen mit niedrigem Einkommen haben dabei ein zweifach höheres Risiko, aufgrund einer Krankheit in der Alltagsbewältigung eingeschränkt zu sein, wie Frauen aus der hohen Einkommensgruppe. Diesen Gefährdungslagen steht gegenüber, dass Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention von Personen mit niedrigem Einkommen vergleichsweise selten in Anspruch genommen werden (Lampert/Kroll 2010).

Armut muss als komplexes Phänomen verstanden werden. Den Armutsrisiken von Frauen entgegenzuwirken ist eine für alle politischen und gesellschaftlichen Bereiche notwendige Aufgabe. Dieser Thematik wird im vorliegenden Aktionsplan Frauengesundheit als Querschnittmaterie in unterschiedlichen Wirkungszielen und Maßnahmen entsprochen. Darum werden Wirkungsziele und Maßnahmen an dieser Stelle nicht extra genannt.



## 3. Mädchen und junge Frauen

**Mag<sup>a</sup> Martha Scholz-Resch, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels - PGA**

Mädchen und junge Frauen bewerten ihre subjektive Gesundheit schlechter als Jungen und sind zudem ab dem Beginn der Pubertät weniger zufrieden mit ihrem Leben. Neben massiven körperlichen Veränderungen finden im Jugendalter auch einschneidende psychosoziale Veränderungen statt – einerseits durch Erfahrungen und Erlebnisse in der Familie, mit Freunden/Freundinnen und Peers, mit Schule, Berufsauswahl, dem Erwachsenwerden, andererseits auch durch gesellschaftliche Erwartungen, Schönheitsideale u. v. m. Die Pubertät ist eine Zeit der emotionalen, psychischen und physischen Veränderungen und somit ein zentraler Einflussfaktor auf das subjektive Wohlbefinden.

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

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

---

### **Wirkungsziel 7**

#### **Bei Mädchen und jungen Frauen ein positives Selbstbild für ein gesundes Leben fördern**

---

##### **Herausforderungen**

Schönheit wird in Medien und Gesellschaft oftmals als Kriterium für Erfolg, Leistung und Aufstieg dargestellt. Das Körperbild ist daher einerseits eine psychologische Erfahrung, die sich auf Gefühle und Haltungen (Einstellungen) dem eigenen Körper gegenüber konzentriert, andererseits ist es ein mentales Bild (Körperschema), das sich auf Basis der eigenen physischen Erscheinung konstituiert. (Scholz 2010)

Berührungen, Körperkontakt, Zuwendung und Interaktion sind von Geburt an wichtige Erfahrungen, aus denen das eigene Körperbild entsteht. Umgekehrt birgt die Erfahrung von Ablehnung oder Gewalt die Gefahr, das eigene Selbstbild physisch wie auch psychisch problembehaftet zu sehen oder sogar abzulehnen.

Die Zeit der Pubertät zeichnet sich durch radikale körperliche und psychische Veränderungen aus. Diese Umbruchphase ist bei Mädchen weitaus offensichtlicher als bei Jungen, was ein gewisses Problempotential beinhaltet und eines hohen Maßes an Selbstwirksamkeit bedarf.

Wöchentlich wird man in unserer Gesellschaft mit zwei- bis fünftausend Bildern von digital manipulierten Körpern konfrontiert (Orbach 2010). Der negative Einfluss von medialen Bildern, Musikvideos, TV-Formaten wie Modelcastings, von künstlichen und ungesunden Darstellungen weiblicher „Schönheit“ auf das Selbstwertgefühl von Mädchen, jungen Frauen und Frauen ist unbestritten und wissenschaftlich belegt. 40 bis 70 Prozent der Mädchen zwischen 12 und 16 Jahren sind mit zwei oder mehr Bereichen ihres Körpers unzufrieden, 50 bis 80 Prozent der Mädchen und jungen Frauen möchten dünner sein, 20 bis 60 Prozent der adoleszenten Mädchen machen Diäten (Wimmer-Puchinger in Scholz 2010).

Erschreckend ist auch die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der jungen Frauen im Teenager-Alter ungesunde, teils gefährliche Maßnahmen zur Gewichtskontrolle und -reduktion (z. B. Auslassen von Mahlzeiten, Diäten, Rauchen, Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln oder Schilddrüsenhormonpräparaten) anwenden (Neumark-Sztainer 2005). Ein negatives Körperbild kann daher ungesundes Diätverhalten, Störungen des sexuellen Erlebens, soziale Ängsten, Anstieg der psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Essstörungen oder den Anstieg von Schönheitsoperationen zur Folge haben (Wimmer-Puchinger in Scholz 2010).

### **Bisherige Initiativen**

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

## **Maßnahme 11**

### **Bewusstseinsbildungs-, Sensibilisierungs- und Informationsprogramme ausbauen**

Zielgruppenorientierte, qualitätsgesicherte, niederschwellige Maßnahmen und Informationsprogramme zu positiver Selbst- und Körperwahrnehmung, Genussfähigkeit, Körperbild und reflektiertem Umgang mit Geschlechterstereotypen werden forciert, auch um im Sinne der Präventionsstrategie der österreichischen Gesundheitsziele langfristige Einsparungen von Gesundheitskosten zu erzielen.

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

Außerdem liegt keine Gesamtstrategie für Österreich vor. Durch eine Bündelung der bereits bestehenden Angebote bedarf es keiner langwierigen Projektentwicklung, um die Fortsetzung der bereits bestehenden Maßnahmen zu sichern.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Bestehende Angebote des Netzwerks der österreichischen Frauengesundheitszentren (Vorträge und Workshops für Schulen, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren und Eltern) in Wien, Graz, Villach, Salzburg, Linz und Wels

- Institut sowhat: Vorträge und Workshops „Körperkult und Leidensdruck“ (<http://www.sowhat.at/ins-veranstaltungen.php>)  
Kampagne 2007 „Wenn die Seele hungert“ (<http://www.sowhat.at/kampagne-main.php>)
- Wiener Programm für Frauengesundheit (Body Talk), Präventionsprogramm für Schulen, Film „Sex – we can?!“
- „Tut gut“ - NÖ-Initiative für Gesunde Schule ([www.noetutgut.at](http://www.noetutgut.at))
- „We like every Body“ – Unsere Schule ohne Schlankeitswahn! (SchülerInnenwettbewerb)
- Essstörungshotline (<http://www.essstoerungshotline.at/hotline/>)
- Wann denken Sie an Essstörungen? Früherkennung für Ärzte/Ärztinnen in der Praxis

## Maßnahme 12

### Gesetzliche Maßnahmen zur Unterstützung eines positiven Selbstbildes

Fast die Hälfte aller Mädchen hält sich trotz Normalgewichts für zu dick, tatsächlich sind es nur etwa sechs Prozent. Um diesem Trend Einhalt zu gebieten, soll das von der Werbung und den Medien vorgegebene Schlankeitsideal nur mehr in einem gewissen, nicht gesundheitsschädigenden Rahmen erlaubt sein. Auch von politischer Seite wurde das Thema aufgegriffen, durch einige Maßnahmen wurden erste wichtige Schritte zur Gegensteuerung gesetzt:

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

Seit 2014 besteht der „Retusche-Barometer“ auf der Homepage des Werberates. Anhand dieses Tools kann eine Einschätzung getroffen werden, in welchem Ausmaß und wie Bildbearbeitungsprogramme zum Entstehen von Schlankeits, Schönheit und Makellosigkeit in Abbildungen beigetragen haben. Leitgedanke dieses Angebots ist, Mädchen und junge Frauen anzuregen, sich kritisch mit Werbebildern und künstlich produzierten Schönheitsidealen auseinanderzusetzen, die damit verbundene gesundheitliche Gefährdung durch Nachahmung zu unterbinden, zu sensibilisieren und das individuelle Konsumverhalten reflektiert zu gestalten. Junge Frauen sind die ideale Zielgruppe auf dem Werbemarkt, da sie leicht beeinflussbar sind. Eine gesetzliche Verankerung und Umsetzung der Kennzeichnungspflicht von bearbeiteten Werbefotos ist daher zielführend und notwendig.

Eine weitere politische Forderung betrifft die Modeindustrie – nach dem Vorbild Frankreichs und Israels wird ein Verbot von Magermodels angestrebt.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Frauengesundheitszentrum in Graz, Workshop „Schön genug ohne Photoshop“ (<http://www.frauengesundheitszentrum.eu/schoen-genug-ohne-photoshop/>)
- In Israel besteht eine Kennzeichnungspflicht, wenn ein Model dünner retuschiert wird.
- In Israel und Frankreich ist der Einsatz untergewichtiger Models per Gesetz verboten.
- In Italien, Deutschland, Spanien laufen Initiativen zu Altersbegrenzung und BMI-Mindestwert bei Models.

## Wirkungsziel 8

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

#### Herausforderungen

Die zweite Zieldefinition des Nationalen Aktionsplans Frauengesundheit für die Lebensphase Mädchen und junge Frauen behandelt den Themenbereich „Rollenbilder“. Die zentralen Fragen dazu lauten: Wie wirken sich projizierte Rollenbilder und -muster in den Medien (wie Büchern, Unterrichtsmaterialien, TV etc.) auf Mädchen und junge Frauen aus? Welche (Un-)Gleichstellung erfahren bereits Mädchen? Welchen Zusammenhang gibt es zwischen Berufswahl und Rollenbildern? Wie findet man ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Familie, sozialem Leben, Beruf und individuellen Ansprüchen an sich selbst?

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

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

#### Bisherige Initiativen

Um mehr Mädchen und junge Frauen für Karrieren in atypischen Berufen zu gewinnen und Barrieren für ihren Berufseinstieg in diesen Sektoren abzubauen, wurden im Rahmen der Berufsorientierung für Mädchen Maßnahmen wie der Girls' Day im Bundesdienst ([www.girlsday-austria.at](http://www.girlsday-austria.at)) und die Online-Plattform [www.meinetechnik.at](http://www.meinetechnik.at) ins Leben gerufen.

Diese beiden Angebote verstehen sich als integrative Strategien, die auf einen handlungs- sowie erlebnisorientierten und damit emotionalen Zugang setzen und dadurch Mädchen Mut auf die Eroberung neuer Berufsfelder machen wollen.

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

Mit rund 250 Projekten startete die Online-Plattform „Meine Technik“ im April 2015 als Informationsplattform für Mädchen und Frauen, für interessierte Pädagogen/Pädagoginnen, engagierte Unternehmen und Eltern. Es handelt sich dabei um eine zentrale Anlaufstelle für Angebote und Projekte in den Bereichen Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft und Technik (MINT). Das Angebot reicht von Workshops, Exkursionen und Wettbewerben über Beratungsstellen, Mentoren-

Programme und Berufsinformationstage bis hin zu Unterrichtsmaterialien, Handbüchern und Fortbildungsangeboten. Schulen, Unternehmen, Vereine und Beratungsstellen können sich auf der Plattform nicht nur über Best-Practice-Beispiele informieren und Inspirationen sammeln, sondern auch mit eigenen Projekten und Initiativen zur Förderung von Frauen und Mädchen zum Angebot beitragen.

Um Mädchen und junge Frauen eine Unterstützung geben zu können, herauszufinden und selbst zu entscheiden, in welche Richtung sie sich entwickeln möchten und welche Rollen sie (nicht) übernehmen wollen, bedarf es einer kritischen Auseinandersetzung mit vorherrschenden gesellschaftlichen Rollenbildern sowie ihrer Weiterentwicklung. Mädchen und junge Frauen müssen Werkzeuge erlernen, um Stereotype und Rollenbilder im eigenen Umfeld ausfindig zu machen, zu hinterfragen und für sich zu erweitern.

## Maßnahme 13

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

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

Traditionelle Rollenbilder und Stereotypen führen häufig zu einem geringer ausgeprägten Selbstbewusstsein bei Mädchen und jungen Frauen (z. B. durch Orientierung an rigiden Schönheitsidealen) und zum Hintanstellen eigener Wünsche und Interessen. Untypische Berufsorientierungen und Lebenspläne erhalten vielfach wenig Bestärkung und Unterstützung, sodass die Orientierung auf traditionelle Frauenberufe und die Vorwegnahme von Doppel- und Dreifachbelastungen für Frauen fortgeschrieben wird. Folgen sind schlechteres Einkommen und niedrigere Pensionsansprüche. Ein niedriger sozioökonomischer Status erhöht unter anderem das Morbiditätsrisiko und reduziert die Lebenserwartung. Dieser Zusammenhang ist weltweit durch Studien gut belegt. Kritische Auseinandersetzung mit Geschlechterstereotypen und Geschlechterhierarchien könnten langfristig zur Reduktion von Frauenarmut beitragen.

Die Erweiterung der Selbstkonzepte und Handlungsspielräume von Mädchen und Frauen (aber auch jener der Burschen und Männer) muss durch reflektierte und genderkompetente Pädagoginnen/Pädagogen unterstützt und begleitet werden, weshalb sich diese auf der Grundlage aktueller Geschlechtertheorien im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung sowie im Rahmen der Schul- und Qualitätsentwicklung an den Schulstandorten mit Geschlechterfragen und gendersensibler Pädagogik auseinandersetzen sollen.

#### *Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Rahmen-Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
- Wirkungsziel des Bundesministeriums für Bildung und Frauen: Verbesserung der Chancen- und Geschlechtergerechtigkeit im Bildungswesen

- Empfehlungspapier und Kriterien zu „Gender-Kompetenz in der PädagogInnenbildung“ ([https://www.bmbf.gv.at/schulen/unterricht/ba/gen\\_komp\\_paedag.html](https://www.bmbf.gv.at/schulen/unterricht/ba/gen_komp_paedag.html))
- Erste Geschlechterpädagogik-Professur an der Pädagogischen Hochschule Salzburg (<http://www.phsalzburg.at/index.php?id=772>)

## Maßnahme 14

### Geschlechtssensible Bildungs- und Berufsorientierung ausbauen

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

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

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

Außerdem wird seit 2006 der Girls' Day im Bundesdienst auf Grundlage des Ministerratsbeschlusses vom März 2006 in den Bundesministerien und nachgeordneten Dienststellen durchgeführt. Ziel des Girls' Days ist es, tradierte Rollenklischees bei Mädchen und jungen Frauen aufzubrechen und ihre Neugier für untypische Berufe des öffentlichen Dienstes zu wecken und sie zu motivieren, technische, naturwissenschaftliche und damit besonders zukunftsweisende Ausbildungen und Studiengänge zu wählen.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- IBOBB-Strategie des BMBF
- NAP Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt: Ausbildung und Berufswahl diversifizieren
- Berufsinformationszentren des AMS (erhielten das Qualitätssiegel „IBOBB-Zertifikat“)
- Technikplattform „meine Technik“ – Onlineplattform für Mädchen und Frauen ([www.meinetechnik.at](http://www.meinetechnik.at))
- Girls' Day im Bundesdienst ([www.girlsday-austria.at](http://www.girlsday-austria.at))
- Girls' Day Mini
- Wiener Töchertag

## Wirkungsziel 9

### Die sexuelle Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen fördern und schützen

#### Herausforderungen

„Sexualität ist ein zentraler Bestandteil unseres Menschseins. Ein Leben lang“ (WHO 2006). Die Entwicklung der sexuellen Gesundheit muss als eine der zentralen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter angesehen werden und kann als Zufriedenheit mit sich selbst wie auch mit der Fähigkeit, eine vertrauensvolle Beziehung einzugehen, definiert werden. Die WHO unterscheidet dabei zwei Konzepte im Bereich der Erforschung der jugendlichen Sexualität: den „sexual health“-Ansatz und den „healthy sexuality“-Ansatz. „Sexual health“ betrifft die Vermeidung negativer Konsequenzen des Geschlechtsverkehrs (z. B. übertragbare Krankheiten, unerwünschte Schwangerschaft), „healthy sexuality“ beschäftigt sich mit dem Wissen, mit Erfahrungen und Einstellungen rund um die Sexualität.

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

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

Da sexuelle Aufklärung, aber auch das Empfinden und Erleben der eigenen Sexualität stark an Kommunikationsprozesse gebunden ist, ist es von Bedeutung, sich mit den wichtigsten Interaktionspartnern/-partnerinnen Jugendlicher auseinander zu setzen. Eine wichtige Quelle für Kenntnisse über Sexualität und Verhütung ist die Schule (Strilić 2012). 85 Prozent der Mädchen und 81 Prozent der Jungen geben an, ihr Wissen zu diesen Themen in der Schule vermittelt bekommen zu haben. Dieser Anteil ist noch höher bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010). Ein kritischer, entspannter und Diversity-orientierter Umgang mit Themen der sexuellen Bildung, Gesundheit und Rechte findet in Österreichs Schulen bis dato nicht flächendeckend statt. Der Erlass zum Unterrichtsprinzip Sexualpädagogik wurde aktuell vom Bundesministerium für Bildung und Frauen überarbeitet. Neben der schulischen Sexualerziehung und der Kommunikation über Sexualität im Freundeskreis gilt die Herkunftsfamilie als wichtige Instanz der Sexuaufklärung.

Bei Jugendlichen ist seit dem 20. Jahrhundert eine Vorverlegung sowohl der sexuellen Reifungsprozesse als auch der ersten sexuellen Erfahrungen und Veränderungen in den Beziehungsmustern zu beobachten: Der Beginn der Pubertät hat sich nach vorne verschoben (MA-L 2000). Das mediane Alter der sexuellen Reife (erste Regelblutung bei Mädchen, erster Samenerguss bei Jungen) liegt bei zwölf Jahren. Während der letzten Jahre kam es jedoch zu keiner weiteren Vorverlagerung der sexuellen Reife. Nach wie vor scheint es aber so, als würden Mädchen früher als Burschen ihre sexuelle Reife erlangen. (Strilić 2012)

Österreichs Jugendliche halten sich selbst grundsätzlich für aufgeklärt (85 % Mädchen, 81 % Burschen), was jedoch nicht unbedingt den tatsächlichen Wissensstand widerspiegelt. Verdeutlicht wird diese Aussage durch Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2010), wonach acht Prozent der 14- bis 17-jährig befragten Jugendlichen angaben, beim „ersten Mal“ nicht verhütet

zu haben. Hier lässt sich ein enger Zusammenhang mit dem Bildungshintergrund herstellen: Gymnasiastinnen verhüten beim ersten Mal doppelt so häufig wie Hauptschülerinnen. Im Vierjahresvergleich zeigt sich der positive Trend, dass der Anteil der nicht-verhütenden Mädchen leicht gesunken und der Anteil von Mädchen, die Kondome und/oder die Pille verwenden, leicht gestiegen ist. Mit zunehmender Erfahrung steigt der Anwendungsgrad der Pille, während die Verwendung von Kondomen sinkt.

### **Bisherige Initiativen**

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

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

## **Maßnahme 15**

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

Eine Informationsoffensive zu Fragen sexueller Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen und Online-Portale für sämtliche Belange und Fragen rund ums Mädchendasein werden ausgebaut und niederschwellige Beratungsangebote/-stellen werden flächendeckend etabliert.

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

Sexualpädagogische Aufklärungsangebote fördern die Gesundheit Jugendlicher, indem sie dazu beitragen, junge Menschen in hohem Maß zu befähigen, in Zukunft eigene gesunde Entscheidungen in Bezug auf ihre Sexualität treffen zu können. Sexualpädagogik ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesamterziehung junger Menschen. Dabei darf es nicht nur um Anatomie und Gesundheit gehen. Liebe, Beziehungen und Sexualität sind für Jugendliche neue und unbekannte Erfahrungen, die oft auch mit sehr viel Verwirrung und Unsicherheit verbunden sind. Junge Menschen haben zu diesen Themen viele offene Fragen. Allein das Formulieren dieser Fragen ist eine Herausforderung, ganz zu schweigen von dem Mut, den es kostet, sie auszusprechen. Sensible Aufklärungsarbeit für eine sexuelle Gesundheit bedarf daher ausgebildeter sexualpädagogischer Expertinnen und Experten, einer alters- und zeitgerechten Information, Empathie und eines vertrauenswürdigen Beratungs- und Informationsrahmens.



*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Die flächendeckende Etablierung niederschwelliger Beratungsstellen ist bereits im Regierungsprogramm verankert.
- First-Love-Ambulanzen (ÖGF) Wien, Angebote österreichischer Frauengesundheitszentren, Mona-Mobil (Burgenland), Lovetour Oberösterreich, Zusammenarbeit von Sozialarbeit, Medizin und Beratung
- Aufklärungs-DVD: Sex we can?! ([www.sexwecan.at](http://www.sexwecan.at))

## Maßnahme 16

### Interministeriellen Dialog zur langjährigen Forderung, kostenlose Verhütungsmittel und Safer-Sex-Tools zur Verfügung zu stellen, unter Einbeziehung wichtiger Stakeholder starten

Die Forderung, kostenlose Verhütungsmittel (Kondome, Pille) und Safer-Sex-Tools bereitzustellen, besteht seit vielen Jahren und wird gleichzeitig in Politik und Gesellschaft sehr kontroversiell diskutiert. Im Sinne eines barrierefreien Zugangs zu Verhütungsmitteln und sozialer Gerechtigkeit (Zugang auch für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen) soll zu diesem Thema ein interministerieller Dialog gestartet werden. Die Einbeziehung wichtiger Stakeholder soll garantieren, im Sinne der Frauengesundheit und gesundheitlichen Chancengleichheit eine bundesweit tragfähige Lösung zu erreichen.

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

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

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

## Maßnahme 17

### Unterstützung und Evaluation der Umsetzung des Grundsatzes „Sexualpädagogik“

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

Zeitgemäße Sexualpädagogik versteht sich heute als eine Form der schulischen Bildung, die altersadäquat in der frühen Kindheit beginnt und sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzt. Moderne Sexualpädagogik geht auf die tatsächlichen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ein und beruht auf

einer ganzheitlichen Sichtweise. Dabei wird Sexualität als ein positives, dem Menschen innewohnendes Potential verstanden. Im Rahmen einer umfassenden Sexualpädagogik sollen Kindern und Jugendlichen Informationen und Kompetenzen vermittelt werden, um verantwortungsvoll mit sich und anderen umgehen zu können. Sexualpädagogik ist als Bildungs- und Lehraufgabe in allen Lehrplänen als Unterrichtsprinzip bzw. als Bildungsbereich „Gesundheit und Bewegung“ und als inhaltlicher Schwerpunkt in bestimmten Pflichtgegenständen verankert. In diesem Prozess spielen Eltern neben Institutionen wie Kindergärten und Schule eine zentrale Rolle.

Die Umsetzung des Grundsaterlasses wird unterstützt durch

- die entsprechende Schulung angehender Kindergartenpädagogen/-pädagoginnen und Lehrer/innen im Rahmen ihrer Aus-, Fort- und Weiterbildung, z. B. über Module, die sich über den gesamten Verlauf der Ausbildung erstrecken, in denen Selbstreflexion, sexuelle Bildung sowie Wissen über sexuelle Rechte und sexuelle Gesundheit vermittelt werden;
- die Aktualisierung methodisch didaktischer Unterrichtsmaterialien und Entwicklung neuer Schwerpunktthemen;
- die Etablierung eines Kompetenzzentrums für Sexualpädagogik zur Qualitätssicherung der schulischen Sexualpädagogik mit folgenden Zielsetzungen:
  - Beitrag zur Entwicklung der Persönlichkeit und Förderung der seelischen und sexuellen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
  - Prävention von Gewalt und sexueller Gewalt
  - Professionalisierung von im Bildungsbereich tätigen Personen
  - Berufsfeldbezogene Forschung und Evaluierung
  - Wissensmanagement und Austausch (national/international)
  - Aufbau und Etablierung eines österreichweiten (Forschungs)Netzwerkes zum Wissens- und Erfahrungsaustausch

Der Grundsaterlass wird evaluiert durch

- eine Online-Befragung des Lehrkörpers;
- Einholen von Expertenmeinungen aus dem Österreichischen Netzwerk Sexualpädagogik, dem deutschsprachigen Ausland und zwei bis drei fremdsprachigen EU-Partnerländern drei bis fünf Jahre nach der Neufassung des Erlasses;
- Veranstaltungen der Landesschulräte zum Thema;
- ein öffentliches Diskussionsforum auf der Homepage des Österreichischen Netzwerks Sexualpädagogik, wo sich Bürger/innen, Experten/Expertinnen und Beamte über Inhalte des Grundsaterlasses laufend austauschen können.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Grundsaterlass Sexualpädagogik 2015 (BMBF-33.543/0038-I/9d/2015)
- WHO-Standards für die Sexualaufklärung in Europa
- Kinderrechte zur Sexualität schließen mehrere Rechte ein, die durch die UN-Konvention über die Rechte des Kindes (KRK) garantiert werden.
- Good Practice Beispiele sind MonA-Net, Verein Amazone, Sprungbrett, Lovetour PGA, FEM, First Love.

## Maßnahme 18

### Qualitätskriterien für Institutionen im Bereich sexueller Bildung entwickeln

Qualitätssicherung ist in allen Bereichen, die die menschliche Gesundheit betreffen, unabdingbar. Ärzteschaft, Krankenhauspersonal, Pfleger/innen benötigen daher qualitätsgesicherte Befähigungsnachweise. Für sexuelle Gesundheit, sexuelle Bildung und sexuelle Rechte existieren aber derzeit keine vergleichbaren Vorgaben. Wesentlich für die Implementierung von Bildungsmaßnahmen bezüglich sexueller Gesundheit im Rahmen des Aktionsplans Frauengesundheit sind daher die folgenden Maßnahmen:

- Schaffung von Ausbildungsstandards für Sexualpädagogen/-pädagoginnen und andere Experten/Expertinnen in diesem Bereich (siehe Maßnahme 7);
- Festlegungen von Kriterien, welche Institutionen in Kindergärten, Schulen und anderen (semi-) staatlichen Bildungseinrichtungen im Bereich der sexuellen Bildung tätig werden dürfen, sowie die Einrichtung eines ausreichend dotierten Arbeitskreises, der aus Fachleuten mit Expertise in den Bereichen sexuelle Bildung, Rechte und Gesundheit besteht und Standards und Kriterien sowie Empfehlungen für die Umsetzung erarbeitet;
- Evaluation der Leistungen von Institutionen im Bereich sexueller Bildung;
- Schaffung eines jährlichen Preises, der besonders herausragende Programme und Projekte im Bereich der sexuellen Bildung finanziell fördert und damit Innovation und Qualitätssicherung im Bereich anspricht.

*Die folgende Maßnahmen 19 und 20 sind themenübergreifend und den Wirkungszielen 7, 8 und 9 zuzuordnen.*

## Maßnahme 19

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

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

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

aufgrund der Lebenssituation häufig zu Kindesabnahmen, was wiederum Verlust und Einsamkeit für die jungen Frauen bedeutet.

Zur Aufhebung bzw. Vermeidung von Obdachlosigkeit sowie für die Gewährleistung von Schutz und Sicherheit für junge Frauen mit und ohne Kinder und für Frauen mit psychischen Erkrankungen/Diagnosen werden niederschwellige, Mädchenspezifische Anlaufstellen eingerichtet. Für junge Frauen, die nach Vollendung des 18. Lebensjahres aus den Einrichtungen der Jugendhilfe fallen und dennoch Unterstützung brauchen, sind Nachbetreuungseinrichtungen zu installieren. Gestartet wird in Form von Pilotprojekten in den Hauptstädten, in weiterer Folge soll ein Ausbau in jenen Regionen stattfinden, in denen Bedarf besteht.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Zufluchtsstelle der IMMA (Initiative Münchner Mädchenarbeit); Frauentherapiezentrum München – Qualitätskriterien für eine frauengerechte Psychiatrie; Forderungen zur Umsetzung einer frauengerechten Psychiatrie Leonore Lerch / Maas Al Sania und dem Arbeitskreis Mädchen und Frauen in der Psychiatrie Salzburg; NAP zum Schutz von Frauen vor Gewalt; NAP Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt; CEDAW
- Caritas für Menschen in Not, Linz/OÖ: Haus für Mutter und Kind
- Vinzenzgemeinschaft Soeur Rosalie – VinziHelp, Graz, Stmk: Frauennotschlafstelle Haus Rosalie

## Maßnahme 20

### Schulische Unterstützungssysteme in Hinblick auf Genderkompetenz weiterentwickeln

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

Schulungsprogramme, in denen Grundlagenwissen für die Arbeit mit Mädchen und jungen Frauen vermittelt wird, werden auch im außerschulischen Bereich vorangetrieben. Zielgruppen: Peers, Jugendzentrumsleiter/innen- und -mitarbeiter/innen, Betreuer/innen etc.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Gender-Beauftragte und Gleichstellungsstrategien an technischen Schulen: <http://www.htl.at/htlat/gender-diversity/downloads.html>
- UN-Kinderrechte, UN-Behindertenrechtskonvention
- NAP zum Schutz von Frauen vor Gewalt
- Es gibt bereits eine breite Palette an entsprechenden Angeboten, z. B. über die Frauengesundheitszentren, Mädcheneinrichtungen und Organisationen in den jeweiligen Bundesländern.

## 4. Frauen im Erwerbsalter

Ao. Univ. Prof.in Beate Wimmer-Puchinger

### Entwicklungsdynamiken, Herausforderungen und somato-psycho-soziale Risiken

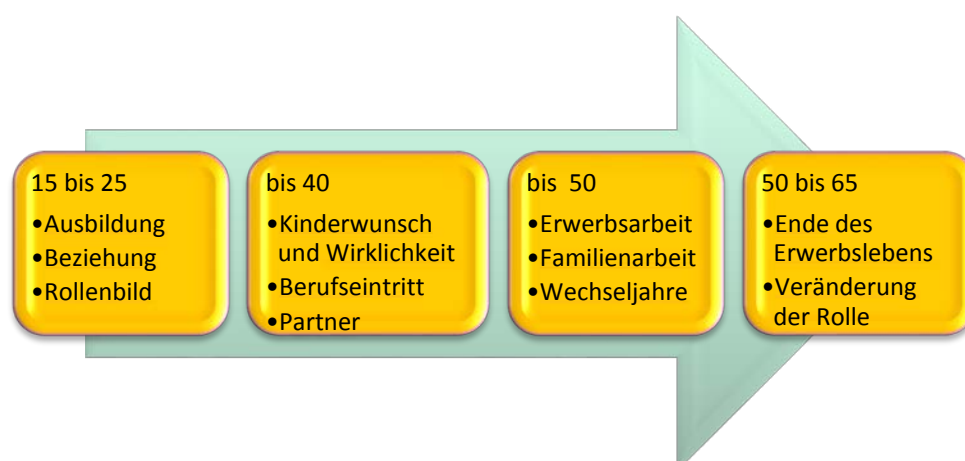
Die Lebensspanne der Erwerbstätigkeit umfasst das gesamte Erwachsenenleben einer Frau, vom Eintritt in das Erwerbsleben – je nach Bildungsstand mit 16, 18 oder 25 Jahren – bis zum Ende des erwerbsfähigen Alters um das Alter von 60 Jahren. Zentrale Weichenstellungen in diesem Lebensabschnitt sind wichtige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

Ein wesentlicher Punkt im Zusammenhang mit familiären Aufgaben ist die Frage nach sozialer Sicherheit, insbesondere bei Alleinerziehenden sowie bei sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Gegen Ende dieser Lebensphase widerfährt einer Frau erneut eine neue, überwiegend negative Neuorientierung ihres Rollenbildes in der Gesellschaft. Es ist ein Faktum, dass Älterwerden generell mit weniger Respekt und Wertschätzung verbunden ist. Dies trifft insbesondere auf Frauen zu, u. a. in Hinblick auf Wiedereingliederung in das Berufsleben, wenn Kinder selbstständiger geworden sind. Sie erleben den Glasdeckeneffekt im beruflichen Fortkommen sowie den Verlust des Attributs der Attraktivität (bzw. „Jugendlichkeit“), verbunden mit Abwertung und Beziehungskrisen.

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

Abbildung 4.1:

Entwicklungsaufgaben für Frauen in der Phase „Erwerbsleben“



### Grundlegende gesundheitsrelevante Barrieren für Frauen in der Lebensphase „Erwerbsalter“

Die Basis vieler Problemstellungen, die Frauen systematisch betreffen, ist nach wie vor ein durchgängig traditionelles, klischeebehaftetes Rollenbild, welches sich zunehmend von der Realität entfernt. Das klassische Frauenbild ist nach wie vor geprägt von Vorstellungen wie Zurückhaltung und Passivi-

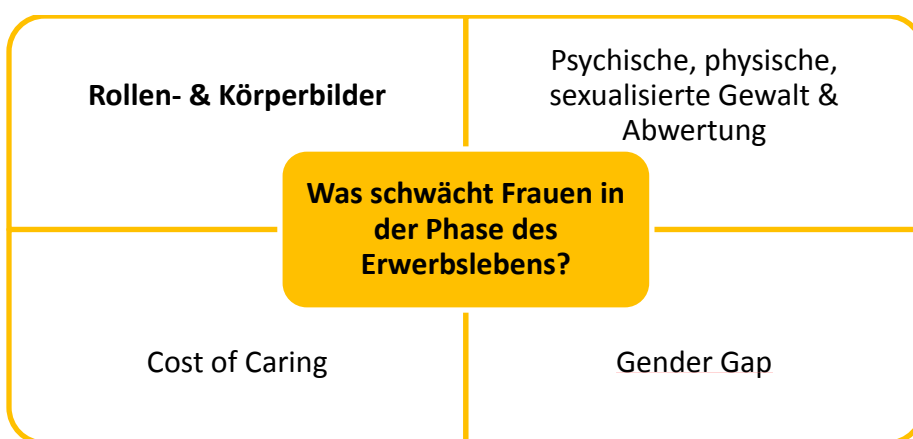
tät, Opferbereitschaft, Hilfsbereitschaft und körperlicher Attraktivität. Dieses Rollenbild schlägt sich einerseits nieder in verinnerlichten Verboten, sich durchzusetzen oder seine Meinung zu positionieren. Zum anderen wirkt es sich in häufigeren psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen und erhöhtem Psychopharmaka-Konsum aus.

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

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

Abbildung 4.2:

Zentrale Risikofaktoren für Frauengesundheit in der Phase „Erwerbsleben“



### Sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheit bei Frauen

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

### Resultierende Problemfelder in der Lebensphase „Erwerbsleben“

Die Komplexität der diversen Risiken und Herausforderungen in dieser Lebensphase sowie die wechselseitigen Abhängigkeiten sind das noch ungelöste Problem im Spannungsfeld bezahlte/unbezahlte Arbeit. Damit verbunden sind alle gesundheitlichen Folgekosten, durch die bei Frauen signifikant schlechtere psychische Gesundheit mit frauenspezifischen Erkrankungen wie Essstörungen, postpartale Depression, Medikalisierung von Lebensphasen, Depressionen, Traumata und den Folgen gesellschaftlichen Druckes auf ein perfektes Aussehen und krankmachenden Schönheitsnormen einher-

geht. Diese werden durch deutlich aggressiver und häufiger werdende mediale Attacken der sexistischen Werbung verstärkt. Weiters sind ein herausforderndes Problemfeld die Lebensstil-assozierten Erkrankungen und somit maßgeschneiderte Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte.

Ein wichtiges Thema ist der große Bereich der reproduktiven Gesundheit und der Zugang zu einer informierten Entscheidung durch niederschwelliges Wissen über den Körper. Gewalterfahrung betrifft Frauen in allen Lebensphasen, unabhängig von Alter, Bildung und sozialem Status, im Zusammenhang mit Kindern, Partnerbeziehung und Berufsrolle, aber vor allem auch Frauen im erwerbsfähigen Alter. Gewalt bricht die Persönlichkeit, das Selbstwertgefühl, das psychische Wohlbefinden und zieht oft eine lebenslange Reihe von psychosomatischen Erkrankungen mit sich.

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

---

## **Wirkungsziel 10**

### **Durch gerechte Aufteilung der bezahlten und unbezahlten Arbeit die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Frauen fördern**

---

#### **Herausforderungen**

Unverzichtbare Haushaltsarbeiten, Kinderbetreuung und die Pflege von alten und beeinträchtigten Familienangehörigen werden hauptsächlich – wenn auch nicht ausschließlich – von Frauen geleistet. Sie sind durchschnittlich 31 Stunden pro Woche im Haushalt und in der Kindererziehung beschäftigt, Männer hingegen nur 17 Stunden. Bei mehreren Kindern erhöht sich der familiäre Arbeitsaufwand fast ausschließlich für die Frauen. (Scholz 2010)

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

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

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

### **Bisherige Initiativen**

Die Schaffung von Kinderbetreuungsplätzen sowie angepasste Angebote ambulanter, stationärer und mobiler Pflege- und Betreuungsangebote versetzt Frauen in die Lage, eine existenzsichernde Vollzeit-Erwerbstätigkeit annehmen zu können. Darüber hinaus sind sozialarbeits- und familienpolitische Unterstützungsmaßnahmen deshalb wichtig, um gesundheitlichen Gefährdungen vorzubeugen, denn familiäre Arbeit wird unter den gegebenen Rahmenbedingungen oftmals am Limit erbracht und zunehmend prekär. (Jurczyk 2010)

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

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

## **Maßnahme 21**

### **Arbeitsbedingungen für Frauen verbessern sowie erwerbstätige Frauen durch den Ausbau von sozialen Dienstleistungen entlasten**

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

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

Dazu sind folgende Schritte notwendig:

- Erarbeitung von Maßnahmen zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen in Hinblick auf Inhalt und Ort der Tätigkeit, Unterbrechungen der Tagesarbeitszeit zur Verhinderung von sozialen und gesundheitlichen Folgen in frauendominierten Branchen (z. B. Friseur, Handel, Reinigung, Pflege);
- Gleiche Erwerbschancen und gerechte Entlohnung sowie Verteilungsgerechtigkeit bei bezahlter und unbezahlter Arbeit;
- Verbindliche Quote für Frauen in Führungspositionen;
- Flächendeckender Ausbau von qualitativ hochwertigen, leistbaren Kinderkrippen und Kindergärten ab dem vollendeten ersten Lebensjahr sowie ganztägig geführten Schulformen, die Frauen eine Vollzeiterwerbstätigkeit ermöglichen;
- Aufbrechen der Geschlechterrollen bei der Berufswahl und beim Berufseinstieg durch Bewusstseinsarbeit in geschlechtssensiblen Kindergärten und Schulen sowie die Hebung des Männeranteils in den elementar-pädagogischen Einrichtungen;
- Schaffung von Anreizen zur gerechteren Aufteilung der Karenz, beispielsweise durch die Einführung eines Equality-Bonus;
- Verstärkte Maßnahmen zur Verhinderung von Mehrfachdiskriminierung in der Arbeitswelt.



*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Gleichbehandlungsgesetze
- ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
- EU-Recht und internationales Recht
- Wiedereinstiegsmonitoring
- Barcelona-Ziele: Ausbau der Betreuungseinrichtungen für Kleinkinder in Europa

## Maßnahme 22

### Gender-Aspekte in der Betrieblichen Gesundheitsförderung verstärkt berücksichtigen

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

Es ist zu beobachten, dass Genderaspekte in Förderanträgen, trotz Hinweisen im Antragsformular, oftmals zu wenig oder nur undifferenziert dargestellt werden; auch in den Umsetzungsberichten lässt sich dies erkennen. Der spezifische Bedarf von Frauen wird kaum thematisiert.

Der FGÖ wird in der Begutachtung von Förderanträgen im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung der Chancengerechtigkeit im Hinblick auf Gender bzw. der Gendersensibilität erhöhte Aufmerksamkeit schenken. Insbesondere sollen frauenspezifische Themen verstärkt in BGF-Projekten bearbeitet werden, frauenspezifische Zugänge sollen unterstützt werden. Dafür werden Qualitätskriterien konkretisiert oder erläutert bzw. Hilfestellungen dazu erarbeitet (z. B. Checkliste). Diese werden auch den Akteurinnen und Akteuren im Österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) zur Verfügung gestellt.

Mittels einer internen Schulung werden Begutachter/innen im FGÖ qualifiziert, differenzierte Rückmeldungen an Antragsteller/innen in Hinblick auf Gender- bzw. frauenspezifische Aspekte zu geben.

Die Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zählt zu den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung, dies bezieht sich insbesondere auch auf Gender-Aspekte. Ein gendergerechter Ansatz in Gesundheitsförderungsprojekten soll zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit von Frauen beitragen und die Passgenauigkeit und Qualität der Umsetzung erhöhen.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- „Gesund arbeiten ohne Grenzen – Interkulturelle und gendersensible Gesundheitsförderung“ – Ein gendersensibles Projekt mit frauenspezifischen Zugängen des Frauengesundheitszentrums FEM Süd, Institut für Frauen- und Männergesundheit

## **Wirkungsziel 11**

### **Die psychische Gesundheit von Frauen stärken**

---

#### **Herausforderungen**

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

Doppelbelastungen durch Beruf und unbezahlter Pflege- bzw. Familienarbeit sind zusätzliche Risikofaktoren der psychischen Gesundheit. Die finanzielle Benachteiligung von Frauen und insbesondere Alleinerzieherinnen sind weitere Belastungsfaktoren. Ein weiterer überdurchschnittlich häufig Frauen betreffender Risikofaktor sind Gewalterfahrungen und deren Folgeerkrankungen. Nachweislich sind psychische Erkrankungen bei sozial belasteten Frauen besonders häufig.

#### **Bisherige Initiativen**

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

## **Maßnahme 23**

### **Die Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen als fixen Bestandteil aller Gesundheits- und Sozialprogramme etablieren**

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

Außerdem wird die psychische Gesundheit im Rahmen der Gesunden-Untersuchung erhoben.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

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

## **Maßnahme 24**

### **Psychische Gesundheitsversorgung als Sachleistung sicherstellen**

Die psychologische/psychotherapeutische Versorgung insbesondere von Frauen ist durch große regionale Unterschiede sowohl in der Bandbreite der angebotenen Therapieformen als auch durch die

---

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

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung wird ein Multi-Stakeholder-Dialog initiiert, der die Versorgungssituation für Frauen verbessern soll.

Laut einer Studie des Hauptverbandes (2011) stiegen die Krankenstände aufgrund psychischer Diagnosen innerhalb von zwei Jahren um 22 Prozent an. Die durchschnittliche Dauer der Krankenstände aus psychischen Gründen beträgt etwa 40 Tage (im Vergleich zu somatischen Erkrankungen, die Krankenstände von durchschnittlich 11 Tagen zur Folge haben); 32 Prozent der Neuzugänge in die krankheitsbedingte Frühpension resultieren aus psychischen Gründen. Die volkswirtschaftlichen Folgekosten von psychischen Erkrankungen betragen ca. 3,3 Milliarden Euro (AK 2012).

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Die BVA hat bereits Stundenkontingente als Sachleistung bedarfsorientiert geöffnet.

## Maßnahme 25

### Begleitende psychische Betreuung als gleichberechtigten Bestandteil der Krankenbehandlung sicherstellen

Rahmenbedingungen für integrierte Versorgung (interdisziplinäre Fallbesprechungen, z. B.: TumorBoards unter Beteiligung von Psychologen/Psychologinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen) für Patientinnen mit chronischen oder psychisch hoch belastenden Erkrankungen (z. B. in der Gynäkologie und Geburtshilfe, Onkologie, aber auch in anderen Abteilungen) werden geschaffen.

Psychische Betreuung in gesundheitlichen Krisensituationen garantiert nachweislich eine bessere Krankheitsbewältigung und somit weniger psychische und physische Folgeprobleme. So sind weniger Nebenwirkungen – z. B. bei Chemotherapie – und damit auch Kosteneinsparungen erwiesen.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- In Wien sind seit vielen Jahren psycho-onkologisch spezialisierte Psychologen/Psychologinnen bzw. Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen in allen onkologischen Abteilungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes tätig.

---

## Wirkungsziel 12

# Mehr gesunde Lebensjahre durch evidenzbasierte Prävention und Versorgung von den häufigsten frauenspezifischen chronischen Krankheiten (NCDs) gewährleisten

---

### Herausforderungen

In Österreich sind 44 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen „normalgewichtig“. 13 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer sind adipös. In absoluten Zahlen sind damit in Österreich 860.000 Menschen über 15 Jahre (Männer: 400.000, Frauen: 460.000) von starkem Übergewicht betroffen (Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Statistik Austria im Auftrag des BMG).

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

Fettleibigkeit (Adipositas) ist also mit zahlreichen Begleiterkrankungen verbunden. Besonders häufig sind dabei das Metabolische Syndrom, kardiovaskuläre Erkrankungen, verschiedene Krebserkrankungen (z. B. Brust- und Darmkarzinome), Diabetes mellitus Typ 2, orthopädische und respiratorische Beschwerden sowie gynäkologische Probleme. Die Ernährung spielt in der Entwicklung dieser Krankheiten eine wesentliche Rolle (Nishida et al. 2004). Insgesamt erhöht Adipositas die Mortalität und verkürzt die Lebenserwartung beträchtlich.

Bei den Adipositas-Raten in Österreich besteht ein Ost-West-Gefälle (Statistik Austria 2008; Schoberberger et al. 2014). Auch ältere Personen und sozial benachteiligte Gruppen sind überproportional von Übergewicht und Adipositas betroffen (Elmadfa 2012; Kautzky-Willer et al. 2012). Vor allem bei Frauen zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen Bildung, Einkommen und Körpergewicht: Frauen mit Pflichtschulbildung haben im Vergleich zu höher gebildeten Frauen ein 2,8-faches Risiko für Adipositas; Frauen, die zugewandert sind, sind altersstandardisiert häufiger adipös als Frauen ohne Migrationshintergrund (23 % vs. 11 %).

Diabetes sowie deren Vorstufen (wie gestörte Glukose-Toleranz) erhöhen das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und auch die Sterblichkeit bei Frauen mehr als bei Männern. Eine spezielle Diabetes-Form bei Frauen ist Schwangerschaftsdiabetes, der ca. 10 Prozent aller Frauen in der Schwangerschaft und somit ca. 8.000 Frauen pro Jahr betrifft und sowohl für die Mutter als auch das Kind ein höheres Risiko für chronische Krankheiten wie Übergewicht, Diabetes oder kardiovaskuläre Erkrankungen im späteren Leben darstellt. Migrantinnen sind stärker betroffen als Österreicherinnen ohne Migrationshintergrund. Das Risiko, nach Gestationsdiabetes nach der Entbindung Typ-2-Diabetes zu entwickeln, ist 7-fach höher als bei Schwangeren, die in der Schwangerschaft keine Stoffwechselstörung zeigten. Somit kann die Prävention dieser Erkrankung doppelt wirksam zu werden – sowohl bei der Mutter (Sekundärprävention) als auch beim Kind (Primärprävention). Dazu sind sowohl eine möglichst gute Therapie der Mutter in der Schwangerschaft als auch Nachsorgeprogramme nach der Geburt notwendig. Diese Maßnahmen können, wie Diabetespräventionsstudien zeigen, bis zu 70 Prozent der Diabetes-Fälle verhindern.

### Bisherige Initiativen

Um das Risiko für chronische Erkrankungen (NCD) mit multiplen Krankheitsbildern wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs etc.) sowie die damit verbundenen psychischen und sozialen Folgen

zu minimieren, wird bei Gesundheitsförderung und Prävention angesetzt. Damit werden auch Folgekosten wie zum Beispiel Krankenstände und/oder Langzeitmedikationen und Therapien verringert.

## Maßnahme 26

### Präventionsangebote und Disease-Management-Programme (DMP) für die häufigsten frauenspezifischen Erkrankungen entwickeln

Auf Basis bestehender Good-Practice-Beispiele wird ein niederschwelliges, evidenzbasiertes, gendersensitives Programm entwickelt. Ein wichtiges Element dafür ist die gute Vernetzung und Kommunikation mit Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Internistinnen/Internisten. Bausteine des Programms umfassen die Aspekte gesunde Ernährung, Bewegung, psychologische Beratung sowie medizinische Begleitung. Ein wichtiger Bestandteil dabei ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen. Die Zielgruppen für die Disease-Management-Programme sind insbesondere Frauen mit Übergewicht (noch nicht Adipositas) und krankhaftem Übergewicht (Adipositas).

Da Schwangerschaftsdiabetes ein höheres Risiko für Mutter und Kind birgt, von chronischen Erkrankungen wie Übergewicht, Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen betroffen zu sein, werden nach Gestationsdiabetes Maßnahmen zur Diabetes-Prävention und zur Reduzierung des kardiovaskulären Risikos gesetzt. Als erster Schritt wird 6 bis 10 Wochen nach der Entbindung ein oraler Glukosetoleranz-Test durchgeführt, gekoppelt mit einem Ernährungs- und Bewegungsprogramm sowie psychologischer Betreuung. Die Testung wird alle zwei Jahre wiederholt, bei Bedarf wird Beratung angeboten.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e) zur Zielgruppe "Frauen mit Übergewicht oder Adipositas"*

- Rahmen-Gesundheitsziele 3, 7 und 8
- Nationaler Ernährungs- und Bewegungsplan
- „Rundum g'sund“: niederschwelliges Projekt zur geschlechts- und kultursensiblen Gesundheitsförderung bei Adipositas

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e) zur Zielgruppe "Frauen nach Schwangerschaftsdiabetes"*

- Nationaler Ernährungs- und Bewegungsplan
- Mu-Ki-Paß: Orale Glukosetoleranztest zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche zur Diagnose
- DMP Diabetes
- WHO recommendations
- Informationskampagne zum Schwangerschaftsdiabetes der Österreichischen Diabetesgesellschaft
- Viennese Gestational Diabetes Project (MedUniWien)

---

## Wirkungsziel 13

### Reproduktive Gesundheit fördern

---

#### Herausforderungen

Die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die damit verbundenen Rechte betreffen Frauen in allen Lebensabschnitten. Sexuelle und reproduktive Gesundheit umschreibt ein breites Themenfeld.

Die Bandbreite erstreckt sich vom Recht auf sexuelle Selbstbestimmung über Familienplanung bis hin

zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten. Neben medizinischen spielen auch sozio-kulturelle Aspekte eine wichtige Rolle.

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

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

### **Bisherige Initiativen**

75 Prozent der für den Frauenbarometer befragten Frauen vertreten die Meinung, dass in jedem Bundesland die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches in öffentlichen Krankenanstalten geben sein sollte (BMBF 2014)

[https://www.bmbf.gv.at/ministerium/vp/2014/20141031\\_pu2.pdf?4lwmlu](https://www.bmbf.gv.at/ministerium/vp/2014/20141031_pu2.pdf?4lwmlu)

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

Die Kaiserschnitttrate ist in den letzten 15 Jahren in Österreich auf über 30 Prozent angestiegen. Die Kaiserschnitttrate ist durch multifaktorielle Risiken (Kolip 2012) wie z. B. Status post Sectio, relative Indikation, ungünstige Kindeslage, Komplikationen während der Schwangerschaft, Empfehlung von Ärztin/Arzt, massive Geburtsangst etc. bedingt. Unterschiedliche Studien zeigen, dass einem expliziten Kaiserschnittwunsch der Mutter meist entweder traumatisch erlebte Vorerfahrungen, massive Geburtsangst oder unbegründete Sorge um die Gesundheit des Kindes zugrunde liegen (Ri-hua Xie et al. 2011; Handelzalts et al. 2012; Mazzoni et al. 2011; Nerum et al. 2006; Rauh et al. 2012; Ryding et al. 1998; Sydsjo et al. 2013). Faktum ist, dass Frauen dann, wenn keine medizinischen Risiken vorliegen, meist eine vaginale Entbindung präferieren. Die Ergebnisse einer Studie des Wiener Programms für Frauengesundheit gemeinsam mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund wiesen eine geringe Wunschsektio-Rate von 1,5 Prozent nach ([www.frauengesundheitwien.at](http://www.frauengesundheitwien.at)). Eine vergleichbare Studie in Deutschland ergab 2 Prozent (Kolip 2012).

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

## Maßnahme 27

### Frauen in selbstbestimmter Sexualität durch zugängliche Verhütungsmittel unterstützen sowie die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch in allen Bundesländern sichern

Laut dem österreichischen Verhütungsreport (Starecek et al. 2012) gibt es ein Verbesserungspotential im Wissen der Österreicher/innen über Verhütungsmethoden und deren Sicherheit.

Um das Wissen bezüglich wirksamer Verhütung von Frauen im reproduktiven Alter, insbesondere von sozioökonomisch benachteiligten Personen, zu erhöhen, sind niederschwellige Angebote zur Aufklärung und Beratung zu etablieren sowie ein einfacherer (leistbarer) Zugang zu wirksamen Verhütungsmitteln sicherzustellen.

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

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/policy>
- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)
- Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten geändert wird [http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I\\_01200/](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_01200/)
- In Frankreich besteht die Verpflichtung aller öffentlichen und privaten Spitäler, den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der Frau durchzuführen. Weiters werden seit 1982 die Kosten von den Krankenversicherungen getragen. [http://abtreibung.at/wp-content/uploads/2009/04/Pages-from-abbruch\\_in\\_eu-6.pdf](http://abtreibung.at/wp-content/uploads/2009/04/Pages-from-abbruch_in_eu-6.pdf)
- Informationsbroschüre „Verhütung und Sexualität – Entscheiden Sie sich richtig“ in Deutsch bzw. Türkisch; Herausgeberin: Wiener Programms für Frauengesundheit

## Maßnahme 28

### Ganzheitlichen Betreuung in Schwangerschaft/Geburtshilfe etablieren sowie Disease-Management-Programme für Gestationsdiabetes implementieren

Eine integrierte psychosoziale Betreuung in der Geburtshilfe und Schwangerenbetreuung nach Vorbild der Wiener Leitlinien zur psychosozialen Schwangerenbetreuung wird aufgebaut und das Screening zu psychischen Erkrankungen in den Mutter-Kind-Pass integriert. Verbunden damit erfolgt eine Sensibilisierung des geburtshilflichen Teams sowie der niedergelassenen Gynäkologinnen/Gynäkologen, Pädiater/innen, Psychiater/innen und Hebammen sowie die Etablierung von verbindlichen Zuweisungswegen und regelmäßigen Fallbesprechungen.

15 bis 20 Prozent der Frauen erleben pre- oder postnatal psychische Belastungen oder Störungen. Ursachen können psychosoziale Vorbelastungen, finanzielle, partnerschaftliche oder seelische Krisen, fehlende Unterstützung, soziale Isolation oder glücklose Schwangerschaften sein. Auch Gewalterfahrungen, traumatische Geburtserlebnisse oder vorausgehende psychische Erkrankungen können in ei-

ne postpartale Depression (PPD) münden. Frühere psychische Krisen wie Depressionen, postpartale Depressionen bei einer vorangegangenen Schwangerschaft, Angst- oder Zwangserkrankungen, Essstörungen etc. sind als Risikofaktoren in Betracht zu ziehen. Psychopharmaka- und Medikamenteneinnahme oder Suchterkrankungen (Alkohol, Nikotin, Drogen) sind ebenfalls zu berücksichtigen.

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

Durch gezielte Anamnese bzw. mittels Screening-Instrumenten wie dem EPDS (Edinburgh Postpartal Depression Scale) können Risikofaktoren in der Schwangerschaft frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen gesetzt werden.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Leitlinien für psychosoziale Schwangerenbetreuung (Wiener Programm für Frauengesundheit) [http://www.frauengesundheit-wien.at/downloads/broschueren/2008\\_03\\_PPD-Guidelines-web.pdf](http://www.frauengesundheit-wien.at/downloads/broschueren/2008_03_PPD-Guidelines-web.pdf)
- Broschüre „Eigentlich sollte ich glücklich sein“ des Wiener Programm für Frauengesundheit und des BMG: <http://www.frauengesundheit-wien.at/downloads/broschueren/PPD-Broschuere-Web2012.pdf><http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/4/1/CH1452/CMS1382012804966/ratgeberppd.pdf>
- Australien (beyond blue – National Postnatal Depression Programm): <https://www.beyondblue.org.au/>
- Wien verfügt in jeder geburtshilflichen Abteilung des Wiener Krankenanstaltenverbundes über eine klinische Psychologin.
- Seit 15 Jahren gibt es das Netzwerk „Perinatale Krisen“ unter der Koordination des Wiener Programms für Frauengesundheit (vgl. auch Wimmer-Puchinger/Riecher-Rössler 2006).

## Maßnahme 29

### Leitlinien zum Kaiserschnitt nach internationalen Vorbildern implementieren

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

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

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Kinder- & Jugendgesundheitsstrategie, BMG [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/6/1/CH1351/CMS1344847459935/kindergesundheitssstrategie\\_2011.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/6/1/CH1351/CMS1344847459935/kindergesundheitssstrategie_2011.pdf)



- Empfehlung des obersten Sanitätsrats zum Kaiserschnitt:  
[http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/0/2/CH1434/CMS1389862701035/1\\_2014\\_newsletter\\_kinder\\_und\\_jugendgesundheit.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/0/2/CH1434/CMS1389862701035/1_2014_newsletter_kinder_und_jugendgesundheit.pdf)
- NICE-Guidelines zum Kaiserschnitt (Großbritannien): <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>
- Faktencheck Kaiserschnitt (Deutschland): <https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/>
- Empfehlungen der ACOG (2014) zur Prävention der primären Sectio (USA):  
<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>
- Broschüre: Ein guter Start ins Leben. Kurze Informationen zur Geburt (Wiener Programm für Frauengesundheit)

## Maßnahme 30

### Psychische Betreuung bei Entscheidungsfindung nach Pränatal-Diagnostik sowie im Prozess der assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung etablieren

Eine integrierte psychische Betreuung unter Einbeziehung der Partnerin / des Partners sowie bei Bedarf einer Dolmetscherin nach verunsicherndem Untersuchungsergebnis wird eingerichtet. Weiters wird eine integrierte psychische Betreuung während des gesamten Prozesses der assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung durch Psychotherapeutinnen/-therapeuten oder Psychologinnen/Psychologen vorgesehen. Leitlinien zu den notwendigen Inhalten einer psychologischen Aufklärung werden entwickelt und verbindlich gemacht. Dies bedeutet eine Nachjustierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes.

Weiters wird empfohlen, eine systematische Datenerhebung bezüglich der maternalen körperlichen und psychischen Gesundheit sowie der kindlichen gesundheitlichen Entwicklung nach assistierter Reproduktion gesetzlich zu verankern. Zielgruppen dieser Maßnahmen sind pränatal-diagnostische Zentren, Fertilitätszentren („Kinderwunschzentren“), Gynäkologinnen/Gynäkologen, Hebammen, Frauen (Patientinnen) und deren Partner/innen.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Richtlinie „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“ des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung):  
<http://www.bkid.de/omenu/leit-und-richtlinien/psychosoziale-beratung.html>
- Informationsbroschüren des Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung /BzgA Deutschland:  
<http://www.bzga.de/infomaterialien/familienplanung/kinderwunsch/>
- Entwicklung eines psychosomatischen Modells der Sterilitätsbehandlung und empirische Begleitung. Verhinderung bzw. Reduktion unnötiger reproduktionsmedizinischer Maßnahmen, weniger Nebenwirkungen, deutliche Reduktion psychischer Belastungsfaktoren (Fiegl/Kemeter 1991)

## 5. Ältere Frauen

Prof. Dr. Katharina Pils

Altern ist ein kontinuierlicher Prozess, der auf physiologische Weise mit körperlichen, geistigen und sozialen Veränderungen einhergeht.

Alter hat viele Definitionen – kalendarisch gesehen definiert die WHO „älter“ zwischen 60 und 75 Jahren, „alt“ zwischen 76 und 90 Jahren und als „hochbetagt“ die Gruppe der über 90-Jährigen. Das kalendarische Alter gibt allerdings keinen Hinweis auf das biologische oder soziale Alter. Daher hat sich im Bereich der Medizin und Pflege der Begriff des biologischen Alters etabliert. Neben den körperlichen Veränderungen und altersspezifischen Erkrankungen wird dabei besonderes Augenmerk auf alltagsrelevante Funktionen gelegt. Die Erkrankung bestimmt die Behandlungsmöglichkeiten, die Funktion über Ausmaß und Sinnhaftigkeit. Altern beschreibt unter anderem einen Prozess von fit über vulnerabel bis hin zu gebrechlich. Daher müssen sich altersbegleitende Gesundheitsförderungsprogramme, medizinische und pflegerische Konzepte nicht nur an Organ-Diagnosen, sondern auch an der Gleichzeitigkeit von weiteren relevanten Diagnosen und an den geistigen und körperlichen Ressourcen orientieren.

Frauengesundheit betrifft aber immer auch die Genderperspektive – die soziale Rolle, die Frauen selbst definieren, aber auch jene, die ihnen die Gesellschaft zuschreibt. Das soziale Alter wird nach L. Rosenmayr in die dritte und die vierte Lebensphase unterteilt.

In der dritten Lebensphase sind Menschen nicht mehr beruflich aktiv, nehmen aber Aufgaben in der Gesellschaft wahr. Sie sind weitgehend unabhängig von der Unterstützung durch Dritte. In der vierten Lebensphase nimmt der Betreuungsbedarf zu, Menschen sind von der Unterstützung und Pflege durch andere abhängig. So sind Menschen der dritten Lebensphase wesentliche Unterstützer/innen einer Solidargesellschaft und bringen sich in unterschiedlichen Ebenen ein. In der vierten Lebensphase werden sie in wechselndem Ausmaß zu Empfängern von pflegerischen Leistungen der Familie oder der öffentlichen Hand.

Die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Facetten des Alters sind fließend, zum Teil reversibel, zum Teil progressiv fortschreitend. Die Rollen, Funktionen und Bedürfnisse wechseln in unterschiedlicher Geschwindigkeit. Dennoch wird das Bild der alternden Frau im öffentlichen Diskurs vereinfacht dargestellt: die nicht altern wollende späte Mutter, die ewig Pflegende oder die gepflegte Ressourcenverbrauchende.

Der Aktionsplan Frauengesundheit soll dazu beitragen, Alter(n) als Chance für eine Gesellschaft darzustellen und den Frauen jeweils adäquat entsprechend ihren Bedürfnissen und Ressourcen zu begegnen.

---

### Wirkungsziel 14

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

---

#### Herausforderungen

Da Gesundheit im Alter nicht nur von der Geschlechtsrolle im biologischen Sinn (Sex), sondern auch im sozialen Sinn (Gender) definiert wird, können Probleme nur in einer Synthese aller Facetten gelöst

werden. Dazu wird ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team benötigt. Dies besteht als „model of good practice“ im Bereich der Akutgeriatrie. Mit Ausbau der ambulanten Strukturen und von Gesundheitszentren soll diese Expertise auch niederschwellig für selbständig zu Hause lebende Frauen, für betreute Frauen und auch Pflegeheimbewohnerinnen angeboten werden. Da die Funktion immer über die therapeutischen Chancen entscheidet, muss die Mobilität, die Selbsthilfefähigkeit, die adäquate Ernährung, die Kontinenz und die Kognition in allen Lebensphasen gefördert werden.

Sekundärprävention umfasst auch die zeitgerechte und adäquate Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilbehelfen, was in einem therapeutischen Nihilismus von Betreuenden und Betreuten oft vernachlässigt wird. Schlecht Hören und schlecht Sehen reduzieren die Orientierung im Alltag. Die Entstehung von Delir und Demenz wird begünstigt.

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

Diese Hypothese wird durch die Überlebens Tabellen der Statistik Austria belegt. Zum Beispiel ist die Lebenserwartung in einkommensstarken Bezirken der Stadt Wien signifikant höher als in den einkommensschwächeren Bezirken. Dies lässt sich auch über Bildungsstatus und das Einkommen verifizieren. Ambivalenter Weise scheint weibliches Geschlecht dennoch einen protektiven Einfluss zu haben.

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

### **Bisherige Initiativen**

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

Es bestehen bereits erste Initiativen, Gendermedizin in den Curricula einzelner Studienrichtungen zu etablieren. Es gibt auch einen Universitätslehrgang. Dennoch sind Genderaspekte in vielen Studien und Lehrgängen unterrepräsentiert.

## **Maßnahme 31**

### **Interdisziplinäre Forschung zu frauenspezifischen Gesundheitsfragen der dritten und vierten Lebensphase verstärken**

Um zu ermöglichen, dass sich gendergerechte und evidenzbasierte Behandlungspfade bei allen Gesundheitsanbietern etablieren, ist eine Pharmaindustrie-unabhängige Förderung von interdisziplinären Forschungsprojekten aufzubauen. Die Forschungsprojekte sollen sich vor allem relevanten Gesundheitsfragen von Frauen in der dritten und vierten Lebensphase widmen. Dabei sind neben rein medizinischen Aspekten Zusammenhänge mit Chancen, Barrieren und Umweltfaktoren – Ambient Assisted Living – zu berücksichtigen.

Durch eine stärkere Präsenz und Öffentlichkeitsarbeit, durch die Darstellung aktueller Forschungsergebnisse können Genderaspekte in der Versorgungslandschaft für ältere Frauen besser dargestellt und neue Forschungsimpulse gesetzt werden. Notwendige erste Umsetzungsschritte sind:

- Schaffung von Pharmaindustrie-unabhängigen Forschungsbudgets
- Erkennen von aktuellen Forschungsfragen in Rückkoppelung mit dem Rahmen-Gesundheitsziel 9 „altersübergreifende Themen“. Etablierung von interdisziplinären Forschungsplattformen, Vernetzung von Gender-Expertise (Lehreinrichtungen für Medizin, Pflegewissenschaften, therapeutische Dienste, Sozialarbeit etc.)
- Etablierung einer Datenbank aktueller Forschungsprojekte, um den Austausch zwischen den relevanten Berufsgruppen zu fördern (Forschungsfragenbörse)
- Jährliche Präsentation von aktuellen Forschungsergebnissen, Masterarbeiten und Dissertationen im Rahmen einer internationalen gender-geriatrich-gerontologischen Tagung in Österreich. Auszeichnung der besten Forschungsergebnisse und Unterstützung beim Übergang in den Routinebetrieb.
- Langfristig muss der patientenbezogene interdisziplinäre Diskurs finanziert werden.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Gender und Diversität an der Medizinischen Universität Graz
- Gender-Vorlesung an MedUniWien gemeinsam für Medizinstudenten/-studentinnen und Pflegewissenschaftler/innen sowie entsprechende Diplomarbeiten

## Maßnahme 32

### Regionale Plattformen der Frauengesundheit etablieren

Ein flächendeckender regionaler Austausch von Interessenvertreterinnen älterer Frauen und Gesundheitsakteuren/-akteurinnen wird etabliert. Zunächst werden vorhandene Strukturen in Wien und Graz ausgebaut. Nach der Evaluierung erfolgt eine Ausweitung auf andere Bundesländer.

Durch diese Maßnahme wird die Kommunikation mit den Seniorenvertretern/-vertreterinnen und Repräsentanten/Repräsentantinnen der Gesundheitsberufe wird verbessert. Die regionalen Plattformen schaffen bedürfnisorientierte Angebote für ältere Frauen. Die Zunahme an Wissen über erfolgreiche Modelle kann das Voneinander-Lernen fördern und führt dazu, dass Redundanzen vermieden werden. Durch Vernetzung können ähnliche Projekte leichter identifiziert werden, Voneinander-Lernen erspart Fehlentwicklungen und ist ressourceneffizient. Darüber hinaus wird durch die öffentliche Diskussion von genderrelevanten Gesundheitsfragen und Probleme mit Expertinnen/Experten das selbstbewusste Handeln älterer Frauen gefördert (health literacy).

Die Zielgruppen dieser Maßnahme sind Gesundheitsberufe und Vertreter/innen von Institutionen, die sich mit Gesundheitsfragen von älteren Frauen beschäftigen.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Runder Tisch „Senioren“ der Frauengesundheitsbeauftragten der Stadt Wien

## Maßnahme 33

### Trotz chronischer Erkrankung gesund und aktiv leben

Angebote für ältere Frauen zur Vermittlung von Wissen über chronische Erkrankungen, Funktionseinschränkungen, Schmerzbeurteilung und Behandlung werden forciert. Damit soll die Kompetenz der

Zielgruppe im Umgang mit dem eigenen Körper sowie das Wissen über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten gefördert werden. Ältere Frauen sollen unterstützt werden, partizipativ Entscheidungen zu treffen und kompetent und effizient mit Vertreterinnen/Vertretern der Gesundheitsberufe zu kommunizieren.

Mit steigender Lebenserwartung nimmt die Zahl an chronische Erkrankungen, verordneten Medikamenten und funktionellen Einschränkungen zu. Dies fordert betroffenen Frauen eine Reihe gesundheitlicher Entscheidungen und Bewältigungsfähigkeiten im Alltag ab. Dennoch haben Frauen häufig nicht den Mut, eigene Entscheidungen zu treffen. Ein gendersensibles Gesundheitswesen stärkt in weitere Folge die individuelle Kompetenz der Frauen.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Rahmen-Gesundheitsziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- Dänemark und Großbritannien haben gute Erfahrungen mit der flächendeckenden Einführung des von der Stanford University (USA) entwickelten *Chronic Disease Self-Management Programs* gemacht.
- Als Mitglied des Evivo Netzwerkes, das die Lizenz für den deutschsprachigen Raum innehat, bietet das Frauengesundheitszentrum in Graz seit 2012 Kurse an.

---

## **Wirkungsziel 15**

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

---

### **Herausforderungen**

Die Rolle der Pflegenden wird zu einem großen Teil von Frauen wahrgenommen. Einerseits betreuen und pflegen Frauen, die gemeinsam mit ihnen alt gewordenen, oft jedoch älteren Männer. Andererseits rutschen immer noch Töchter in die Rolle der informell Pflegenden.

In der vom Sozialministerium herausgegebenen Expertise zum Beratungsbedarf für Angehörige von Menschen mit Demenz wird betont, dass Angehörige die Betreuungstätigkeit keineswegs ausschließlich negativ erleben. Die überwiegende Mehrheit, nämlich 82 Prozent aller betreuenden Angehörigen, zieht einen Gewinn aus dieser Tätigkeit, besonders dann, wenn die Betreuung als gemeinsames Handeln erlebt wird. Das positive Erleben ist auch mit einer geringeren Belastungserfahrung verbunden. (Plunger et al. 2014)

Die wahrgenommene Belastung hängt unter anderem von der Anerkennung ab, die Angehörige für ihre Betreuungsarbeit erfahren, sowie von den Unterstützungsleistungen, die sie in Anspruch nehmen. Zwischen der Inanspruchnahme von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten und dem sozioökonomischen Status der betreuenden Angehörigen besteht ein signifikanter Zusammenhang: Personen, die über ein eigenes Einkommen verfügen, nehmen häufiger Unterstützungsangebote in Anspruch, ebenso Angehörige, die vollzeitbeschäftigt sind und über einen höheren formalen Bildungsabschluss verfügen. (Plunger et al. 2014)

### **Bisherigen Initiativen**

In einer in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland durchgeführten Studie (KOBV 2012) gaben 45 Prozent der befragten pflegenden Angehörigen an, einer Berufstätigkeit nachzugehen, wobei 35 Prozent davon sogar eine Vollbeschäftigung ausüben. Die größten Hindernisse für die Weiterfüh-

rung der Erwerbstätigkeit während der Betreuung stellen Zeitmangel und Belastungen durch die Betreuungssituation dar. Die prekäre Situation pflegender Angehöriger spiegelt sich auch in deren Einkommenssituation wider: 47 Prozent verfügen entweder über kein eigenes Einkommen oder über ein Einkommen von maximal 700 Euro monatlich (Schneider et al. 2006). Jene Personen, die versuchen, trotz der Übernahme von familiären Pflegeaufgaben die Berufstätigkeit aufrechtzuerhalten, sind häufig von Überlastungen betroffen: In der oben genannten Studie gaben 26 Prozent der Befragten an, sich durch Berufstätigkeit und Pflegearbeit zeitlich überlastet zu fühlen, 21,6 Prozent fühlen sich körperlich und 9,5 Prozent finanziell überlastet. (KOBV 2012)

Die Öffentlichkeit nimmt die Rolle der pflegenden Angehörigen zu wenig differenziert wahr. Das Spannungsfeld zwischen einer gerne geleisteten Unterstützung und völliger Überforderung ist ein breites. In Zukunft sollten pflegende Angehörigen zeitgerecht ein professionelles Unterstützungsangebot ohne das Stigma des Versagens erhalten. Ihre Rechte und die verfügbaren Unterstützungsangeboten müssen transparent dargestellt werden. Dies umso mehr, als Menschen, die im privaten Bereich pflegen, ein höheres Risiko haben, selbst pflegebedürftig zu werden. Dies muss durch zeitgerechte Unterstützung verhindert werden.

### **Maßnahme 34**

#### **Aufsuchende Entlastungsgespräche für pflegende Angehörige im häuslichen Setting flächendeckend etablieren**

Um die Gesundheit der pflegenden An- und Zugehörigen zu stützen, soll das Angebot von kostenlosen aufsuchenden Entlastungsgesprächen für pflegende Angehörige im häuslichen Setting flächendeckend etabliert werden. Oftmals verfügen Angehörige nicht über ausreichendes Wissen und Kompetenz im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, wodurch Sicherheitsaspekte und individuelle Entlastungsstrategien zu kurz kommen. Mit dem flächendeckenden kostenlosen Angebot von aufsuchenden Entlastungsgesprächen soll psychosozialen Belastungssituationen vorgebeugt und das Sicherheitsgefühl der Pflegenden, aber auch der Gepflegten, gestärkt werden. Gleichzeitig können diese Hausbesuche auch genutzt werden, um Pflegenden konkrete Entlastungsangebote zu machen.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Pilotprojekt des BMASK im Jahr 2014

### **Maßnahme 35**

#### **Geschlechtersensibilität von Mitarbeiter/innen in Gesundheits- und Sozialberufen fördern**

Ein Reflexionsraum wird mit Hilfe von partizipativer Forschung im Rahmen von Workshops zum Thema „Gender im Umgang mit älteren Menschen“ in Gesundheits- und Sozialorganisationen eröffnet. Dabei wird der Fokus auf die aktive Praxis der Inszenierung von Gender gelenkt und dezidiert die Sichtweise aufgegeben, dass sich das soziale Geschlecht mit Bezug auf die „Natur des Menschen“ erklären ließe. Zielsetzung ist, dass den Personen in Betreuungssituationen mehr Lebens- und Handlungschancen ermöglicht werden. Darüber hinaus sollen Empfehlungen zur Gendersensibilität im Umgang mit älteren Menschen entwickelt werden. Zielgruppe dieser Maßnahme sind Mitarbeiter/innen von Sozial- und Gesundheitsorganisationen, die ältere Menschen betreuen.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Broschüre (BMG): Geschlechtersensibel werden. Nachdenken über Gender im Umgang mit Menschen mit Demenz. Eine Handreichung für Gesundheits- und Sozialberufe  
[http://www.uni-klu.ac.at/pallorg/downloads/demenz\\_geschlechtersensibel\\_werden.pdf](http://www.uni-klu.ac.at/pallorg/downloads/demenz_geschlechtersensibel_werden.pdf)

## Maßnahme 36

### Unternehmen für die Situation pflegender Angehöriger sensibilisieren und Beratungsangebote etablieren

Zielsetzung dieser Maßnahme ist, auf Basis einer Bedarfserhebung bzw. Befragung von Unternehmen eine Broschüre herauszubringen, in der anhand von Good-Practice-Beispielen gezeigt wird, wie die Weiterführung der Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger seitens der Unternehmen unterstützt werden kann. Außerdem soll ein Coaching-Angebot für erwerbstätige pflegende Angehörige entwickelt werden.

Indem Unternehmen für die Situation pflegender Angehöriger sensibilisiert und Handlungsoptionen sichtbar gemacht werden, soll der Überlastung pflegender Angehöriger vorgebeugt und der Situation entgegengewirkt werden, dass Frauen in eine prekäre Einkommenssituation geraten. Zudem können sich Unternehmen auf diese Weise als attraktive Arbeitgeber positionieren.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Bundesplan für Seniorinnen und Senioren (BMASK 2013)
- Health in all Policies

---

## Wirkungsziel 16

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

---

#### Herausforderungen

In der Altersgruppe der „älteren Frauen“ finden sich wohl situierte, kaufkräftige Seniorinnen ebenso wie armutsgefährdete Pensionistinnen. Die durchschnittliche Bruttopension einer Pensionistin betrug im Jahr 2013 im Schnitt monatlich 886 Euro, deutlich weniger als die durchschnittliche Bruttopension eines Mannes mit 1.466 Euro. Insgesamt gesehen besteht ein überproportionales Armutsrisiko für ältere Frauen, jede fünfte gilt als armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (19 %), wobei in der Gruppe der alleinstehenden Pensionistinnen jede vierte von Altersarmut bedroht ist. (Statistik Austria 2015)

Altersarmut entsteht nicht erst im Alter, sondern im Laufe des weiblichen Erwerbslebens. Noch immer ist dieses von geschlechtsspezifischen Lohnunterschieden (23,4 %) geprägt, sind Frauen überproportional im Niedriglohnssektor und als Teilzeitbeschäftigte tätig und finden Erziehungs- und Pflegezeiten keine angemessene Berücksichtigung in den Pensionsansprüchen. Für Frauen, die vor dem Pensionseintritt bereits ein unterdurchschnittliches Einkommen bezogen haben, ist die Wahrscheinlichkeit für dauerhafte Altersarmut hoch.

## Maßnahme 37

### „One-Stop Shop“ für die Beantragung und Abwicklung von Sozialleistungen sowie für Pflegeberatung etablieren

Ein regionales „One-Stop Shop“ für Pflegeberatung und Hilfe bei Anträgen sowie Hilfsmittelerwerb wird flächendeckend eingerichtet. Damit werden Betreuende und Pflegende aus der Rolle der Bittsteller zu kompetenten Partnern/Partnerinnen. Wertvolle Zeit, die bei der Suche nach dem richtigen Ansprechpartner verloren ginge, kann gespart werden. Die Barriere der mangelnden Transparenz von Unterstützungsangeboten fällt, es wird „care literacy“ entwickelt. Sekundär wird dem Burn-out von Familienangehörigen entgegengewirkt.

Es bestehen viele Unterstützungsmöglichkeiten. Durch die komplexen Strukturen und die Vielzahl der Ansprechpartner/innen ist eine rasche und unbürokratische Inanspruchnahme aber nicht gegeben. Unterschiedliche Rahmenbedingungen in den Bundesländern erschweren die Situation. Anspruchsberechtigungen verändern sich, wenn Familienangehörige übersiedeln. Die Schaffung österreichweit einheitlicher Standards in Pflege- und Betreuung, Hilfsmittelversorgung und finanziellen Unterstützungsangeboten soll die Chancengerechtigkeit vor allem für Frauen verbessern.

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Familienbeihilfe, Mindestsicherung, Pflegegeld

---

## Wirkungsziel 17

### Differenziertes, wertschätzendes Bild bezüglich der vielfältigen Lebensrealitäten älterer Frauen entwickeln und ihre Teilhabechancen in der Gesellschaft sichern

---

#### Herausforderungen

Die jüngste EU-weite Indexerhebung zum Aktiven Altern zeigt bezüglich der Domäne „soziale Teilhabe“, dass Österreich zu jenen Ländern gehört, in denen ältere Frauen deutlich weniger in politische Aktivitäten und Freiwilligenarbeit eingebunden sind als ältere Männer. (UNECE / European Commission 2015)

Ältere Menschen sind in den Medien, gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil, entschieden unterrepräsentiert. Das gilt sowohl für Informationsmedien als auch für Unterhaltungsmedien. In einer Mediengesellschaft, wie sie sich heute darstellt, bedeutet dies, dass das, was in den Medien nicht vorkommt, sozial auch weniger Relevanz hat bzw. für weniger relevant gehalten wird. Neben der Unterrepräsentanz erzeugt paradoxerweise eine Dramatisierung zusätzlich eine Schiefelage: Ältere Menschen werden Großteils als Problem thematisiert. Besonders Informations- und Nachrichtenmedien tragen stark zu einer negativen Stimmung bei.

Positive und altenfreundliche Darstellungen sind nicht nur selten, sie können der negativen Konnotation auch wenig entgegenhalten. Mediale Unterrepräsentation und negative Stereotypisierung treffen ältere Frauen stärker als ältere Männer. Obwohl Frauen den größeren Anteil der älteren Bevölkerung ausmachen, sind sie medial kaum vertreten. Alte Frauen sind aber nicht nur (beinahe) unsichtbar für die Öffentlichkeit. Wenn ältere Frauen in Medien überhaupt vorkommen, dann sind sie – im Vergleich zu älteren Männern – auch qualitativ vielfach negativer dargestellt. Ältere Männer werden medial eher als weise und noch körperlich aktiv oder in statushohen Positionen (Management, Politik



etc.) gezeigt. Ältere Frauen werden besonders in der Werbung häufig mit dem Verlust von Schönheit und Jugend assoziiert. In Unterhaltungs- bzw. Nachrichtenformaten werden ältere Frauen oft mit geringem Bildungsgrad und niedriger sozialer Position dargestellt (Hausfrau, Witwe, Pensionistin). Dieses Phänomen wird als doppelte Benachteiligung älterer Frauen nach Alter und Geschlecht oder als double standard of ageing bezeichnet (BMASK 2013).

### **Bisherige Initiativen**

Zunehmend wird das Bild älterer Menschen und der Prozess des Alter(n)s in Literatur und Filmen differenzierter dargestellt.

## **Maßnahme 38**

### **Verbesserung der Lebenssituation und Sicherstellung der Teilhabechancen älterer Frauen nachhaltig fördern**

Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zur Lebenssituation älterer Frauen ermöglichen die gezielte Förderung von vielfältigen, qualitätvollen und wohnortnahen Projekten, Initiativen und Veranstaltungen zur Sicherstellung der Teilhabe-Chancen älterer Frauen und zur Verbesserung ihrer Lebenssituation. Konkret werden folgende Aktivitäten forciert:

- Förderung von Forschungsprojekten zur Untersuchung der Lebenssituation der Zielgruppe(n) der älteren Frauen
- Förderung von Veranstaltungen und Workshops sowie von nachhaltigen und wohnortnahen Modellprojekten zu frauenspezifischen Themen
- Schaffung von zielgruppenorientierten, vielfältigen und qualitätvollen Angeboten des lebensbegleitenden Lernens, besonders auch in den Bereichen Gesundheitsbildung und digitale Medien
- Förderung des Zugangs älterer Frauen zur aktiven Mitwirkung auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene und in Vertretungsorganisationen; Sichtbarmachen ihres Beitrags zur gesellschaftlichen Gestaltung
- Forcieren einer zeitgemäßen und differenzierten Darstellung älterer Frauen, die ihren vielfältigen Lebensrealitäten entspricht und diese widerspiegelt

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Bundesplan für Seniorinnen und Senioren (BMASK 2013)
- Regionale Umsetzungsstrategie des Weltaltensplans für die UNECE-Region. Berlin 2002
- Strategie zum lebensbegleitenden Lernen in Österreich, Aktionslinie 9. Wien 2011

## **Maßnahme 39**

### **Genderaspekte in Projekten zur sozialen Teilhabe und Gesundheitsförderung älterer Frauen verstärkt berücksichtigen.**

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

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

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

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

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- [www.gesunde-nachbarschaft.at](http://www.gesunde-nachbarschaft.at)

## Maßnahme 40

### Eine alters- und frauenfreundliche öffentliche Kommunikation von Politik und Medien forcieren

Um den einseitigen und stereotypen Bildern sowie der fehlenden Präsenz von älteren Frauen in den Medien entgegenzuwirken, wird eine Gruppe aus Expertinnen/Experten eingerichtet, die ausgewählte Medien beobachtet und qualifizierte Rückmeldungen gibt.

Gleichzeitig werden Medienvertreter/innen in gendersensibler Sprache und wertschätzendem Umgang mit älteren Frauen geschult. Diese werden regelmäßig an interdisziplinären und interkulturellen Fachtagungen teilnehmen. Dadurch wird eine alters- und frauenfreundliche öffentliche Kommunikation von Politik und Medien gefördert.

*Umsetzungsschritte*

- Konzeption des Pilotprojekts
- Öffentlichkeitsarbeit
- Planen und Abhalten einer Fachtagung
- Einrichten einer Website

*Querverweis(e), Good-Practice-Beispiel(e)*

- Bundes-SeniorInnenplan
- Watchgroup Sexismus
- Werbe-Watchgroup (Gender Award Werbung ) und diverse andere Preise
-

## 6. Literatur

- Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea; Breyer, Elisabeth (2015): Migration und Gesundheit, Wissenschaftlicher Ergebnisbericht, ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
- BMASK (2008): Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008. Bd. III-23 der Beilagen XXIV. GP - Bericht - Hauptdokument, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- BMASK (2013): Altern und Zukunft. Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. Bundes-Ministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abteilung V/6, in Zusammenarbeit mit dem Bundesseniorenbeirat, Wien
- BMBF (2014): 8. Frauenbarometer. Die Umfrage zu aktuellen frauenpolitischen Themen, Wien
- BZgA (2010): Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern - aktueller Schwerpunkt Migration. Ergebnisse der aktuellen Repräsentativbefragung. Bd. 12 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Dietscher, Christina; Pelikan, Jürgen M. (2014): Die Gesundheitskompetenz von Krankenbehandlungsorganisationen stärken – welche Rahmenbedingungen braucht es dafür? Jour Fixe des LBI HPR. Wien
- Dietscher, Christina; Pelikan, Jürgen M. (2015): Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen – was und wie umsetzen?
- Elmadfa, Ibrahim et al. (2012): Österreichischer Ernährungsbericht 2012. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Fiegl, Jutta; Kemeter, Peter (1991): Katamnestische Untersuchung von Paaren mit Kindern nach In-vitro-Fertilisation oder Samenspende. In: Psychologische Probleme in der Reproduktionsmedizin Jahrbuch der psychologischen Medizin, Bd 5. Hg. v. Brähler, E; Meyer, A. Springer-Verlag, Berlin - Heidelberg: 111-123
- FRA (2014): Violence against women: an EU-wide survey. Hg. v. European Union Agency for Fundamental Rights Publications Office of the European Union, European Union Agency for Fundamental Rights,, Luxembourg
- Haller, Birgit; Dawid, Evelyn (2006): Kosten häuslicher Gewalt in Österreich, IKF Institut für Konfliktforschung
- Handelzalts, J. E.; Fisher, S.; Lurie, S.; Shalev, A.; Golan, A.; Sadan, O. (2012): Personality, fear of childbirth and cesarean delivery on demand. In: Acta Obstet Gynecol Scand 91/1:16-21
- Jurczyk, Karin (2010): Care in der Krise? Neue Fragen zu familialer Arbeit. In: Care und Migration: Die Entsorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Hg. v. Apitzsch, Ursula; Schmidbaur, Marianne. Barbara Budrich, Leverkusen: 59-77
- Karl-Trummer, U.; Novak-Zezula, S. (2012): Gesundheit – Migration – Public Health. In: Das österreichische Gesundheitswesen 53/8-9
- Kautzky-Willer, Alexandra; Dorner, Thomas; Jensby, Ann; Rieder, Anita (2012): Women show a closer association between educational level and hypertension or diabetes mellitus than males: a secondary analysis from the Austrian HIS. In: BMC Public Health 12/1:392
- Klein, Charlotte ; Fröschl, Barbara ; Kichler, Rita ; Pertl, Daniela ; Tanios, Aida ; Weigl, Marion (2015): Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Bd. Zl. 4692, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

- Klocke, Andreas; Lampert, Thomas (2005): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 4 Robert-Koch-Institut, Berlin
- KOBV (2012): Umfrageergebnisse über den Informationsstand und Unterstützungsbedarf von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen. KOBV-Pilotprojekt im Auftrag des BMASK, KOBV - Der Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland,, Wien
- Kolip, Petra (2012): Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus: Kaiserschnitt versus Spontangeburt. In: Gesundheitsmonitor 2012/3:1-11
- Lampert, Thomas; Kroll, Lars Eric (2010): Armut und Gesundheit. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. GBE Kompakt 5, Robert Koch-Institut, Berlin
- Leitner, Barbara; Baldaszi, Erika (2013): Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2011. Statistik Austria, Wien
- Mazzoni, A.; Alhabe, F.; Liu, N. H.; Bonotti, A. M.; Gibbons, L.; Sanchez, A. J.; Belizan, J. M. (2011): Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. In: BJOG 118/4:391-399
- Nerum, H.; Halvorsen, L.; Sorlie, T.; Oian, P. (2006): Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? In: Birth 33/3:221-228
- Neumark-Sztainer, Dianne (2005): I'm, like, SO fat! . Guilford Press, New York
- Nishida, C.; Uauy, R.; Kumanyika, S.; Shetty, P. (2004): The joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. In: Public Health Nutr 7/1a:245-250
- ÖIF (2014): Migrantinnen in Österreich. Fonds, Österreichischer Integrations, Wien
- Orbach, Susie (2010): Bodies - Schlachtfelder der Schönheit. Arche Literatur-Verlag, Zürich – Hamburg
- Pauli, Andrea; Hornberg, Claudia (2010): Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive. In: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung Theorie, Methoden, Empirie. Hg. v. Becker, Ruth;Kortendiek, Beate. 3 Aufl. Verlag für Sozialwissenschaften: 631-644
- Plunger, Petra; Heimerl, Katharina; Reitingner, Elisabeth (2014): Beratung von Angehörigen von Menschen mit Demenz - ein Beitrag zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu Hause, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- Rauh, C.; Beetz, A.; Burger, P.; Engel, A.; Haberle, L.; Fasching, P. A.; Kornhuber, J.; Beckmann, M. W.; Goecke, T. W.; Faschingbauer, F. (2012): Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. In: Arch Gynecol Obstet 286/6:1407-1412
- Ryding, E. L.; Wijma, B.; Wijma, K.; Rydhstrom, H. (1998): Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. In: Acta Obstet Gynecol Scand 77/5:542-547
- Schneider, Ulrike; Österle, August; Schober, Doris; Schober, Christian (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung, Institut für Sozialpolitik - WU Vienna University of Economics and Business, Wien
- Schoberberger, R; Dorner, T; Rieder, A (2014): Gesundheitsbewusstsein als dominierender Einflussfaktor auf die Entstehung von Übergewicht-eine Gesundheitsbefragung bei der bäuerlichen Bevölkerung Österreichs. In: Das Gesundheitswesen 76/5:336-338
- Scholz, Martha (2010): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit PGA im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Linz
- Schröttle, Monika; Hornberg, Claudia; Glammeier, Sandra; Sellach, Brigitte; Kavemann, Barbara; Puhe, Henry; Zinsmeister, Julia (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bielefeld, Frankfurt, Köln, München

- Sellach, Brigitte (2008): Armut: Ist Armut weiblich? In: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung Theorie, Methoden, Empirie. Hg. v. Becker, Ruth; Kortendiek, Beate. 3 Aufl. Verlag für Sozialwissenschaften: 471-480
- Sorensen, K.; Pelikan, J. M.; Rothlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G.; Fullam, J.; Kondilis, B.; Agrafiotis, D.; Uiters, E.; Falcon, M.; Mensing, M.; Tchamov, K.; Broucke, S. V.; Brand, H.; Consortium, Hls-Eu (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In: European journal of public health 2015/05.04.2015:1-6
- Stahl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (Hg.) (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Finnish Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki
- Starecek, Petra; Mayr, Martin; Fiala, Christian; Schweiger, Petra (2012): Österreichischer Verhütungsreport 2012. Eine repräsentative Umfrage von Integral-Meinungsforschung im Auftrag des Gynmed Ambulatoriums. Hg. v. Gynmed Ambulatorium. 1 Aufl., Gynmed Ambulatorium
- Statistik Austria (2014): Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren 2014, Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Finanziert durch das Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres, Wien
- Statistik Austria (2015): Pensionsleistungsbezieherinnen und -bezieher nach Funktionen und Pensionsleistungen 2000 bis 2013. Austria, Statistik
- Strilić, Martina (2012): Einstellungen zu Sexualität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
- Sydsjo, G.; Angerbjorn, L.; Palmquist, S.; Bladh, M.; Sydsjo, A.; Josefsson, A. (2013): Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. In: Acta Obstet Gynecol Scand 92/2:210-214
- Till-Tentschert, Ursula; Till, Matthias; Glaser, Thomas; Heuberger, Richard; Kafka, Elisabeth; Lamei, Nadja; Skina-Tabue, Magdalena (2010): Armutsgefährdung und soziale Ausgrenzung. In: Armutsgefährdung in Österreich. Hg. v. BMASK. Statistik Austria, Wien: 174-203
- UNECE / European Commission (2015): Active Ageing Index 2014. Analytical Report, prepared by Asghar Zaidi of Centre for Research on Ageing,, University of Southampton and David Stanton, United Nations Economic Commission for Europe, Geneva/Brussels
- Weinbrenner, Susanne; Lönnfors, Sanna; Babitsch, Birgit (2010): Gender: Neue methodische Herausforderungen bei der Leitlinienentwicklung. In: Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 104/7:547-553
- WHO (1994): Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern. World Health Organization, Wien
- WHO (2006): Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Sexual health document series, World Health Organization, Geneva
- WHO, World Health Organization - Regional Office for Europe (2013): Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century.
- Wimmer-Puchinger, Beate; Riecher-Rössler, Anita (2006): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Springer, Wien
- Zielsteuerung-Gesundheit (2012): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, Bundesgesetzblatt

## 7. Teilnehmer/innen

### Arbeitsgruppenleiter/-innen

Arbeitsgruppe	Funktion	Name	Institution
Junge Frauen und Mädchen	Leitung	Martha Scholz, Mag. <sup>a</sup>	PGA – Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, Leiterin des Frauengesundheitszentrums Wels
	Leitung-Stellvertretung	Helga Haftner, ADir.	BMBF
Frauen im Erwerbsalter	Leitung	Beate Wimmer-Puchinger, ao. Univ.-Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup>	Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien
	Leitung-Stellvertretung	Ines Stamm, Dr. <sup>in</sup>	BMG
Ältere Frauen	Leitung	Katharina Pils, Primaria Dr. <sup>in</sup>	Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie
	Leitung-Stellvertretung	Magdalena Arrouas, Dr. <sup>in</sup>	BMG

**Arbeitsgruppe 1: Junge Frauen und Mädchen**

<b>Teilnehmer/in</b>	<b>Institution</b>
Axster Lilly	Verein Selbstlaut
Brem Eveline	Plattform Elterngesundheit
Cekan Doris	AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG Abteilung 5 (Kompetenzzentrum Gesundheit) – Unterabteilung Sanitätswesen - Prävention
Hafner Sabine, Dr. <sup>in</sup>	BMASK; Abteilungsleiterin der Abteilung 10 Angelegenheiten der Dienstleistungserbringung des Arbeitsmarktservice einschließlich Einsatz von Förderungen nach dem Arbeitsmarktservicegesetz;
Lackner Mario, Mag.	Beratungsstudio DAS!ALLES der Traumsieberei OG
Leitner Miriam Kristin, MSc., Dr. <sup>in</sup>	Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel, Interne Medizin III, Gender Medicine Unit
Lugstein Teresa	make it - Büro für Mädchenförderung des Landes Salzburg; Land Salzburg; Referat für Jugend, Generationen, Integration
Schindelar Kathrin	BMFJ Kompetenzzentrum Jugend
Schmidjell Sanda, Mag. <sup>a</sup>	Peregrina Bildungs-, Beratungs- und Therapiezentrum für Immigrantinnen;
Schoch Laura	Bundesjugendvertretung
Tomaschek-Habrina Lisa, Dr. <sup>in</sup>	Sowhat
Wilkens Elisabeth, Dr. <sup>in</sup>	Bundesministerium für Bildung und Frauen
Zagler Jutta	MonA-Net

**Arbeitsgruppe 2: Frauen im Erwerbsalter**

<b>Teilnehmer/in</b>	<b>Institution</b>
Blahout Sabine, Mag. <sup>a</sup>	Wiener Programm für Frauengesundheit
Erdemgil-Brandstätter Anneliese	Frauen- und Familienberatungsstelle Cassandra
Fiegl Jutta, Ass.-Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup>	Department-Leitung Psychotherapiewissenschaft
Frohner Ursula Präsidentin	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
Grasl Alexandra, Mag. <sup>a</sup>	Wiener Programm für Frauengesundheit
Hess-Knapp Helga	AK Wien
Hofireck Sabine, Mag. <sup>a</sup>	Wiener Programm für Frauengesundheit
Kautzky-Willer Alexandra, Univ.Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup>	Med-Uni Wien, Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen
Münch-Beurle Alexandra, Mag. <sup>a</sup>	Wiener Programm für Frauengesundheit
Posch-Keller Birgit, Mag. <sup>a</sup>	Österr. Plattform für Alleinerziehende
Repnik Ulrike, Mag. <sup>a</sup>	MA 57, Frauenabteilung der Stadt Wien
Rieder Anita, Univ.Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup>	Med-Uni Wien, Institut für Sozialmedizin
Rösslhumer Maria, Mag. <sup>a</sup>	GF Autonome Frauenhäuser Österreich
Ruda Romana, Mag. <sup>a</sup>	Netzwerkmanagerin Competence Center Integrierte Versorgung; c/o Wiener Gebietskrankenkasse
Stamm, Ines, Dr. <sup>in</sup>	Expertin für Frauengesundheit und GM-Beauftragte des BMG
Steurer Julia, Mag. <sup>a</sup>	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abt. VII/A/4
Thurner Daniela, Mag. <sup>a</sup>	Wiener Programm für Frauengesundheit
Vecerik Marinela, Mag. <sup>a</sup>	NINLIL-Empowerment und Beratung für Frauen mit Behinderung; ZEITLUPE Peer-Beratung für Frauen mit Behinderung
Wimmer-Puchinger Beate, ao. Univ.-Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup>	Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien
Wolf Hilde, Mag. <sup>a</sup> MBA	Frauengesundheitszentrum FEM Süd



**Arbeitsgruppe 3: Ältere Frauen**

<b>Teilnehmer/in</b>	<b>Institution</b>
Baldinger-De Smet Silvia, Dr. <sup>in</sup> Ministerialrätin	Bundesministerium für Land und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft; Vorsitzende der Arbeitsgruppe für Gleichbehandlungsfragen
Bauer Gudrun, Dr. <sup>in</sup>	Diakonie Österreich
Biringer Erwin	BMASK, Sektion II
Diketmüller Rosa	Centre for Sports Sciences and University Sports
Fahnler Sylvia	Vertretungsnetz
Felkel Astrid	Vertretungsnetz
Fischer Tatjana, Dr. <sup>in</sup>	Institut für Raumplanung und Ländliche Neuordnung
Frohner Ursula Präsidentin	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
Hechl Elisabeth, Dr. <sup>in</sup>	Österreichischer Freiwilligenrat
Heimerl Katharina, Dr. <sup>in</sup>	Institutsleiterin, IFF-Palliative Care und OrganisationsEthik Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Wien, Graz
Hirtl Christine, Mag. <sup>a</sup>	Mitglied der Geschäftsführung - Projektentwicklung Frauengesundheitszentrum / Women's Health Center
Kumpfmüller Magdalena, Mag. <sup>a</sup>	Bereich Pflege, Sektion IV des Sozialministeriums
Kurz Christine, Univ.Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup>	Abteilung für Endokrinologie und Sterilitätsbehandlung, Univ.Klinik für Frauenheilkunde
Lang Gert, Dr. Gesundheitsreferent BGF	Fonds Gesundes Österreich
Lindermayr Monika, Mag. <sup>a</sup>	Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung IVa Frauen und Gleichstellung
Oberleitner Elisabeth, Dr. <sup>in</sup> MPH Landessanitätsdirektorin	Land Kärnten, Unterabteilungsleiterin
Rieger Djamila, Mag. <sup>a</sup>	Verein Frauenservice Graz, Projektleitung ALTERnative Schönheit & PRETTY OLD
Rohrauer-Näf Gerlinde, Mag. <sup>a</sup> MPH	FGÖ stellvertretende Leiterin, Gesundheitsreferentin mit Schwerpunkt Psychosoziale Gesundheit
Rosenberger-Spitzzy Angelika, Dr. <sup>in</sup>	Fonds Soziales Wien; Kundenservice, SeniorInnenbüro & Medizinische Angelegenheiten
Sax Barbara, Mag. <sup>a</sup>	Sektion II des Sozialministeriums
Skazedonig Monika Koordinatorin	Kärntner Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung,
Wilbacher Ingrid, Dr. <sup>in</sup>	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Zechner Olga, Diplomierte Sozialarbeiterin	Österreichischer Berufsverband der Sozialarbeiterinnen

**Steuerungsgruppe**

<b>Teilnehmer/in</b>	<b>Institution</b>
Arrouas Magdalena, Dr. <sup>in</sup>	BMG
Haftner Helga	BMBF
Kolm Andreas	BMG
Lehner Petra, Mag. <sup>a</sup>	BMG
Nowak Peter, Mag. Dr.	GÖG
Pfabigan Doris, Dr. <sup>in</sup>	GÖG
Rorauer-Näf Gerlinde, Mag. <sup>a</sup> MPH	FGÖ
Sax Gabi, Mag. <sup>a</sup>	GÖG
Schönher Barbara, Dr. <sup>in</sup> vormals: Hellwagner Katrin	BMBF
Stamm Ines, Dr. <sup>in</sup>	BMG

**Erweiterte Steuerungsgruppe**

<b>Teilnehmer/in</b>	<b>Institution</b>
Pils Katharina, Prima Dr. <sup>in</sup>	Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital
Wimmer-Puchinger Beate, ao. Univ.Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup>	Wiener Programm für Frauengesundheit
Scholz-Resch Martha, Mag. <sup>a</sup>	PGA Frauengesundheitszentrum Wels