

Frauengesundheitsbericht 2022



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen:

Sylvia Gaiswinkler, Daniela Antony, Jennifer Delcour, Johanna Pfabigan, Michaela Pichler, Anna, Wahl (Gesundheit Österreich GmbH)

Begleitende Expertinnengruppe (alphabetisch):

Elke AUFNER-HERGOVICH – ARGE FEMININA, Burgenland
Maria BERNHART – FEM, Wien
Cornelia DEUBLER – ARGE FEMININA, Burgenland
Veronika GSÖLS – Landesgesundheitsagentur Niederösterreich
Aline HALHUBER-AHLMANN – Frauengesundheitszentrum, Salzburg
Kristina HAMETNER – Wiener Programm für Frauengesundheit, Wien
Christine HIRTL – Frauengesundheitszentrum, Graz
Margarethe HOCHLEITNER – Medizinische Universität, Innsbruck
Marlene PRETIS-SCHADER – Frauengesundheitszentrum, Graz
Doris POLZER – Frauengesundheitszentrum, Wels
Hanna ROHN – Frauengesundheitszentrum, Graz
Regina STEINHAUSER – Frauengesundheitsexpertin, Kärnten
Helga SPEIGNER – Frauengesundheitszentrum, Linz
Hilde WOLF – FEM Süd, Wien

Fachliche Begleitung:

BMSGPK, Abteilung VII/A/3 – Mutter-, Kind- und Gendergesundheit, Ernährung
Ansprechpartnerin: Ines STAMM

Copyright Titelbild: © pixabay.com/FerGalindo980

Wien, 2023

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Gaiswinkler, Sylvia; Antony, Daniela; Delcour, Jennifer; Pfabigan, Johanna; Pichler, Michaela; Wahl, Anna (2023): Frauengesundheitsbericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Vorwort



Johannes Rauch
© Marcel Kulhanek

Sehr geehrte Leser:innen!

Mehr als die Hälfte aller in Österreich lebenden Menschen sind Frauen – 4,5 Millionen oder 50,7 Prozent insgesamt. Damit gibt es in Österreich knapp mehr Frauen als Männer. Umso wichtiger ist es, zu wissen, wie es um die gesundheitliche Lage von Frauen und Mädchen in Österreich steht. Mit dem Frauengesundheitsbericht 2022 liegen nun nach über zehn Jahren erstmals wieder Informationen zu diesem wichtigen Thema vor. Klassische Gesundheitsberichte folgen nach wie vor herkömmlichen Gesundheitsparametern, die in der Regel nach wie vor an einem auf Männer orientierten Blick ausgerichtet sind. Frauen und Mädchen haben im Unterschied zu Männern jedoch häufig andere Erkrankungsrisiken und Krankheitsverläufe sowie ein anderes Gesundheitsverhalten, werden aber aufgrund von geschlechterstereotypen Zuschreibungen oft unzutreffend diagnostiziert. Frauen sind durch gesellschaftliche und strukturelle Rahmenbedingungen (u. a. Mehrfachbelastungen, Care-Arbeit) in ihren unterschiedlichen Lebensphasen (Mädchen, Frauen im Erwerbsalter, ältere Frauen) mit gesundheitsrelevanten Einflüssen konfrontiert, die sich maßgeblich auf ihre Gesundheit auswirken können. Unterschiedliche biologische Dispositionen (u. a. Körper, Hormonhaushalt, Stoffwechsel) verursachen mit, dass Erkrankungen mit oft anderen Prävalenzen und Symptomen auftreten als bei Männern.

Mit dem gezielten Blick auf die Gesundheit von Frauen konzentriert sich der Bericht auf Themen wie Körper- und Selbstbilder von Mädchen und Frauen, sexuelle Gesundheit, Menstruationsgesundheit, Wechseljahre und Menopause, gynäkologische Versorgung, reproduktive Selbstbestimmung, psychische Gesundheit, Gewalt gegen Mädchen und Frauen und deren gesundheitliche Auswirkungen oder auch Zugang zu guten Gesundheitsinformationen und -angeboten für Mädchen und Frauen. Ebenso werden sozioökonomische und gesellschaftliche Einflüsse auf die Gesundheit von Frauen, Armut, Mehrfachbelastungen, unbezahlte Sorgearbeit (Care-Arbeit), Mental Load und Auswirkungen der Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen beleuchtet.

Mit dem Frauengesundheitsbericht wird die weitere Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit unterstützt und es werden Informationen bereitgestellt, von denen Frauen und Mädchen in ihren unterschiedlichen Lebenssituationen profitieren können. Damit werden Voraussetzungen für eine Gesundheitsversorgung geschaffen, in der Frauen und Mädchen

in den Mittelpunkt gerückt werden. Um den höchsten Gesundheitsstandard für alle zu erreichen, muss in der Gesundheitsforschung und -versorgung anerkannt werden, dass sich Gesundheitsthemen von Frauen von jenen der Männer unterscheiden. Auch aus einem gesellschaftlich-strukturellen Kontext betrachtet leben viele Frauen in anderen Lebensrealitäten als Männer, was sich maßgeblich auf ihre Gesundheit auswirkt. Aber: Alle Frauen haben das Recht auf ein Leben ohne Diskriminierung in allen Lebensbereichen – einschließlich des Zugangs zu Gesundheitsversorgung.

Johannes Rauch
Bundesminister

Kurzfassung

Hintergrund

Frauen und Mädchen haben im Unterschied zu Männern häufig andere Erkrankungsrisiken und Krankheitsverläufe, ein anderes Gesundheitsverhalten und werden aufgrund von geschlechterstereotypen Zuschreibungen oft unzutreffend diagnostiziert. Frauen sind durch gesellschaftliche und strukturelle Rahmenbedingungen (u. a. Mehrfachbelastungen, Care-Arbeit) in ihren unterschiedlichen Lebensphasen (Mädchen, Frauen im Erwerbsalter, ältere Frauen) mit gesundheitsrelevanten Einflüssen konfrontiert, die sich maßgeblich auf ihre Gesundheit auswirken können. Unterschiedliche biologische Dispositionen (u. a. Körper, Hormonhaushalt, Stoffwechsel) verursachen mit, dass Erkrankungen mit oft anderen Prävalenzen und Symptomen auftreten als bei Männern. Mit einem Frauengesundheitsbericht werden jene Informationen bereitgestellt, von denen Frauen und Mädchen in ihren unterschiedlichen Lebenssituationen betroffen sind und die in klassischen Gesundheitsberichten kaum oder nicht behandelt werden. Damit werden die Voraussetzungen für eine Gesundheitsversorgung geschaffen, in der Frauen und Mädchen in den Mittelpunkt gerückt werden.

Methode

Anknüpfend an bisherige nationale und internationale Frauengesundheitsberichte wurde eine inhaltliche Kapitelstruktur mit dem Fokus auf sozioökonomische Determinanten erstellt, zu der eine breite Literatur- und Datenrecherche durchgeführt wurde. Literatur und Daten wurden entsprechend der Verfügbarkeit aus Österreich (ATHIS, EU-SILC, HBSC, HLS-EU, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, Todesursachenstatistik) oder alternativ aus international vergleichbaren Ländern herangezogen. Zur Qualitätssicherung und Einbindung von Expertise aus der Praxis wurde eine begleitende Expertinnengruppe zugezogen.

Ergebnisse

Klassische Gesundheitsberichte folgen in der Regel nach wie vor herkömmlichen Gesundheitsparametern, die historisch immer noch an einem auf Männer orientierten Blick ausgerichtet sind. Mit dem gezielten Blick auf die Gesundheit von Frauen konzentriert sich der Bericht auf Themen wie Körper- und Selbstbilder von Mädchen und Frauen, Sexuelle Gesundheit, Menstruationsgesundheit, Wechseljahre und Menopause, Gynäkologische Versorgung, Reproduktive Selbstbestimmung, Psychische Gesundheit, Gewalt gegen Mädchen und Frauen und deren gesundheitliche Auswirkungen oder auch den Zugang zu guten Ge-

sundheitsinformationen und -angeboten für Mädchen und Frauen. Ebenso werden sozio-ökonomische und gesellschaftliche Einflüsse auf die Gesundheit von Frauen, Armut, Mehrfachbelastungen, unbezahlte Sorgearbeit (Care-Arbeit), Mental Load und Auswirkungen der Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen beleuchtet. Mit dem Frauengesundheitsbericht liegen nach über zehn Jahren wieder Informationen zur gesundheitlichen Situation von Frauen und Mädchen vor.

Schlussfolgerungen

Bei der Erstellung des Frauengesundheitsberichts erwies sich die Datenlage als besondere Herausforderung. Die verwendeten Daten und Informationen stammen häufig nicht aus Österreich, da sie entweder nicht vorhanden, nicht repräsentativ oder schwer zugänglich sind. Zu zentralen frauenspezifischen Gesundheitsfragen wie beispielsweise Menstruationsgesundheit, sexueller Gesundheit, detaillierten Informationen zu psychischen Belastungen, Auswirkungen von Gewalt auf Gesundheit oder dem Zugang zu guten Gesundheitsinformationen sowie zu frauenspezifischen Erkrankungen wie beispielsweise Endometriose wären für eine Ableitung von Maßnahmen entsprechende Datengrundlagen notwendig. Für die zukünftige Datengenerierung ist entscheidend, dass diese für Frauen und Mädchen in ihren unterschiedlichen Lebensphasen und Lebenslagen erhoben werden, um zielgruppengenaue Analysen zu ermöglichen. Die weitere Umsetzung der Maßnahmen des Aktionsplans Frauengesundheit sowie die Themen der gesellschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, der Frauen- und Gendergesundheitsforschung, der Entwicklungen im Digital-Health- und KI-Bereich, der frauenspezifischen Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung erfordern neue Schwerpunktsetzungen im Gesundheitsbereich. Dem großen Bereich der Chancengerechtigkeit und Intersektionalität müsste in Folgeberichten ausreichend Raum gegeben werden. Frauenrelevante Gesundheitsthemen sind in nächsten Schwerpunktsetzungen nach den verschiedenen Lebensphasen und Lebenslagen von Mädchen und Frauen zu differenzieren. Sozioökonomisch benachteiligte Frauen und Mädchen, Frauen in Armut, Frauen und Mädchen in unterschiedlichen Altersphasen, Frauen mit Flucht- und Migrationsgeschichte, Frauen mit Behinderungen, alleinerziehende Frauen, wohnungslose Frauen, Sexarbeiterinnen, Frauen mit nichtbinärer Geschlechtsidentität haben verschiedene soziale Ausgangs- und Lebenslagen, die sich auch unterschiedlich darauf auswirken, wie gesund sie ihr Leben verbringen können. Eine präzisere Zielgruppenbetrachtung muss auch das Gießkannenprinzip ablösen und in nächste Arbeiten und zukünftige Maßnahmen einfließen, um allen Frauen und Mädchen gleiche gesundheitliche Chancen zu ermöglichen.

Schlüsselwörter

Frauen, Mädchen, Geschlecht, Gender, Gesundheit, Frauengesundheitsbericht

Summary

Background

Women and girls, in difference to men, often have other disease risks and courses, a different health behaviour and they are often misdiagnosed due to gender stereotypes. Due to social and structural conditions (e.g. multiple burdens, care work), women are confronted with health-relevant influences in their various phases of life (girls, women of working age, older women), which can significantly affect their health. Varying biological dispositions (e.g. body, hormonal balance, metabolism) contribute to the fact that diseases occur with often different prevalences and symptoms than in men. A women's health report provides information concerning the different life situations of women and girls, which are not or hardly addressed in classical health reports. This creates conditions for health systems in which women and girls are placed in the spotlight.

Method

Based on previous national and international women's health reports, a chapter structure with a focus on socio-economic determinants was developed, for which a broad literature and data research was conducted. Literature and data were taken from Austria (ATHIS, EU-SILC, HBSC, HLS-EU, Diagnosis and Service Documentation of Austrian Hospitals, Cause of Death Statistics) or alternatively from internationally comparable countries, depending on availability. For quality assurance and integration of expertise from practice, an accompanying expert group was consulted.

Results

Classic health reports still tend to follow conventional health parameters, which historically have still been oriented towards a male-centred view. With the specific focus on women's health, the report concentrates on topics such as body and self-image of girls and women, sexual health, menstrual health, menopause, gynaecological care, reproductive self-determination, mental health, violence against girls and women and its health effects, or access to good health information and services for girls and women. Socio-economic and societal influences on women's health, poverty, multiple burdens, unpaid care work, mental load and the effects of women's working and living conditions are also highlighted. After more than ten years, the Women's Health Report once again provides information on the health situation of women and girls.

Conclusions

With the preparation of the Women's Health Report, the situation of the data situation has shown itself to be a challenge. The data and information used often do not come from Austria, as they are either not available, not representative, or difficult to access. For central women-specific health issues such as menstrual health, sexual health, detailed information on psychological stress, effects of violence on health or access to good health information as well as on women-specific diseases such as endometriosis, appropriate data bases would be necessary to derive measures. For future data generation, it is crucial that these are collected for women and girls in their different life phases and life situations to enable more target group-specific analyses. The further implementation of the measures of the Women's Health Action Plan as well as the topics of societal and structural framework conditions, women's and gender health research, developments in the digital health and AI sector, women- and gender-specific health promotion, prevention and care require new focal points in the health sector. The large area of equal opportunities and intersectionality should be given sufficient space in follow-up reports. Women are to be differentiated in the next focal points in their different life phases and life situations. Socio-economically disadvantaged women and girls, women in poverty, women and girls at different ages, women with a history of flight and migration, women with disabilities, single mothers, homeless women, sex workers, women with a non-binary gender identity have different social starting points and life situations, which also have different effects on how healthy they can spend their lives. The more precise target group approach versus a watering can principle must also be worked on within the group of women in next work and future measures to enable all women and girls to have equal health opportunities.

Keywords

Women, girls, sex, gender, health, women's health report

Inhalt

Vorwort	3
Kurzfassung	5
Summary	7
1 Einleitung	11
1.1 Methodik.....	13
2 Demografische Charakteristika	14
2.1 Frauen und Armut.....	19
2.2 Sorgearbeit (Care-Arbeit) und Mental Load	24
3 Strukturelle Rahmenbedingungen	26
3.1 Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen.....	26
3.2 Geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung und -versorgung	28
3.3 Geschlechterstereotype und Rollenklischees.....	29
4 Gesundheit der Frauen in Österreich – Überblick	31
4.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	33
4.2 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	34
4.3 Gynäkologische Erkrankungen	36
4.4 Alzheimer-Demenz	36
4.5 Diabetes	37
4.6 Psychische Erkrankungen	38
4.7 Chronische Kopfschmerzen	39
4.8 Harninkontinenz	39
4.9 Gesundheitsverhalten.....	39
5 Mädchen- und Frauengesundheit	45
5.1 Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeits- und Lebensbedingungen	45
5.2 Körper- und Selbstbilder von Mädchen und Frauen	46
5.2.1 Einfluss digitaler Medien auf das Körper- und Selbstbild.....	47
5.2.2 Ästhetisch-plastische Eingriffe.....	50
5.3 Sexuelle Gesundheit, Menstruationsgesundheit und reproduktive Gesundheit.....	51
5.3.1 Sexuelle Gesundheit	51
5.3.2 Menstruationsgesundheit.....	61
5.3.3 Wechseljahre und Menopause.....	65
5.3.4 Gynäkologische Versorgung	67
5.3.5 Reproduktive Selbstbestimmung.....	76

5.3.6 Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach.....	84
5.4 Psychische Gesundheit	99
5.4.1 Relevante Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Mädchen und Frauen	99
5.4.2 Psychische Probleme und psychische Erkrankungen von Mädchen und Frauen	100
5.4.3 Ursachen für Geschlechtsunterschiede	102
5.4.4 Depressionen	104
5.4.5 Essstörungen.....	105
5.4.6 Suizidversuche und Suizide.....	106
5.4.7 COVID-19 und die psychische Gesundheit von Frauen und Mädchen.....	106
5.4.8 Maßnahmen für die psychische Gesundheit von Mädchen und Frauen	108
5.5 Gewalt gegen Mädchen und Frauen in Österreich und ihre gesundheitlichen Auswirkungen.....	110
5.5.1 Gewaltformen und ihre gesundheitlichen Auswirkungen.....	111
5.5.2 Besonders oder anders betroffene Gruppen von Frauen und Mädchen.....	117
5.5.3 Gewaltprävention	118
5.6 Zugang zu guten Gesundheitsinformationen und -angeboten für Mädchen und Frauen im Überblick	122
6 Gesundheitliche Auswirkungen von Krisen auf Frauen	128
6.1 COVID-19-Pandemie	128
6.2 Klimakrise.....	130
7 Chancengerechtigkeit	132
8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung.....	134
Tabellenverzeichnis.....	141
Abbildungsverzeichnis.....	142
Literaturverzeichnis	143
Glossar.....	169
Abkürzungen.....	173
Anhang	174

1 Einleitung

Bereits im Jahr 2002 wurde von den Mitgliedstaaten der WHO-Region Europa eine Deklaration zur zukünftigen Berücksichtigung des Geschlechterunterschieds in der Gesundheitsforschung verabschiedet. Damit sollte Unterschieden in Morbidität und Mortalität sowie im Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem stärker Rechnung getragen werden (WHO 2001). Demnach haben alle Frauen das Recht auf ein Leben ohne Diskriminierung in allen Lebensbereichen einschließlich des Zugangs zu Gesundheitsversorgung. Diese Grundsätze sind auch in den Sustainable Development Goals festgehalten (SDG 5 - Geschlechtergleichstellung). Alle Frauen haben das Recht auf den bestmöglich erreichbaren Gesundheitsstandard. Um den besten Gesundheitsstandard zu erreichen, muss in der Gesundheitsforschung und -versorgung anerkannt werden, dass sich Gesundheitsthemen von Frauen von jenen der Männer unterscheiden. Aus einem gesellschaftlich-strukturellen Kontext betrachtet leben viele Frauen in anderen Lebensrealitäten als Männer, was sich maßgeblich auf ihre Gesundheit auswirkt. Aus diesem Grund liegt dem Frauengesundheitsbericht eine Public-Health-Perspektive zugrunde, in der sozioökonomische Verhältnisse einen gesundheitsrelevanten Stellenwert einnehmen. Frauen haben oft andere Gesundheitsrisiken und ein anderes Gesundheitsverhalten als Männer, sie werden aufgrund von geschlechterstereotypen Zuschreibungen oft fehlerhaft diagnostiziert und ihre Krankheitsverläufe unterscheiden sich zum Teil signifikant von denen der Männer. Unterschiedliche biologische Dispositionen (u. a. Körper, Hormonhaushalt, Stoffwechsel) verursachen mit, dass bei Frauen Erkrankungen mit oft anderen Prävalenzen und Symptomen auftreten als bei Männern. Das Nichtberücksichtigen des Geschlechts bei Diagnosen und Behandlungsverläufen (z. B. Medikation) kann zu Über-, Unter- oder Fehlversorgungen führen.

In den letzten Jahren haben die Berücksichtigung von und die Auseinandersetzung mit geschlechtergerechter Medizin und Gesundheit national und international zunehmend an Bedeutung gewonnen. Klassische Gesundheitsberichte folgen jedoch in der Regel nach wie vor herkömmlichen Gesundheitsparametern, die historisch immer noch an einem auf Männer orientierten Blick ausgerichtet sind. Wenn es gezielter um die Gesundheit von Frauen geht, konzentrieren sich die Themen überwiegend auf Fragen rund um reproduktive Gesundheit (v. a. Schwangerschaft, Geburt, Fertilität, gynäkologische Erkrankungen). Wenig bis gar nicht berücksichtigt werden Themen wie Körper- und Selbstbilder von Mädchen und Frauen, Sexuelle Gesundheit, Menstruationsgesundheit, Wechseljahre und Menopause, Gynäkologische Versorgung, Reproduktive Selbstbestimmung, Psychische Gesundheit, Gewalt gegen Mädchen und Frauen und deren gesundheitliche Auswirkungen oder auch der

Zugang zu guten Gesundheitsinformationen und -angeboten für Mädchen und Frauen. Ebenso gibt es wenige komprimierte Aufbereitungen zu sozioökonomischen und gesellschaftlichen Einflüssen auf die Gesundheit von Frauen, wie deren ökonomische Absicherung und Armut, Mehrfachbelastungen durch unbezahlte Sorgearbeit (Care-Arbeit), Mental Load und Auswirkungen der Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen.

Aus diesem Grund werden mit dem vorliegenden Frauengesundheitsbericht nach über zehn Jahren wieder Informationen zur gesundheitlichen Situation von Frauen und Mädchen bereitgestellt – der letzte Frauengesundheitsbericht für Österreich erschien im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 2011. Darüber hinaus werden in Reaktion auf die tiefgreifenden gesellschaftlichen und gesundheitlichen Auswirkungen von COVID-19 die gesundheitlich relevanten Entwicklungen für Mädchen und Frauen seit der Pandemie aufgegriffen. Mit dem Bericht soll zudem innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems das Bewusstsein darüber gefördert werden, wovon speziell Frauen und Mädchen in ihrer Gesundheit betroffen sind.

Der Frauengesundheitsbericht richtet sich an Entscheidungsträger:innen im und außerhalb des Gesundheitssystems in Österreich, an das interessierte Fachpublikum sowie an die interessierte Bevölkerung.

Der Bericht ist mit substanzieller Unterstützung durch ein begleitendes Expertinnenteam entstanden, dem im Namen des gesamten Projektteams ein großer Dank ausgesprochen wird!

Begriffsbestimmung: Frauen

Der Begriff „Frauen“ wird nicht als feste homogene Kategorie verstanden, sondern integriert verschiedene sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten, die sich mit Frausein identifizieren. Für den vorliegenden Bericht sind aufgrund eines überwiegend binären Datenbestandes wenige bis keine Informationen verfügbar, die über die binäre Geschlechtsdefinition von Frau hinausgehen. In zukünftigen Berichten sollte bereits eine stärkere Integration von geschlechtlicher und sexueller Vielfalt (insbesondere mit Blick auf LGBTIQ*) möglich werden. In einem voraussichtlich 2023 erscheinenden LGBTIQ*-Gesundheitsbericht sollen zudem erstmals in Österreich gesundheitsrelevante Daten nach verschiedenen sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten publiziert werden.

1.1 Methodik

Der Bericht knüpft an Gesundheitsberichte nach sozioökonomischen Determinantenmodellen und an bisherige nationale und internationale Frauengesundheitsberichte an. Er ist an Gesundheitsindikatoren und an einer Public-Health-Perspektive orientiert. Der Bericht ist nach dem Ansatz sozioökonomischer Determinanten erstellt und kein medizinischer Bericht. Es werden Themen behandelt, die entweder nur Frauen oder auffallend häufiger Frauen sowie eine breite Gruppe von Frauen betreffen. Mit den Schwerpunktsetzungen auf die Gesundheit von Mädchen und Frauen zu Themen, die in klassischen Gesundheitsberichten kaum oder nicht vorkommen, konzentriert sich die Themenauswahl auf Körper- und Selbstbilder, Sexuelle Gesundheit, Psychische Gesundheit, Gewalterfahrungen, Zugang zu Beratung und Information sowie Auswirkungen von Krisen. Auf wichtige Bereiche wie strukturelle Bedingungen, Forschung, Entwicklung, Digital-Health-Systeme, Versorgung, Gendermedizin, Gesundheitsförderung und Prävention wird punktuell verwiesen, sie bilden allerdings keinen Schwerpunkt.

Für die Erstellung wurde eine umfassende Literatur- und Datenrecherche unternommen. Der Bericht beinhaltet eine breite und diverse Daten- und Literaturlbasis, wobei die Daten jedoch häufig nicht aus Österreich stammen und/oder für Österreich repräsentativ sind. Basis für die belastbaren Daten aus Österreich sind die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS), EU-SILC und weitere Daten der Statistik Austria (u. a. Todesursachenstatistik) sowie die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenhäuser. Als Datenreferenzjahr wurde das Jahr 2019 herangezogen, je nach Möglichkeit wurden aktuellere Daten verwendet; wo solche nicht vorlagen, wurde auf ältere Daten zurückgegriffen.

Die Qualitätssicherung des Berichts erfolgte durch eine begleitende Expertinnengruppe, durch die zudem Informationen aus der Praxis im Sinne von Good- bzw. Best-Practice-Beispielen inkludiert werden konnten.

Der Frauengesundheitsbericht wurde im Zeitraum Jänner bis Dezember 2022 erstellt.

2 Demografische Charakteristika

Für einen Überblick zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Österreich ist auch eine soziodemografische Verortung innerhalb der Gesamtbevölkerung erforderlich. Dazu gehören Informationen zum Anteil von Frauen in der Bevölkerung, zu ihrer Lebenserwartung, ihren Lebensjahren in Gesundheit, ihren Lebensformen sowie Daten zu Bildung und Erwerbstätigkeit. Die zentralen Daten sind in diesem Kapitel in knappen Infografiken dargestellt.

Bevölkerung



50,7 Prozent

4,5 Millionen Frauen

Gesamtbevölkerung: 8,9 Millionen

Quelle: Statistik Austria (2022b) – Bevölkerungsstatistik 2021



3 bis 5 Prozent

51 Prozent der österreichischen Bevölkerung wird bei der Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen. Repräsentative Daten aus Australien, den Niederlanden und Schweden zeigen, dass sich etwa 3 bis 5 Prozent der weiblichen Bevölkerung als trans, nichtbinär und/oder nichtweiblich identifizieren.

Quellen: Åhs et al. (2018); Cheung et al. (2020); Kuyper/Wijzen (2014)

Lebenserwartung



83,7 Jahre

Männer: 78,9 Jahre

Quelle: Statistik Austria (2020a) – Demografische Merkmale

Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit



19,3 Jahre

Männer: 16,2 Jahre

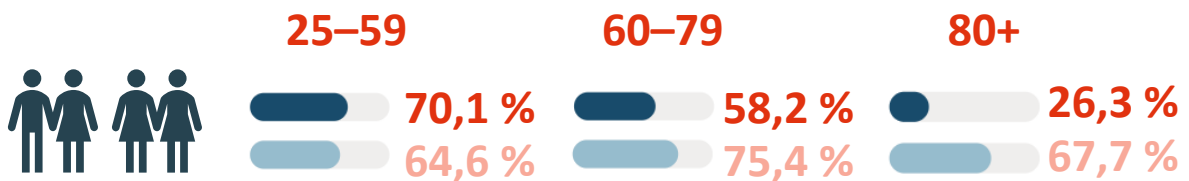
Frauen haben eine durchschnittliche Lebenserwartung von knapp 84 Jahren - davon verbringen sie nach selbsteingeschätztem Gesundheitszustand knapp 20 Jahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit.

Quelle: Klimont, Jeanette (2020); Berechnung: GÖG

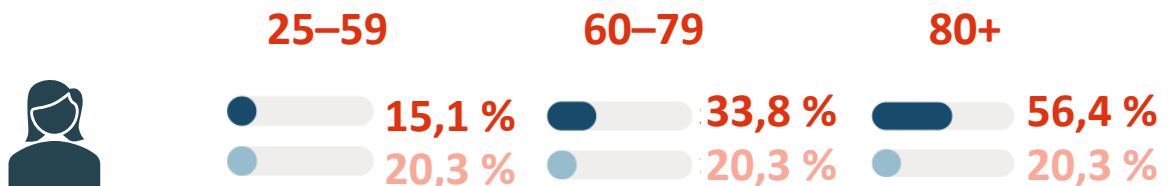
Lebensform

Frauen leben während der Familiengründungs- und Familienversorgungsphase zwar überwiegend in Partnerschaften, ab ihrem sechzigsten Lebensjahr geht diese Lebensform jedoch stark zurück: Rund ein Drittel der Frauen im Alter zwischen 60 und 79 Jahren lebt allein. Ab dem achtzigsten Lebensjahr lebt mehr als die Hälfte der Frauen allein, während Männer in dieser Altersgruppe nach wie vor – oder wieder – überwiegend in Partnerschaften leben.

Leben in Partnerschaft



Alleinlebend



Quelle: Statistik Austria (2021e) – Gender-Statistiken 2021

Berechnung und Darstellung: GÖG

Legende: ● Frauen ● Männer

Bildung



20,6 Prozent

Frauen mit akademischem Abschluss

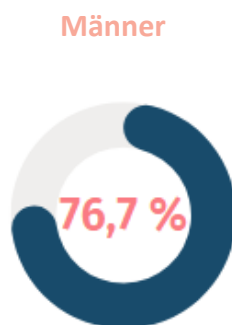
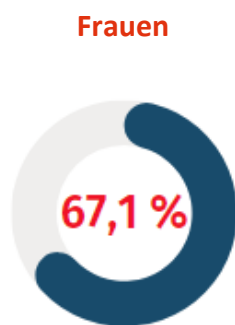
Männer: 16,8 Prozent

Quelle: Statistik Austria (2019) – Gender-Statistiken 2021
Darstellung: GÖG

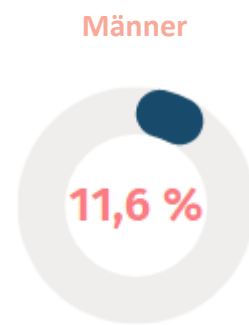
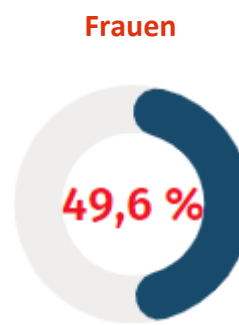
Erwerbstätigkeit

Die Erwerbstätigenquote von Frauen liegt inzwischen zwar bei 67 Prozent, ein Großteil arbeitet aber Teilzeit. Die hohe Teilzeitquote ist unter anderem wiederum mit unbezahlter Betreuungsarbeit zu erklären, die aufgrund von Geschlechterstereotypen und tradierten Rollenbildern nach wie vor von Frauen ausgeführt wird. Laut den Ergebnissen der letzten Europäischen Wertestudie (EVS) 2017/18 stimmen in Österreich 47 Prozent zu bzw. voll und ganz zu, dass „Kinder darunter leiden, wenn die Mutter berufstätig ist.“ Damit liegt Österreich im europäischen Vergleich nahe an Russland, Ungarn und Polen und weit entfernt von den anderen westeuropäischen Ländern (Berghammer/Schmidt 2019).

Erwerbstätigenquote Frauen (15 bis 64 Jahre)



Teilzeitquote

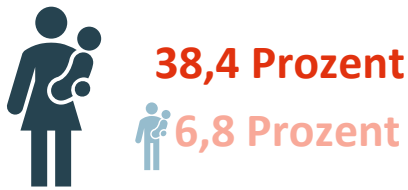


Quelle: Statistik Austria (2021c) – Gender-Statistiken 2021
Darstellung: GÖG

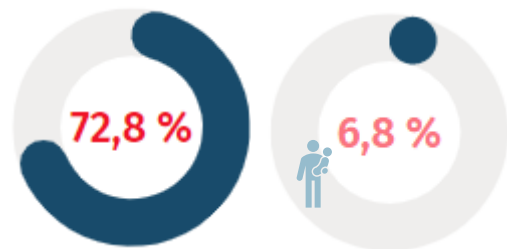
Vereinbarkeit Beruf und Kinderbetreuung

Als Grund für Teilzeitarbeit geben 38,4 Prozent der Frauen die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Erwachsenen an (Männer: 6,8 %). Die aktive Teilzeitquote liegt bei Frauen mit Kindern unter 15 Jahren bei 72,8 Prozent, bei Männern bei 6,8 Prozent.

Grund für Teilzeitarbeit: Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Erwachsenen



Aktive Teilzeitquote Betreuung von Kindern unter 15 Jahren



Quelle: Statistik Austria (2021g) – Gender-Statistiken 2021
Darstellung: GÖG

Einkommen

Obwohl geschlechtsspezifische Einkommensunterschiede in den letzten Jahren verringert werden konnten, zählt Österreich zu den EU-Ländern mit dem größten Lohnunterschied zwischen Frauen und Männern. Die Einflussfaktoren auf den hohen Gender-Pay-Gap sind nur teilweise erklärbar. Eine Analyse der Statistik Austria vom März 2021 zeigt, dass nur ein Drittel des gesamten Gender-Pay-Gap aufgrund von Merkmalen wie Branche, Beruf, Alter, Dauer der Unternehmenszugehörigkeit und Arbeitszeitausmaß erklärt werden kann. Damit kommt zum Ausdruck, dass die strukturellen Unterschiede beziehungsweise Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern am Arbeitsmarkt zwar ein bedeutender Faktor für die Höhe der geschlechtsspezifischen Einkommensunterschiede sind, jedoch zwei Drittel des gesamten Gender-Pay-Gap nicht statistisch durch diese Merkmale erklärt werden können. Erklärungen finden sich unter anderem durch Diskriminierungen aufgrund von geschlechterstereotypen Zuschreibungen.

Der Gender-Pay-Gap in Österreich beträgt 18,9 Prozent. EU-27: 13 Prozent

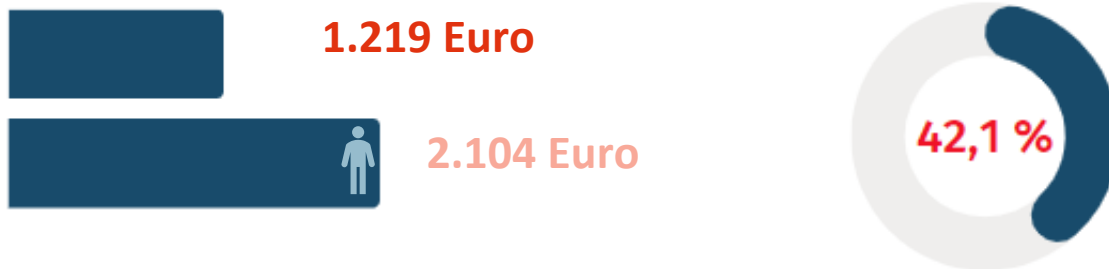
Quellen: Statistik Austria (2020b) – Gender-Statistiken 2021
BKA (2022) – Frauen und Gleichstellung (Gender-Pay-Gap)

Pensionen

Geringe Einkommen und unbezahlte Sorgearbeit von Frauen wirken sich auf ihre Pensionszahlung aus, die in Österreich bei einer geschlechtsspezifischen Pensionslücke von über 40 Prozent liegt. Frauen erhalten pro Monat im Durchschnitt 900 Euro und pro Jahr über 10.000 Euro weniger Pension als Männer.

Alterspension Frauen

Geschlechtsspezifische Pensionslücke



Quelle: Statistik Austria (2020c) – Gender-Statistiken 2020

Darstellung: GÖG

Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung

Geringe Einkommen, unbezahlte Sorgearbeit und geringe Pensionszahlungen wirken sich auf die Armutsgefährdung von Frauen aus. Innerhalb der Gruppe von Frauen sind Alleinerzieherinnen, Frauen mit Behinderungen sowie Frauen mit Migrationshintergrund und allein lebende ältere Frauen besonders betroffen.



24 Prozent

Armutsgefährdung – allein lebende Frauen (ohne Pension)

Männer: 22 Prozent

26 Prozent

Armutsgefährdung – allein lebende Pensionistinnen

Männer: 15 Prozent

Quelle: Statistik Austria (2021a) - Gender-Statistiken 2021

Darstellung: GÖG

Alleinerziehende Haushalte



91 Prozent

Frauen in Ein-Eltern-Familien mit Kindern unter 15 Jahren

Männer: 10 Prozent

83 Prozent

Frauen in Ein-Eltern-Familien

Männer: 17 Prozent

Quelle: Statistik Austria (2021d) – Familienformen 2021;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Geburt

Das durchschnittliche Alter einer Frau bei der Geburt des ersten Kindes liegt im Jahr 2021 bei 31,2 Jahren. Durchschnittlich haben Frauen in Österreich 1,48 Kinder.



31,2 Jahre

Durchschnittsalter bei Geburt des 1. Kindes

Männer: 34,8 Jahre

1,48 Kinder

durchschnittliche Anzahl Kinder

Quelle: Statistik Austria (2021b)
Darstellung: GÖG

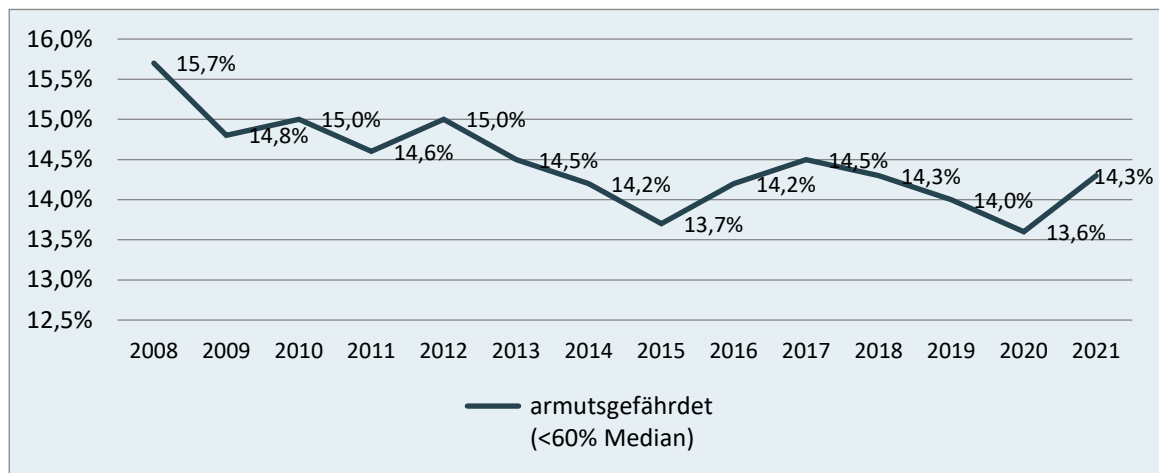
2.1 Frauen und Armut

Obwohl die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich in den letzten 30 Jahren beträchtlich gestiegen ist, ist dieser Anstieg innerhalb der Gesellschaft ungleich verteilt. Menschen mit ungünstigerem sozioökonomischem Status haben – statistisch betrachtet – nicht nur eine geringere Lebenserwartung. Sie sind häufiger von bestimmten Krankheiten und Beeinträchtigungen betroffen (Richter/Hurrelmann 2006). Gesundheitliche Ungleichheit bzw. gesundheitliche Chancen bedeuten immer auch eine Diskussion sozialer Gerechtigkeit (Marmot 2010). In Österreich sind im Jahr 2021 laut EU-SILC 17 Prozent der Österreicher:innen (rund 1.519.000 Personen) armuts- oder ausgrenzungsgefährdet, davon 632.000

Frauen, 368.000 Kinder und Jugendliche und 519.000 Männer. 14,2 Prozent aller Frauen ab 18 Jahren (526.000 Frauen) sind armutsgefährdet, das heißt, ihr äquivalentes Haushaltseinkommen liegt unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle (= 60 % des Medians, im Jahr 2021 sind das 1.371 Euro Nettohaushaltseinkommen).

Im Zeitverlauf seit 2008 ist die Armutsgefährdung von Frauen tendenziell etwas zurückgegangen, jedoch mit der COVID-19-Pandemie wieder deutlich gestiegen (siehe Abbildung 1). Im Trend ist auch zu sehen, dass sich die Armutsgefährdung von Frauen nur sehr langsam und nicht verlässlich reduziert. Wie sich der starke Anstieg von 2020 auf 2021 im Jahr 2022 und den Folgejahren entwickeln wird, sollte unbedingt beobachtet werden.

Abbildung 1: Armutsgefährdung bei Frauen ab 18 Jahren, 2008–2021



Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2008–2021; Darstellung: GÖG

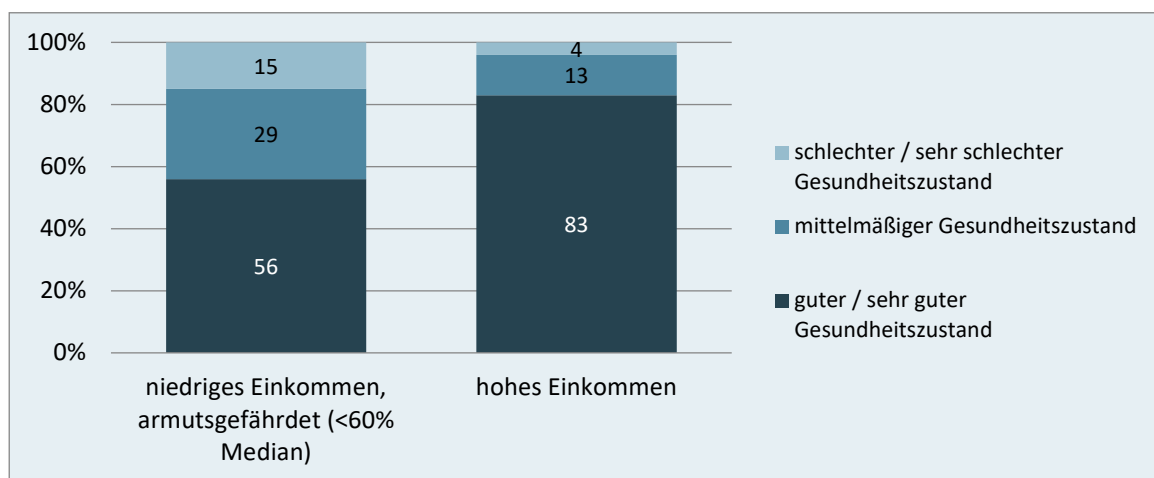
Grund für die Armutsgefährdung von Frauen sind strukturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die nach wie vor durch ungleiche Arbeitsaufteilungen, Rollenbilder, Geschlechterstereotype und Berufsentscheidungen geprägt sind und sich auf geringere Einkommen und niedrige Pensionsansprüche auswirken. Ein niedriger sozioökonomischer Status und die Mehrfachbelastungen von Frauen erhöhen die psychosozialen Belastungen sowie das Morbiditätsrisiko für bestimmte Erkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die zur häufigsten Todesursache bei Frauen gehören (siehe auch Kapitel 5). (BMSGPK 2022a)

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist seit Langem bekannt und vielfach belegt (Lampert et al. 2005; Lampert/Kroll 2010; Pfortner 2013). Nicht nur erhöht eine

schlechte Gesundheit oder Krankheit das Risiko, zu verarmen (soziale Selektionsthese), sondern umgekehrt bewirkt Armut auch eine schlechtere Gesundheit. Selbst in einem Wohlfahrtsstaat wie Österreich ist ein diesbezüglicher Gradient erkennbar (Habl et al. 2014; Klimont, Jeannette et al. 2008; Klimont, Jeannette/Baldaszi 2015). Laut EU-SILC schätzen einkommensschwache Menschen ihren Gesundheitszustand schlechter ein, sie haben deutlich häufiger chronische Erkrankungen und sind von Einschränkungen im Alltag betroffen (siehe auch Glossar zu Armut und Gesundheit).

Wie Frauen ihren Gesundheitszustand einschätzen, steht in einem starken Zusammenhang mit ihrem Einkommen. Frauen ab 18 Jahren mit hohem Einkommen schätzen ihren Gesundheitszustand zu 83 Prozent als gut bzw. sehr gut ein, wohingegen Frauen mit niedrigem Einkommen (= armutsgefährdet) diesen zu 56 Prozent als gut bzw. sehr gut einschätzen. Umgekehrt schätzen Frauen mit hohem Einkommen zu 4 Prozent ihren Gesundheitszustand als schlecht bzw. sehr schlecht ein, hingegen 15 Prozent der Frauen mit niedrigem Einkommen. Unabhängig vom Einkommen schätzen Frauen ihren Gesundheitszustand zu 6 Prozent als schlecht bzw. sehr schlecht ein (siehe Abbildung 2). Frauen mit niedrigem Einkommen (= armutsgefährdet) geben beinahe doppelt so häufig an, in schlechter bzw. sehr schlechter Gesundheit zu sein, als die Gesamtbevölkerung im gleichen Alter (15 % vs. 8 %) und sie geben deutlich seltener an, sich in guter bzw. sehr guter Gesundheit zu befinden (56 % vs. 73 %).

Abbildung 2: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand bei Frauen ab 18 Jahren, nach Einkommen



Quelle: Statistik Austria (2020d); Darstellung: GÖG

Nach Einkommen unterscheidet sich zudem laut ATHIS auch die allgemeine Lebenszufriedenheit von Frauen. Bei Frauen ab 18 Jahren mit hohem Einkommen liegt diese bei 8,7 Punkten (von insgesamt 10), wohingegen sie bei Frauen mit niedrigem Einkommen bei 7,5 Punkten – und damit mehr als einen Punkt niedriger – liegt.

Chancengerechtigkeit

Die Situation von **Frauen mit Behinderungen** auf dem Arbeitsmarkt ist besonders schwierig, da sie mit einer Vielzahl an Vorurteilen und Diskriminierung konfrontiert werden. Sie sind deshalb auch häufiger arbeitslos und tragen dadurch ein höheres Armutsrisiko. Bedingt durch ihre Benachteiligung am Arbeitsmarkt sind sie häufig in Teilzeit oder geringfügig in prekären Berufen beschäftigt, die schlecht bezahlt werden. Das Risiko für Altersarmut ist in dieser Gruppe sehr hoch. Die Schaffung von inklusiven Weiterbildungsangeboten und Beratungsangeboten sowie bewusstseinsbildende Kampagnen über das Potenzial und die Fähigkeiten von Frauen mit Behinderungen könnten die Situation entschärfen (BMASK 2012).

Frauen im Alter sind aufgrund ihrer Biografie häufig von Altersarmut betroffen. Sie erhalten in Österreich im Schnitt um 42 Prozent weniger Pension als Männer. Im Jahr 2021 hatten 30 Prozent ein Haushaltseinkommen unter der Armutsgrenze – doppelt so viele wie Männer. 59 Prozent der Frauen ab 65 Jahren mit hohem Einkommen berichten von einem guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand, jedoch nur 32 Prozent mit niedrigem Einkommen. Besonders betroffen sind **alleinstehende Frauen**, denn sie erhalten neben einer geringeren Pension auch geringere Ausgleichszulagen. Die Ursachen von Altersarmut sind mannigfaltig und entwickeln sich meist über den gesamten biografischen Verlauf. Prekäre Beschäftigungsverhältnisse – häufig im Niedriglohnsektor – sowie unterbrochene Erwerbskarrieren, das Verrichten unbezahlter Fürsorgearbeit oder Teilzeitarbeit sind mitunter Ursachen für eine niedrige Pension und Armut im Alter. Hinzu kommen teilweise zu niedrig angesetzte sozialstaatliche Sicherungsmechanismen (Ausgleichszulagen, Pflegegeld) und die lebenslange Durchrechnung aller Erwerbs-/Nichterwerbsphasen (inkl. Geringfügigkeit, Teilzeitarbeit oder Betreuungszeiten) in die Pension, die insbesondere Frauen in die Altersarmut führen. Die geringen Pensionsbeiträge sind eine entscheidende Ursache für Altersarmut – nur jede zweite Frau tritt die Pension aus einer Beschäftigung heraus an und viele Frauen haben die Hauptlast der unentgeltlichen Arbeit übernommen und auf Einkommen verzichtet (Volkshilfe 2022).

Armuts- oder ausgrenzungsgefährdete Personen leiden besonders häufig unter Wohnkostenüberbelastung (30 % vs. 1,3 % der nicht Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdeten;

556.000 Betroffene im Jahr 2020). Die steigenden Miet- und Energiepreise belasten insbesondere von Armut oder Ausgrenzung gefährdete Personen – im Jahr 2020 gaben sie knapp 37 Prozent ihres Haushaltseinkommens für Wohnkosten aus (vs. 18 % der Gesamtbevölkerung). Aufgrund ihres niedrigen Einkommens müssen armutsgefährdete Frauen häufig in schlecht ausgestatteten Wohnräumen und Wohnumgebungen leben (Feuchtigkeit, Lärm, Überbelag, von Kriminalität und Vandalismus betroffene Wohnumgebung) und sind besonders häufig von Wohnkostenüberbelastung betroffen (BMSGPK 2021b). Im schlimmsten Fall führt die Wohnkostenüberbelastung in die Wohnungslosigkeit. Wie viele **Frauen in Österreich wohnungslos** sind, ist nicht bekannt – registriert waren im Jahr 2020 rund 6.100. Aus Scham und Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung sowie aus Furcht vor einer drohenden öffentlichen Intervention in den privaten Bereich – der im derzeitigen gesellschaftlichen Rollenverständnis in ihrer Verantwortung liegt – versuchen viele Frauen ihre Armut zu verbergen. Sie finden Unterkunft bei Verwandten oder Bekannten und werden in den Statistiken, die sich auf Registerdaten beziehen, nicht abgebildet. Ihre Armut ist nicht sichtbar. In einer solchen Situation befinden sie sich unter hohem Anpassungsdruck und in großer Abhängigkeit – und es besteht ständig die Gefahr von Gewaltausübungen und Missbrauch. Gesundheitlich sind oftmals Stress, psychische Auffälligkeiten und Suchterkrankungen die Folge (Corazza et al. 2020).

Das erhöhte Armutsrisiko von Frauen wird auch im österreichischen Aktionsplan Frauengesundheit adressiert. Zwei Wirkungsziele fokussieren direkt auf eine Reduktion des Armutsrisikos und als Querschnittsbereich wird Armut als Gesundheitslast in vielen der insgesamt 40 Maßnahmen berücksichtigt. Armut muss demnach als komplexes Phänomen verstanden werden. Den Armutsrisiken von Frauen entgegenzuwirken, ist eine dringende Aufgabe aller politischen und gesellschaftlichen Bereiche.

Im Aktionsplan Frauengesundheit sind für den Bereich Armut zwei eigene Wirkungsziele definiert.

Wirkungsziel 6: Armutsrisiken von Frauen in allen Lebensphasen verringern

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

2.2 Sorgearbeit (Care-Arbeit) und Mental Load

Einen relevanten Anteil am Armutsrisiko von Frauen hat die unbezahlte Sorgearbeit, die nach wie vor überwiegend von Frauen übernommen wird. Wie sich in der COVID-19-Pandemie jedoch auch besonders auffallend gezeigt hat, wirkt sich das Zusammenspiel von Erwerbsarbeit, unbezahlter Care-Arbeit und oft unsicherer ökonomischer Existenz in Form einer insgesamt vielfältigen Mehrfachbelastung aus, zu der auch die Mental Load (siehe Glossar) gehört. Mental Load ist eine der unsichtbarsten Sorgearbeiten, über die sich Betroffene oftmals selbst nicht bewusst sind. Mental Load umfasst neben organisatorischem Beziehungs- bzw. Familienmanagement das Leisten emotionaler Arbeit (sowohl privat als auch beruflich), die von Frauen eher geleistet und von Männern eher konsumiert wird. Das heißt, Männer verlassen sich eher darauf, dass sie Erholung, Geborgenheit und Sexualität in der Beziehung erhalten und dass sie berufliche Probleme besprechen können, fühlen sich jedoch tendenziell weniger für Beziehungsarbeit oder emotionale Arbeit in der Beziehung zuständig (Schutzbach 2021). Folglich handeln Frauen emotionale Themen eher mit sich selbst aus und entwickeln deshalb auch ein größeres Bedürfnis nach Freiräumen. Selbst in Familien, in denen sich die Eltern Familien- und Erwerbsarbeit einigermaßen gerecht aufteilen, sind es Frauen, die die mentale und emotionale Letztverantwortung tragen, für emotionale Stabilität der Kinder sorgen und für Harmonie und Ausgleich innerhalb der Familie bzw. der Beziehung zuständig sind (Schutzbach 2021).

Die Auswirkungen der Mehrfachbelastungen auf die Gesundheit sind sowohl in den psychischen Belastungen zu finden als auch in Stress, Arbeitsdruck, Schlafstörungen, Kopfschmerzen etc., die zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen physischen Erkrankungen führen können.

Nach Knittler (2018) übernehmen in Haushalten mit Kindern nach wie vor Männer den überwiegenden Teil der Erwerbsarbeit, während Frauen den überwiegenden Teil der unbezahlten Betreuungs- und Hausarbeit bewältigen. Um die Arbeitslast schultern zu können, wechseln viele Frauen, insbesondere nach der Geburt ihres ersten Kindes, von einer Vollzeitbeschäftigung in die Teilzeit – laut Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria 2021 (Statistik Austria 2022a) gaben rund 385.000 Frauen (Anmerkung: und nur 18.000 Männer) an, durch Betreuungspflichten gegenüber Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen nicht oder nur in einem reduzierten Ausmaß erwerbstätig sein zu können, weil keine geeigneten Betreuungseinrichtungen zur Verfügung stehen. Der mit der Geburt von Kindern einhergehende verminderte Arbeitsumfang führt dazu, dass Frauen in Österreich zehn Jahre nach der Geburt des ersten Kindes um 51 Prozent weniger Erwerbseinkommen

haben als ein Jahr vor der Geburt. Zum Vergleich: In Ländern wie Schweden oder Dänemark sind es 27 bzw. 21 Prozent, in Deutschland 61 Prozent (Kleven et al. 2019).

Im Jahr 2021 lag in der Familiengründungsphase die Erwerbsbeteiligung von Müttern (25 bis 49 Jahre) von Kindern unter 15 Jahren, die in einer Partnerschaft leben, zwar bei 86 Prozent, jedoch mit einer Teilzeitquote von 73 Prozent. Bei Kindern ab 15 Jahren sinkt die Teilzeitquote der Mütter auf 50 Prozent. Bei Frauen ohne Kinder liegt die Teilzeitquote bei 28 Prozent. In Ein-Eltern-Familien ist die Erwerbssituation für Frauen noch prekärer. Bei 83 Prozent aller Ein-Eltern-Familien lebt die Mutter allein mit dem Kind – bei Kindern unter 15 Jahren sind es sogar 91 Prozent. Nur 72 Prozent davon sind erwerbstätig. Im Vergleich dazu gingen im Jahr 2021 94 Prozent der Väter einer bezahlten Arbeit nach – und das fast ausschließlich in Vollzeit –, in etwa genauso viele wie Männer ohne Kinder und Väter in Ein-Eltern-Haushalten (Statistik Austria 2022a).

Die Schlechterstellung von Frauen am Erwerbsarbeitsmarkt führt in weiterer Folge zu Benachteiligungen innerhalb der sozialen Sicherungssysteme (Arbeitslosenversicherung, Pensionsversicherung), welche systematisch auf eine ununterbrochene Vollzeit-Erwerbsbiografie ausgerichtet sind. Die Lebenskonzepte der Frauen mit ihrer formellen und informellen Erwerbsarbeit, häuslichen Versorgungsarbeit, mit familienbedingten Unterbrechungen und häufiger Teilzeiterwerbstätigkeit werden in sozialpolitischen Konzepten nach wie vor kaum berücksichtigt (Corazza et al. 2020). Besonders alleinstehende Frauen und alleinerziehende Mütter geraten durch Arbeitsplatzverlust in eine akute Armutsgefährdung, da ein niedriges Grundeinkommen zu einem geringen Arbeitslosengeld- und Notstandshilfeanspruch führt (Zentrum Polis 2012). Dies wiederum hat Einfluss auf die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung – denn gute Gesundheitsversorgung ist für Frauen in Armut schwer leistbar (z. B. der Zugang zu Psychologinnen bzw. Psychologen und zahnärztlicher Versorgung) oder sie müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen. Chronische Erkrankungen oder fehlende Gebissanierungen wiederum erschweren den Wiedereinstieg ins Berufsleben oder schränken mögliche Arbeitsbereiche ein. So entsteht eine Armutsspirale, der zu entkommen schwierig ist (Arbeitskreis Frauengesundheit 2009).

3 Strukturelle Rahmenbedingungen

3.1 Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen

Bis zum Frauengesundheitsbericht 2010/2011 gab es international und in Österreich bereits einige Maßnahmen, um Frauen und deren Gesundheit strukturell stärker in den Vordergrund zu rücken. Einzelne Rahmenbedingungen wurden zudem zum Teil legislativ verankert wie etwa die UN-Frauenrechtskonvention, andere Rahmenbedingungen wurden in Deklarationen und Strategiepapieren festgelegt. Die generelle Gleichstellung von Frauen und Männern in Österreich wird innerhalb der EU durch den Gleichstellungsindex gemessen. Österreich belegte im Jahr 2020 mit 66,5 von 100 Punkten Platz 13 innerhalb der EU und liegt um 1,4 Prozentpunkte unter dem EU-Durchschnitt. Seit 2010 verbesserte sich der Wert Österreichs um 7,8 Prozentpunkte, der Ranglistenplatz blieb jedoch unverändert (EIGE 2021a). In der folgenden Tabelle werden jene Meilensteine gelistet, die in den letzten 40 Jahren zur Stärkung von Frauen und deren Gesundheit einen wichtigen Beitrag geleistet haben. Für nähere Informationen zu den jeweiligen Maßnahmen ist auf die zentralen Dokumente bzw. Websiteinformationen verlinkt.

Tabelle 1: Strukturelle Meilensteine für Frauen und deren Gesundheit

Jahr	Maßnahme	Strukturelle Ebene
1982	UN: <u>CEDAW – Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau</u> Ratifizierung durch Österreich	UN Vereinte Nationen
1995	Erster österreichischer Frauengesundheitsbericht	LBI im Auftrag des BM für Frauenangelegenheiten
2000	UN: <u>CEDAW – Fakultativprotokoll</u> (Individualbeschwerderecht): Nach Ausschöpfung der rechtlichen Instanzen des eigenen Staates können Frauen Beschwerde beim CEDAW-Komitee einlegen. Ratifizierung durch Österreich	UN Vereinte Nationen
2000	MDGs – <u>Millennium Development Goals</u> (MDG3 – Gender Equality)	UN Vereinte Nationen
2001	WHO: <u>Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe</u>	WHO-Region Europa

Jahr	Maßnahme	Strukturelle Ebene
2002	WHO: Deklaration zur zukünftigen Berücksichtigung des Geschlechterunterschieds in der Gesundheitsforschung <u>WHO Mainstreaming Gender Equity in Health</u>	WHO-Region Europa
2005	Zweiter österreichischer Frauengesundheitsbericht	BMGF, Österreich
2010/2011	Dritter österreichischer Frauengesundheitsbericht	BMG, Österreich
2013	Istanbul-Konvention gegen Gewalt gegen Frauen Ratifizierung durch Österreich	Europarat Österreich
2015	SDGs – <u>Sustainable Development Goals</u> , Agenda 2030 (SDG3 Good Health and Well-Being, SDG5 Gender Equality)	UN Vereinte Nationen
2016	WHO-Bericht: <u>Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage</u>	WHO-Region Europa
2016	WHO-Strategie: <u>Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region</u>	WHO-Region Europa
2016	<u>Aktionsplan Frauengesundheit</u> mit 17 Wirkungszielen und 40 Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation für Frauen	BMGF, Österreich
2017	Start der <u>Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit</u>	BMGF, Österreich
2017	Überparteiliche Zustimmung zum Aktionsplan Frauengesundheit im Nationalrat	Nationalrat, Österreich
2017	<u>9. Bericht Österreichs an die Vereinten Nationen zu CEDAW</u>	BMFG, Österreich
2019	<u>CEDAW-Staatenprüfung und Empfehlungen</u>	UN Vereinte Nationen
2020-2024	Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit und der Erstellung eines Frauengesundheitsberichts im <u>Österreichischen Regierungsprogramm</u>	Regierungsprogramm, Österreich

Quelle: Recherche und Darstellung: GÖG

Weitere Maßnahmen und Informationen auf EU-Ebene sind über das im Jahr 2006 von der EU-Kommission eingerichtete European Institute for Gender Equality (EIGE) zu finden sowie auf der Website der Europäischen Kommission zur Gleichstellung der Geschlechter.

3.2 Geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung und -versorgung

Seit den 2000er-Jahren hat die Berücksichtigung von bzw. die Auseinandersetzung mit geschlechtergerechter Medizin und Gesundheit national und international zunehmend an Bedeutung gewonnen. In internationaler Literatur (Gahagan et al. 2015; Mauvais-Jarvis et al. 2020; RKI 2020a), im österreichischen Aktionsplan Frauengesundheit (BMG 2015), in österreichischen Gesundheitsberichten (BMSGK 2018a; BMGF 2017; BMSGPK 2020) sowie in aktuellen Arbeiten zu einem Frauengesundheitsbericht und einem LGBTIQ*-Gesundheitsbericht wird sichtbar, dass im internationalen Vergleich die Datenlage in Österreich zu allgemeinen Gesundheitsindikatoren relativ gut ist (Costa et al. 2019). Jedoch fehlen zu relevanten geschlechter- und genderspezifischen Gesundheitsfragen nach wie vor Daten zum Teil gänzlich (z. B. Prävalenz STD, Endometriose, Menstruationsgesundheit), sind nicht repräsentativ (z. B. geschlechtsspezifische Gesundheitskompetenz) oder schwer zugänglich (z. B. Verschreibungspraxis bei hormonellen Verhütungsmitteln, Diagnosedaten). Ebenso zeigen sich Lücken hinsichtlich der Einflüsse auf Gesundheit aufgrund unterschiedlicher Geschlechterrollen und Rollenstereotype (z. B. Rollenstereotype in der Diagnostik). Damit bestehende Daten- und Informationslücken gefüllt werden können, sind zunehmend differenziertere Arbeiten zur Gesundheit von Frauen, Männern und LGBTIQ*-Personen notwendig. Um den bestmöglichen Gesundheitsstandard für Frauen zu erreichen, muss in der Gesundheitsforschung und -versorgung anerkannt werden, dass Gesundheitszustände und Krankheitsverläufe von Frauen und Männern von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst werden. Geschlechtsspezifische Aspekte in der Gesundheitsforschung und -versorgung nicht zu berücksichtigen bedeutet als Konsequenz, ungleiche Gesundheitschancen in der Bevölkerung sowie das Risiko von Fehl-, Unter- oder Überversorgungen nicht zu adressieren.

3.3 Geschlechterstereotype und Rollenklischees

Rollenklischees und Geschlechterstereotype tragen dazu bei, wie Gesellschaften strukturiert sind und welche oft impliziten Anforderungen an Frauen und Männer gesetzt werden. Prozesse der Gleichberechtigung und Gleichstellung von Frauen und Männern haben seit den 1970er-Jahren mittlerweile zu positiven Veränderungen geführt. Diese liegen in einer höheren Sensibilität in Bezug auf Geschlechterrollen, in differenzierteren Rollenzuschreibungen, in einem Bewusstsein für unterschiedliche Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierungen. Trotzdem ist die Gesellschaft nach wie vor von traditionellen Rollenbildern und Stereotypen geprägt, die Frauen, Männer und LGBTIQ*-Personen in ihren persönlichen Freiheiten und der Gestaltung ihrer Lebensrealitäten einschränken (Stadt Wien 2022c). Mit der COVID-19-Pandemie konnte beobachtet werden, wie stark eine nach wie vor traditionelle Rollen- und Arbeitsteilung (Frauen: Care-Arbeit) in Österreich mit ungleichen gesundheitlichen Auswirkungen auf Frauen und Männer korreliert (Anstieg psychischer Belastungen bei Frauen durch Mehrfachbelastungen). Unter „Geschlechterstereotypen“ wird das kulturelle gemeinsame Verständnis darüber verstanden, welche Merkmale Frauen und Männern als typisch zugeordnet werden. Dabei handelt es sich um sozial vermittelte Vorstellungen über angemessene und erwünschte Verhaltensweisen, die allein aufgrund des biologischen Geschlechts zugeschrieben werden (BMASGK 2019). Rollenstereotype beeinflussen die Schul- und Berufswahl und wirken sich damit im späteren Erwerbsleben auf Gehalt, Arbeitsaufgaben und Aufstiegsmöglichkeiten aus (Stadt Wien 2022c). Rollenstereotype wirken sich jedoch auch auf die Gesundheit aus. Beispiele dafür sind in einer Vielzahl vorhanden. Sie haben Einfluss auf die Sozialisation und damit auf erlerntes Verhalten, das betrifft auch das Gesundheitsverhalten. Sie haben aber auch Einfluss auf Gesprächssituationen zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Ärztinnen bzw. Ärzten. So wird beispielsweise bei identer Beschwerdeschilderung Frauen häufiger die Diagnose einer psychischen Erkrankung gestellt als Männern (Swami 2012), Frauen geben häufiger als Männer an, dass es ihnen schwerfällt, von Ärztinnen bzw. Ärzten Informationen zu bekommen (Griebler et al. 2021), während wiederum Frauen ein stärker ausgeprägtes Hilfesucherverhalten als Männer haben (BMASGK 2019). Es muss auch ein möglicher zweifacher Gender-Bias in der Diagnostik berücksichtigt werden: Sowohl historisch gewachsene Anamnese- und Diagnoseinstrumente als auch unreflektierte stereotype Rollenzuschreibungen seitens der Ärztinnen und Ärzte können zu fehlerhaften Diagnosen bei Frauen und Männern führen (BMASGK 2019). Zuschreibungen aufgrund des Geschlechts und einer rollenstereotypen Sozialisation tragen dazu bei, dass es sowohl im individuellen Gesundheitsverhalten zu ungleichen Ausprägungen kommen kann als auch zu einer im Gesundheitssystem nicht an das Geschlecht

angeglichenen Versorgung. Geschlechterstereotype und Rollenklischees bergen daher auch ein Risiko für Fehl-, Unter- oder Überversorgung.

4 Gesundheit der Frauen in Österreich – Überblick

Das Geschlecht zählt zu jenen Faktoren, die unsere Gesundheit auch in der Verteilung und Häufigkeit von Erkrankungen sowie bei Krankheitsverläufen wesentlich beeinflussen. Mittels epidemiologischer Daten treten die Unterschiede in Bezug auf Gesundheit und Krankheit zwischen Männern und Frauen in Österreich deutlich hervor. Epidemiologische Gesundheitsdaten folgen jedoch in der Regel herkömmlichen Parametern der Gesundheitsberichterstattung, sie sind historisch nach wie vor an einem auf Männer orientierten Blick ausgerichtet. Gesundheitsdaten, in denen es um die Gesundheit von Frauen geht, sind immer noch überwiegend auf Fragen rund um reproduktive Gesundheit konzentriert (v. a. Schwangerschaft, Geburt, Fertilität, gynäkologische Erkrankungen). Mit einem erweiterten Blick, mit dem Gesundheit von Frauen nach der WHO-Definition¹ betrachtet wird, bedarf es eines Perspektivenwechsels hinsichtlich der Einflüsse, die sich auf ihre Gesundheit auswirken. Neben sozioökonomischen Einflüssen (siehe Kapitel 2, 3 und 5.1) muss im Sinne der gesundheitlichen Situation von Frauen daher der Blick auch auf folgende Bereiche gerichtet werden:

- Gesundheitsverlust, der durch bestimmte Gesundheitsprobleme für Frauen entsteht (siehe Glossar Krankheitslast)
- Gesundheitsthemen, die sich auf ein allgemeines Wohlbefinden auswirken (u. a. Menstruationsgesundheit, sexuelle Gesundheit, Gewalterfahrungen)
- Krankheiten, an denen Frauen überwiegend versterben (Todesursachenstatistik)
- Krankheiten, von denen Frauen häufiger oder anders betroffen sind als Männer
- Erkrankungen von Frauen, zu denen es bisher eher Schätzungen und wenig Forschung gibt, da sie überwiegend Frauen betreffen und nicht unmittelbar mit der reproduktiven Gesundheit in Verbindung stehen (z. B. Endometriose, Autoimmunerkrankungen)
- frauenspezifische Belastungen (u. a. Auswirkungen auf die psychische Gesundheit durch Mehrfachbelastungen, Mental Load)
- frauenspezifische Einschränkungen (u. a. Auswirkungen eines defizitären Körperbildes, Einschränkungen durch Menstruationsbeschwerden)

¹ Gesundheit wird als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden definiert.

- Auswirkungen durch einen Gender-Bias in der Forschung (u. a. Medical Trials), Entwicklung (u. a. Digital Health) und im Gesundheitssystem (u. a. Diagnostik)
- Zugänge für Mädchen und Frauen zu Beratungen und Informationen, die ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit betreffen

Für zukünftige Frauengesundheitsmaßnahmen müssen diese Bereiche ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt werden. Zu den genannten Themen gibt es in Kapitel 5 Ausführungen, die eine Ausgangslage für zukünftige Auseinandersetzungen bieten. Einleitend werden die zehn häufigsten Krankheitsgruppen (nach dem 3-stelligen ICD-Code) dargestellt, an denen Frauen in Österreich versterben.

Lebenserwartung und Sterblichkeit

Die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen lag im Jahr 2021 bei 83,7 Jahren. Die Lebenserwartung in Gesundheit lag trotz höherer Lebenserwartung bei Frauen mit 64,7 nur 1,6 Jahre über der von Männern (63,1 Jahre). In mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit leben Frauen 19,3 Jahre (Männer: 16,2 Jahre; (Statistik Austria 2022d)). Die Haupttodesursachen sind bei Frauen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, sie machen mit 35,7 Prozent über ein Drittel aller Todesursachen aus und liegen über dem Anteil bei Männern (32,9 %). Krebserkrankungen bilden mit 22,1 Prozent die zweithäufigste Todesursache bei Frauen (Männer: 23,0 %, siehe Tabelle 2).

Zur Analyse der Todesursachen kann die Todesursachenstatistik der Statistik Austria herangezogen werden (Statistik Austria 2022d). Von den 45.952 Todesfällen von Frauen im Jahr 2021 entfiel ein Achtel (11,8 %) auf ischämische Herzkrankheiten, zu welchen der akute Herzinfarkt wie auch die chronische Form der ischämischen Herzkrankheit gehören. An zweiter Stelle folgen mit 7,7 Prozent andere Herzkrankheiten (u. a. Herzklappenerkrankungen, Herzinsuffizienz), an dritter die zerebrovaskulären Krankheiten (v. a. verschiedene Formen eines Schlaganfalls) mit 5,5 Prozent. Unter den zehn häufigsten Todesursachen bei Frauen finden sich auch drei Krebserkrankungen: Lungenkrebs (4,2 %), Brustkrebs (3,8 %) und Darmkrebs (2,0 %). Auch die Demenz ist bei Frauen eine häufige Todesursache, sie liegt an sechster Stelle (3,7 %), gefolgt von Diabetes mit 3,6 Prozent und (an zehnter Stelle) der Alzheimer-Krankheit (1,7 %).

Tabelle 2: Die zehn häufigsten Todesursachen bei Frauen nach 3-stelligen ICD-10-Krankheitsbildern, 2021

Rang	Todesursache (ICD-10 Code)	Anzahl Sterbefälle (alterstandardisiert)	Anteil an allen Sterbefällen
1	Ischämische Herzkrankheit (I20–I25)	97.100	11,8 %
2	Andere Herzkrankheiten (I30–I33, I39–I51)	63.400	7,7 %
3	Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60–I69)	45.400	5,5 %
4	Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge (C33–C34)	34.600	4,2 %
5	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (C50)	31.000	3,8 %
6	Demenz (F01, F03)	30.300	3,7 %
7	Diabetes mellitus (E10–E14)	29.700	3,6 %
8	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40–J47)	24.800	3,0 %
9	Bösartige Neubildung des Colon, des Rektums und des Anus (C18–C21)	16.100	2,0 %
10	Alzheimer-Krankheit (G30)	13.900	1,7 %

Quelle: (Statistik Austria 2022d); Berechnung und Darstellung: GÖG

Für einen Überblick zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Österreich werden unter Bezugnahme auf die Todesursachen, die Krankheitslast, die österreichische Gesundheitsbefragung und die Expertise der begleitenden Expertinnen in der Folge acht Krankheitsbilder und vier Gesundheitsverhaltensaspekte näher beschrieben, von denen Frauen häufiger oder anders betroffen sind beziehungsweise die Einfluss auf ihre Lebensqualität haben.

4.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (siehe Glossar) sind die häufigste Todesursache bei Frauen (und Männern) in Österreich. Im Jahr 2021 waren 35,7 Prozent aller Todesfälle bei Frauen auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurückzuführen. Das bedeutet, dass Frauen in Österreich häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben als an Krebserkrankungen (22,1 %); an Brustkrebs versterben 3,8 Prozent der Frauen (siehe Tabelle 2). Trotzdem gelten Herz-

Kreislauf-Erkrankungen weiterhin als typisch männliche Erkrankungen und Frauen unterschätzen häufig ihr Erkrankungsrisiko (RKI 2020b). Frauen weisen zudem eine höhere 30-Tages-Mortalität bei Myokardinfarkten auf als Männer (5,9 % vs. 4,4 %; Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2021). Dies liegt unter anderem an den unterschiedlichen Symptomen und der oft verspäteten Diagnosestellung bei Frauen (Araujo et al. 2019).

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem Rauchen und Bluthochdruck, aber auch Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Adipositas, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Alkohol. Diese können u. a. durch Änderungen im Gesundheitsverhalten und medikamentöse Therapie günstig beeinflusst werden. Psychosoziale Faktoren wie Stress und mangelnde soziale Unterstützung haben ebenfalls einen Einfluss auf Krankheitsentwicklung und -verlauf (RKI 2020b). Insgesamt ist das Risiko für Frauen, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu versterben, in den letzten 20 Jahren zurückgegangen. Sie bleiben dennoch die häufigste Todesursache, die in den Fokus gerückt werden muss.

4.2 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Frauen sind häufiger von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems betroffen als Männer (RKI 2020b; Statistik Austria 2022d); sie gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen bei Frauen ab 65 Jahren und kommen bei älteren Frauen deutlich häufiger vor als bei jüngeren Frauen. Von den Frauen im Alter ab 65 Jahren sind laut (RKI 2020b) fast die Hälfte von Arthrose und knapp ein Viertel von Osteoporose betroffen. Da diese Erkrankungen meist mit Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit und Mobilität sowie Schmerzen einhergehen, stellen sie eine große Belastung für die Betroffenen dar. Sie sind die führende Ursache für körperliche Funktionseinschränkungen, chronische Schmerzen und den Verlust an Lebensqualität. Für rund 20 Prozent der Frauen in Österreich waren im Jahr 2019 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dafür verantwortlich, dass sie Lebensjahre in Krankheit und mit Beeinträchtigungen verbringen müssen (IHME 2022). Insbesondere Arthrose, Osteoporose und rheumatoide Arthritis kommen bei Frauen im Vergleich zu Männern besonders häufig vor. Sie werden im Folgenden kurz beschrieben.

Arthrose

Arthrose (ICD-10: M15–M19; siehe Glossar) ist weltweit die häufigste degenerative, nicht-entzündliche Gelenkerkrankung bei Erwachsenen. Sowohl das Geschlecht als auch das Alter

haben einen großen Einfluss auf das Auftreten von Arthrose. Die Häufigkeit der Erkrankung ist bei Frauen unter 45 Jahren gering (RKI 2020b), danach ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Frauen ab 45 Jahren sind deutlich häufiger von Arthrose betroffen als Männer. Ab 60 Jahren geben 38 Prozent der Frauen eine Arthrose an (Männer: 24 %), ab 75 Jahren sind es 47 Prozent der Frauen (Männer: 28 %). (Klimont, Jeanette 2020)

Osteoporose

Osteoporose (ICD-10: M80–M82) ist eine systemische Skeletterkrankung, die den Knochenstoffwechsel betrifft. Frauen sind häufiger von Osteoporose betroffen, nach Schätzungen der Österreichischen Gesellschaft für Knochen und Mineralstoffwechsel (ÖGKM 2022) sind es in Österreich ca. 370.000 Frauen (90.000 Männer). Neben dem Einfluss von Alter, Veranlagung und Gesundheitsverhalten (Fehlernährung, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum, Rauchen) führen hormonelle Veränderungen ab den Wechseljahren dazu, dass es zum vermehrten Abbau von Knochenmasse, zu einer Verschlechterung der Knochenstruktur und letztendlich zu einem erhöhten Frakturrisiko kommen kann (RKI 2020b). Auch Grunderkrankungen (z. B. rheumatoide Arthritis) oder die Einnahme von Medikamenten, die Auswirkungen auf den Knochenstoffwechsel haben, beeinflussen das Erkrankungsrisiko. Laut RKI (2020b) unterscheidet sich die Häufigkeit und Art der Verschreibung dieser Medikamente zwischen den Geschlechtern; dies kann zu Unterschieden in der Knochendichte führen. Laut ÖGKM (2022) tritt bei Frauen die Osteoporose als eine chronische Erkrankung mit einem dauerhaft erhöhten Frakturrisiko auf.

Rheumatoide Arthritis

Rheumatoide Arthritis (ICD-10: M05–M06) ist eine Autoimmunerkrankung und die häufigste entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung. Durch einen ständigen Entzündungsprozess in der Gelenkinnenhaut kommt es zur Zerstörung von Knorpeln, Knochen und Bändern. Dadurch entstehen Schmerzen, Schwellungen und eine Funktionseinschränkung der betroffenen Gelenke (gesundheit.gv.at 2022d). Laut RKI (2020b) sind Frauen häufiger davon betroffen als Männer. Die Lebenszeitprävalenz nimmt mit dem Alter zu und liegt bei 65- bis 79-jährigen Frauen in Deutschland bei 4,8 Prozent (für Österreich liegen keine entsprechenden Daten vor). Der Geschlechterunterschied lässt sich einerseits durch genetische und hormonelle Einflüsse erklären, jedoch auch durch psychosoziale Faktoren und Gesundheitsverhalten (u. a. Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht) sowie durch Diagnoseverzögerungen.

4.3 Gynäkologische Erkrankungen

Gutartige gynäkologische Erkrankungen haben einen großen Einfluss auf die Lebensqualität und das Körpererleben von Frauen. Zu diesen gehören Endometriose, Myome der Gebärmutter und die Gebärmuttersenkung. Die Erkrankungen treten zwar häufig auf, jedoch gibt es nur wenige belastbare Daten zu Prävalenz, Einflussfaktoren und Versorgung. Zu den speziell für Frauen relevanten Infektionskrankheiten gehören Infektionen mit humanen Papillomaviren (HPV), Chlamydien und Toxoplasma (RKI 2020b).

In Österreich machen bei Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren gynäkologische Erkrankungen etwa 14 Prozent der Krankheitslast aus (GHDx 2019). Rund die Hälfte aller Frauen ab 30 Jahren ist von **Myomen** (Uterus-Myomen) betroffen. Im Jahr 2021 wurden dazu 4.678 Frauen (104 pro 100.000 EW) stationär behandelt. Im Bereich des **Urogenitalsystems** werden Frauen in Akutkrankenanstalten am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Harnwegsystems behandelt (214 Fälle pro 100.000 EW). Zu starke Menstruationsbeschwerden sind ebenfalls ein häufiger Grund, weshalb Frauen das Krankenhaus aufsuchen (137 Fälle pro 100.000 EW). Wie viele Frauen unter Menstruationsbeschwerden leiden, aber nicht im Krankenhaus behandelt werden, ist unbekannt. Mit jeweils rund 65 Fällen pro 100.000 EW werden Frauen aufgrund von klimakterischen Störungen und Endometriose stationär aufgenommen. Bis Endometriose diagnostiziert wird, dauert es sieben bis neun Jahre und nicht jeder Fall muss im Krankenhaus behandelt werden. Es wird geschätzt, dass rund 10 Prozent der Frauen von Endometriose betroffen sind (siehe auch Kapitel 5.3.4).

Aufgrund kaum vorhandener Daten und Dunkelziffern wird in Kapitel 5.3.2 das breite Thema Menstruationsgesundheit (inkl. Endometriose) aufgegriffen. Damit soll erstmals zu diesem Themenfeld eine Basis anhand von Literaturrecherchen geschaffen werden, auf die in den nächsten Jahren sowohl im Sinne der Datenerstellung als auch im Sinne notwendiger Maßnahmen aufgebaut werden kann.

4.4 Alzheimer-Demenz

Neben einer Depression zählt Demenz zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen bei Frauen im Alter. Unter „Demenz“ wird eine erworbene und fortschreitende Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit verstanden. Demenz tritt vor allem im Alter auf, ist aber keine normale Begleiterscheinung des Alters. Kennzeichen demenzieller

ler Erkrankungen sind Gedächtnisstörungen, Beeinträchtigungen in Aufmerksamkeit, Sprache, Denkvermögen, Orientierungssinn und Urteilsvermögen sowie Apathie. Schätzungen gehen davon aus, dass bei zwei von drei Menschen mit Demenz die Ursache eine Alzheimer-Demenz ist. Demenzerkrankungen gehen mit erheblichen persönlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Konsequenzen einher, insbesondere aufgrund des hohen Versorgungs- und Pflegebedarfs der Betroffenen (RKI 2020b). In Österreich starben im Jahr 2021 rund 30.000 Frauen (3,7 %) an Demenz (Männer: 2,3 %) – der Anteil lag im Jahr 2001 noch bei rund 5.000 Frauen und hat sich somit in den letzten 20 Jahren vervielfacht (Statistik Austria 2022d). Demenz ist bei Frauen die siebthäufigste Todesursache (siehe Tabelle 2). Inwieweit die stärkere Betroffenheit bei Frauen mit ihrer höheren Lebenserwartung zusammenhängt, wird differenziert diskutiert. Wie sich insgesamt die Verbreitung von Demenz in Zukunft entwickeln wird, hängt u. a. davon ab, wie erfolgreich Public-Health- und andere Maßnahmen dazu beitragen werden, potenziell beeinflussbare Risiken für Demenz wie körperliche Inaktivität, Rauchen, missbräuchlicher Alkoholkonsum, Adipositas, Diabetes, Bluthochdruck, Depression und geringe Bildung und Isolation zu vermeiden. Hochrechnungen zufolge können laut RKI (2020b) 30,5 Prozent der aktuellen Fälle von Alzheimer-Demenz auf die genannten Risikofaktoren zurückgeführt werden. Für eine Reduktion des Geschlechterunterschiedes in der Prävalenz müsste in Public-Health-Strategien die Genderkategorie zukünftig noch stärker miteinfließen.

4.5 Diabetes

Diabetes mellitus (ICD-10: E10–E14) umfasst eine Gruppe von Stoffwechselerkrankungen, die durch erhöhte Blutzuckerkonzentrationen charakterisiert sind und mit schwerwiegenden Spätkomplikationen einhergehen können. In Österreich starben im Jahr 2021 knapp 30.000 Frauen (3,6 %) an Diabetes (Männer: 3,4 %) – der Anteil lag im Jahr 2001 noch bei rund 22.000 Frauen und stieg in den letzten 20 Jahren stetig an (Statistik Austria 2022d). Diabetes ist bei Frauen damit die achthäufigste Todesursache (siehe Tabelle 2). Als Hauptursache für Typ-2-Diabetes gilt Übergewicht – insbesondere in Kombination mit vermehrtem Bauchfett. Seit 2010 verdoppelte sich auch die Zahl der Patientinnen mit Gestationsdiabetes (siehe Glossar) in Akutkrankenanstalten. Im Jahr 2021 wurden laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten rund 5.000 Frauen aufgrund der Hauptdiagnose Gestationsdiabetes behandelt.

Diabetes mellitus hat aufgrund seiner weiten und zunehmenden Verbreitung eine hohe Relevanz auch für die Frauengesundheit. Deutliche Geschlechterunterschiede zugunsten der

Frauen zeigen sich bei der Prävalenz des unerkannten Diabetes, bei einzelnen Diabetesrisikofaktoren sowie bei den Spätfolgen der Erkrankung. Aus Frauenperspektive sind besonders die Reduktion der Risikofaktoren (Adipositas, Fettstoffwechselstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) von Bedeutung sowie die Prävention und Nachsorge des Schwangerschaftsdiabetes (RKI 2020b). Neben den Geschlechterunterschieden sind bei Diabetes vor allem Bildungsunterschiede bedeutsam. Präventionsstrategien und Versorgungsmaßnahmen sollten Frauen aller sozialen Gruppen gleichermaßen erreichen.

4.6 Psychische Erkrankungen

Für das Wohlbefinden sowie eine hohe Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sind die körperliche und die psychische Gesundheit gleichermaßen wichtig. Frauen erhalten häufiger eine Diagnose psychischer Erkrankungen als Männer, vor allem im Fall von Depressionen und Essstörungen (siehe Kapitel 5.4).

In Österreich sind für rund 15 Prozent der Krankheitslast von Frauen psychische Erkrankungen verantwortlich. Bei Mädchen und jungen Frauen unter 20 Jahren sind psychische Erkrankungen (27 %) die häufigste Ursache für in Krankheit und Beeinträchtigung verbrachte Lebensjahre. Insbesondere Angststörungen (12 %) führen zu einer Einschränkung der Lebensqualität (GHDx 2019).

Das Belastungsspektrum für Mädchen und Frauen zur Ausprägung psychischer gesundheitlicher Auswirkungen ist breit. Neben biologischen Dispositionen reichen die Einflussfaktoren von Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend über Mehrfachbelastungen im Erwachsenenalter bis zu Isolation im Alter. In klassischer Gesundheitsberichterstattung kommen differenzierte Daten zu psychischen Erkrankungen von Mädchen und Frauen sowie deren Ursachen kaum vor. In Kapitel 5.4 sind zu den Themen Informationen ausgeführt, zu denen Material vorhanden ist. Durch die COVID-19-Pandemie und im Zuge der Erstellung des vorliegenden Berichts hat sich jedoch auch gezeigt, dass sich unter dem Oberbegriff „Psychische Gesundheit“ wenig ausdifferenzierte Informationen befinden, an denen gezielt weitergearbeitet werden könnte. So fehlen einerseits Daten zu spezifizierten psychischen Belastungen, es fehlen aber auch Daten zu unterschiedlichen Zielgruppen von Mädchen und Frauen (Mädchen, junge Frauen, ältere und alte Frauen, Migrationshintergrund, FLINTA). Zudem mangelt es an Ergebnissen von Untersuchungen zu Ursachen, warum Mädchen so anders betroffen sind als Burschen, wo die Auslöser dafür liegen und an welchen Punkten

angesetzt werden müsste, um Mädchen und Frauen ein Leben in psychischer Gesundheit zu ermöglichen.

4.7 Chronische Kopfschmerzen

Von chronischen Kopfschmerzen sind in Österreich 10 Prozent der Frauen betroffen (Männer: 5,5 %). In der Altersgruppe 45 bis 60 Jahre sind Frauen mit 13,6 Prozent besonders häufig betroffen (Männer: 6 %) (Klimont, Jeanette 2020).

4.8 Harninkontinenz

Von Harninkontinenz sind in Österreich knapp 15 Prozent der über 60-jährigen Frauen betroffen (Männer: knapp 8 %). Bei den über 75-jährigen Frauen sind es bereits 26 Prozent (Männer: 17 %) (Klimont, Jeanette 2020).

4.9 Gesundheitsverhalten

Frauen leben länger als Männer und sterben seltener an vermeidbaren Krankheiten – dies hat mitunter etwas mit dem Gesundheitsverhalten zu tun –, d. h. an Erkrankungen, die in den entsprechenden Altersgruppen durch geeignete Behandlungs- und Vorsorgemaßnahmen beeinflussbar bzw. zu verhindern wären. Dazu zählen Ernährung, Bewegung, Alkohol- und Tabakkonsum. Bewegungsmangel und Übergewicht wirken sich bei Frauen besonders negativ auf ihre Gesundheit aus – so sind Bewegungsmangel und Übergewicht mitverantwortlich für Diabetes, Nierenerkrankungen, Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen und Muskelerkrankungen (GHDx 2019).

Ernährung

In Österreich lag im Jahr 2017 die mittlere tägliche Energiezufuhr von Frauen zwischen 18 und 65 Jahren bei 1.815 kcal (Männer: 2.453 kcal). Etwa die Hälfte aller Frauen nimmt mehr als die empfohlene Energiemenge von 1.800 kcal pro Tag zu sich – 6 Prozent sogar mehr als die doppelte Menge. Während Frauen (und auch Männer) zu viel Fett, Zucker und Natrium (in Speisesalz) konsumieren, enthält ihre Nahrung zu wenig Ballaststoffe, Vitamin E und Folsäure (Rust et al. 2018).

Frauen essen im Durchschnitt nur ein Drittel der empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag. Auch Getreide, Kartoffeln und Milchprodukte werden zu wenig verzehrt – Fleisch und Fleischprodukte hingegen etwas zu häufig. Das Ernährungsverhalten manifestiert sich bereits in der Kindheit. Laut HBSC-Studie 2018 geben 4 Prozent der Mädchen und Jugendlichen an, täglich Fast Food zu essen. Rund ein Drittel gibt an, nicht zu frühstücken und damit ohne Nahrung den Schultag zu beginnen. Der Obst- und Gemüsekonsum hat sich seit 2006 jedoch verbessert. Gab damals nur ein Drittel der Schüler:innen an, täglich Obst und Gemüse zu konsumieren, war es im Jahr 2018 bereits die Hälfte (BMSGPK 2021a; Rust et al. 2018).

Über- und Untergewicht

Eine auf Dauer zu hohe Kalorienaufnahme kann – gepaart mit Bewegungsmangel – zu Übergewicht führen. Jede dritte Frau zwischen 51 und 65 Jahren ist übergewichtig, bei jungen Frauen bis 25 Jahren ist es jede sechste – dabei spielt der sozioökonomische Status keine Rolle. Jede zehnte Frau in Österreich ist adipös. Auch Untergewicht kann zu gesundheitlichen Problemen durch Nährstoffmangel führen. 5 Prozent aller Frauen unter 51 Jahren sind untergewichtig (siehe Kapitel 5.2) (Rust et al. 2018).

Fehl- und Mangelernährung

Fehl- und Mangelernährung (Malnutrition) ist ein häufiges Problem älterer Frauen. Die Veränderungen im Ess- und Trinkverhalten führen oft unbemerkt zu einer nicht bedarfsdeckenden Energieaufnahme, das Körpergewicht verringert sich zum Teil bis zu starkem Untergewicht (Altersanorexie). Häufig wird Mangelernährung nicht als solche erkannt, sie kann jedoch den Verlauf vieler Krankheiten negativ beeinflussen und die Sterblichkeitsrate erhöhen. Mit einem frühzeitigen Erkennen kann der Fehlernährung entgegengewirkt werden (gesundheit.gv.at 2022b).

Bewegung

Regelmäßige körperliche Aktivität verringert unter anderem das Risiko von Adipositas, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes und trägt zu einer höheren Lebensqualität und Lebenserwartung bei (Griebler et al. 2017). In Österreich geben jedoch 46 Prozent aller Frauen zwischen 18 und 64 Jahren an, einer vorwiegend sitzenden bzw. stehenden Arbeit nachzugehen. In etwa der gleiche Anteil gibt an, täglich durchgängig mindestens zehn Minuten eine Wegstrecke zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückzulegen. In ihrer Freizeit erfüllen 21 Prozent aller Frauen in Österreich die WHO-Bewegungsempfehlung

(vs. 26 % der Männer). 45 Prozent üben mindestens 2,5 Stunden pro Woche mäßig anstrengende Ausdaueraktivitäten aus, 28 Prozent mindestens zweimal pro Woche Tätigkeiten zum Aufbau von Muskeln (Krafttraining, Pilates, ...) (Klimont, Jeanette 2020).

Alkoholkonsum

Übermäßiger Alkoholkonsum kann zu chronischen Lebererkrankungen und Abhängigkeitsdiagnosen sowie zu einem frühzeitigen Tod führen. Rund 12 Prozent der Frauen in Österreich gaben im Jahr 2020 in einer Repräsentativerhebung an, in den letzten zwölf Monaten täglich oder fast täglich Alkohol konsumiert zu haben – die Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2019 kommt auf deutlich niedrigere Werte (rund 3 %). Rund 11 Prozent zeigen einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum – am häufigsten Frauen im mittleren Alter zwischen 40 und 54 Jahren. 6 Prozent aller Frauen in Österreich leben alkoholabstinent. Bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen gaben in der ESPAD-Studie rund 60 Prozent an, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben – dabei unterscheidet sich das Konsumverhalten der Mädchen nicht von dem der Burschen (Anzenberger et al. 2021).

Tabakkonsum

Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Lungenkrebs und Bauchspeicheldrüsenkrebs und gilt deshalb als eines der bedeutsamsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken (Anzenberger et al. 2021). Für das Jahr 2019 werden 11 Prozent aller Todesfälle bei Frauen dem Konsum von Tabak zugeschrieben (GHDx 2019). Im Jahr 2019 rauchte jede fünfte Frau täglich (vs. jeder vierte Mann) (Klimont, Jeanette 2020). Bei den 15-jährigen Mädchen sind es zwölf Prozent (Hojni et al. 2020).

Abschließend werden in einer klassischen epidemiologischen Übersichtstabelle die Unterschiede zwischen Frauen und Männern zu den häufigsten Gesundheitsindikatoren gezeigt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Unterschiede in der Gesundheit zwischen Frauen, Männern und Personen mit nichtbinärer Geschlechtsidentität

Gesundheitsindikator	Frauen	Männer	divers*
Lebenserwartung (ab Geburt; in Jahren)	83,7	78,8	
Sterblichkeit (alle Diagnosen; Fälle pro 100.000 EW)	829	1.244	
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99; Fälle pro 100.000 EW)	297	408	
Neubildungen (C00–C96; Fälle pro 100.000 EW)	182	287	
Lungenkrebs (C33–C34; Fälle pro 100.000 EW)	35	58	
Darmkrebs (C18–C21; Fälle pro 100.000 EW)	16	30	
Prostatakrebs (C61; Fälle pro 100.000 EW)	—	37	
Brustkrebs (C50; Fälle pro 100.000 EW)	31	—	
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98; Fälle pro 100.000 EW)	33	78	
Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit (ab Geburt; in Jahren; 2019)	64,8	63,2	
Patientinnen und Patienten in Akutkrankenanstalten (alle Diagnosen; Fälle pro 100.000 EW)	14.671	13.790	
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98; Fälle pro 100.000 EW)	1.863	2.260	
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99; Fälle pro 100.000 EW)	1.552	2.323	
Myokardinfarkt-Inzidenz (I21–I22; Fälle pro 100.000 EW)	99	244	
30-Tages-Mortalität (Todesfälle innerhalb von 30 Tagen pro 100 stationär behandelte Myokardinfarkte)	5,9	4,4	

Gesundheitsindikator	Frauen	Männer	divers*
Hirnfarkt-Inzidenz (I63; Fälle pro 100.000 EW)	140	215	
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93; Fälle pro 100.000 EW)	1.466	1.919	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	1.902	1.705	
Petrochantäre Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (S72; 60 Jahre und älter; Aufenthalte pro 100.000 EW in Akutkrankenanstalten)	726	491	
Neubildungen (C00–C97; Fälle pro 100.000 EW)	857	1.125	
Lungenkrebs (C33–C34; Fälle pro 100.000 EW)	79	116	
Darmkrebs (C18–C21; Fälle pro 100.000 EW)	69	111	
Prostatakrebs (C61; Fälle pro 100.000 EW)	—	190	
Brustkrebs (C50; Fälle pro 100.000 EW)	239	2	
Depression (Lebensprävalenz, ärztlich diagnostiziert; 2018; Anteil Bevölkerung in %)	6,8	6,3	
Suizid (X60–X84; Anzahl Suizide)	220	877	
Einschränkungen im Alltag aufgrund gesundheitlicher Probleme (Altersgruppe 15+; 2019)			
Sehprobleme	7,9 %	7,0 %	
Geheinschränkungen	8,8 %	7,5 %	
Probleme beim Treppensteigen	11 %	8,7 %	
Probleme bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung (Altersgruppe 65+; 2019)	26 %	18 %	

Gesundheitsindikator	Frauen	Männer	divers*
Probleme bei Basisaktivitäten der Haushaltsführung (Altersgruppe 65+; 2019)	50 %	34 %	

Legende: je höher der Wert (**lila**), desto schlechter der Gesundheitszustand; alle Daten beziehen sich – außer es ist anders angegeben – auf das Jahr 2021 und auf Hauptdiagnosen.

Daten zu LGBTIQ-Personen sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vorhanden. Die Ausprägung „divers“ wird jedoch zunehmend in Daten integriert.

Quellen: (Klimont, Jeanette 2020; Nowotny et al. 2019a; Statistik Austria 2022d), BMSGPK: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

5 Mädchen- und Frauengesundheit

5.1 Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeits- und Lebensbedingungen

Arbeits- und Lebensrealitäten strukturieren das tägliche Leben von Frauen. Aufgrund traditioneller Rollenverteilungen sind Frauen ungleich anders von externen Rahmenbedingungen betroffen als Männer. Generell stellt bezahlte Erwerbsarbeit in Österreich im bestehenden Wirtschafts- und Wohlfahrtssystem die finanzielle Existenzsicherung dar (Mayrhuber 2017). Arbeitsplätze von Frauen konzentrierten sich jedoch bereits vor der COVID-19-Pandemie auf den Niedriglohnsektor, einen informellen Arbeitsmarkt und unbezahlte Care-Arbeit (Campell et al. 2020). Teilzeitarbeit ist vor allem bei Frauen die mit Abstand am weitesten verbreitete atypische Beschäftigungsform. Von den erwerbstätigen 30- bis 39-jährigen Frauen waren im Jahr 2017 44 Prozent ausschließlich in Teilzeit beschäftigt. Als häufigster Grund für Teilzeitarbeit bei Frauen werden Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern angegeben (38 %), wohingegen dieser bei Männern faktisch keine Rolle spielt (5 %). (Knittler 2018)

Die Konzentration von Frauen im atypischen und informellen Sektor bedeutet, dass sie mit größerer Wahrscheinlichkeit keinen bezahlten Krankenstand oder Urlaub erhalten, nicht krankenversichert sind, keine soziale Absicherung haben und im Alter einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt sind. Die ökonomische Existenzsicherung ist für Frauen durch die Krise unsicherer geworden (UN 2020). Wie im Buch „Die Erschöpfung der Frauen“ von Franziska Schutzbach ausgeführt, wird die unbezahlte Care-Arbeit aufgrund der traditionellen Arbeitsteilung nach wie vor überwiegend von Frauen getätigt. Die Care-Arbeit ist heute noch weiblich konnotiert und wird als natürliche Aufgabe der Frau angesehen. Geschätzt fallen täglich weltweit ca. 16,4 Milliarden Stunden an unentgeltlicher Care-Arbeit an, die überwiegend von Frauen erledigt wird. In der Schweiz wird der monetäre Wert der unbezahlten Haus- und Betreuungsarbeit in Schweizer Haushalten jährlich auf 248 Milliarden Euro geschätzt. In den Statistiken bleibt unbezahlte Care-Arbeit jedoch unsichtbar, da Haushalte als Konsumeinheit und nicht als dienstleistende bzw. produzierende Einheit angesehen werden. So bleibt die wirtschaftliche Bedeutung der Care-Arbeit außerhalb des Erwerbstätigkeitsbereichs entwertet und unsichtbar, ebenso wie die benachteiligenden, erschöpfenden Verhältnisse, in denen Frauen diese Arbeit zusätzlich leisten. Mit der Einbindung von Frauen in die bezahlte Erwerbstätigkeit finden sich Frauen in der Situation der

Doppel- und Mehrfachbelastung wieder, in der nach der Arbeit im öffentlichen Raum die Arbeit im privaten Raum folgt. Dennoch besteht ein Gender-Pay-Gap, da Frauen zum einen unbezahlte Arbeit tätigen und zum anderen in ihrer Erwerbsarbeit selbst schlechter bezahlt werden als Männer (Schutzbach 2021).

Aufgrund der sozialen Funktion und finanziellen Absicherung ist Arbeit für Frauen, Männer und LGBTIQ*-Menschen ein bedeutender gesundheitlicher Faktor. Dauerhaft arbeitsunfähige sowie arbeitslose Personen weisen häufiger eine (diagnostizierte) Depression auf als erwerbstätige Personen. Umgekehrt erschwert eine psychische Erkrankung die Teilnahme am Bildungsprozess sowie am Arbeitsmarkt (Klimont, Jeannette/Baldaszi 2015). Mehrfachbelastungen von Frauen, die durch strukturelle Arbeits- und Lebensbedingungen entstehen, können sich wiederum in psychischen Erkrankungen manifestieren (siehe auch Kapitel 5.4) und damit deren Arbeitsmarktchancen ungünstig beeinflussen sowie einen Einfluss auf die Reduktion gesunder Lebensjahre haben.

Chancengerechtigkeit

Alleinerziehende, Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderung, Frauen, die nicht Teil des Arbeitsmarktes sind oder aus diesem herausgefallen sind, gehören zu jenen Gruppen von Frauen, auf die sich die genannten Belastungen noch stärker auswirken. Lösungen für mehr Chancengerechtigkeit sind laut Expertinnen zu finden in Diskussionen einer Care-Ökonomie, einem verpflichtenden Pensionssplitting, dem Rechtsanspruch auf Kinderbetreuung und in einem flächendeckenden Angebot der Kinderbetreuung.

5.2 Körper- und Selbstbilder von Mädchen und Frauen

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist in den letzten Jahren in den westlichen Ländern gestiegen. Mehrere Studien zeigen laut Schutzbach (2021), dass speziell Frauen mit ihrem Aussehen heute unzufriedener sind denn je (aber auch junge Männer haben immer mehr das Gefühl, ihr Körper sei so, wie er ist, nicht in Ordnung). Der Psychologe Stephan Herpertz stellt fest (Schutzbach 2021), dass die Infragestellung des Selbstwerts zunehmend am Aussehen festgemacht wird. Schlankheit und Schönheit werden nach dem Empfinden der befragten Menschen mit beruflichem Erfolg und einem hohen sozialen Status gleichgesetzt.

Frauen, die eher ein negatives Körperbild haben, fühlen sich oftmals von gesellschaftlichen Schönheitsidealen unter Druck gesetzt. Eine gefühlte Diskrepanz zwischen Ideal und individueller Körperwahrnehmung kann die Grundlage für Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sein und damit eine Negativspirale negativer Körper- und Selbstwahrnehmung auslösen. Frauen mit positivem Körpergefühl können hingegen bestehende Schönheitsideale in der Regel kritisch reflektieren, diese Reflektion kann ein Schutz vor eigener Abwertung sein. (RKI 2020b)

Bereits im Aktionsplan Frauengesundheit ist der Themenbereich Körperbild und Selbstbild von Mädchen und Frauen ausführlich bearbeitet und dafür wurde auch ein eigenes Wirkungsziel definiert. Mit dem Frauengesundheitsbericht wird dieser gesundheitsrelevante Aspekt zur weiteren Bewusstseinsbildung und zur Ableitung möglicher weiterer Maßnahmen nochmals aufgegriffen.

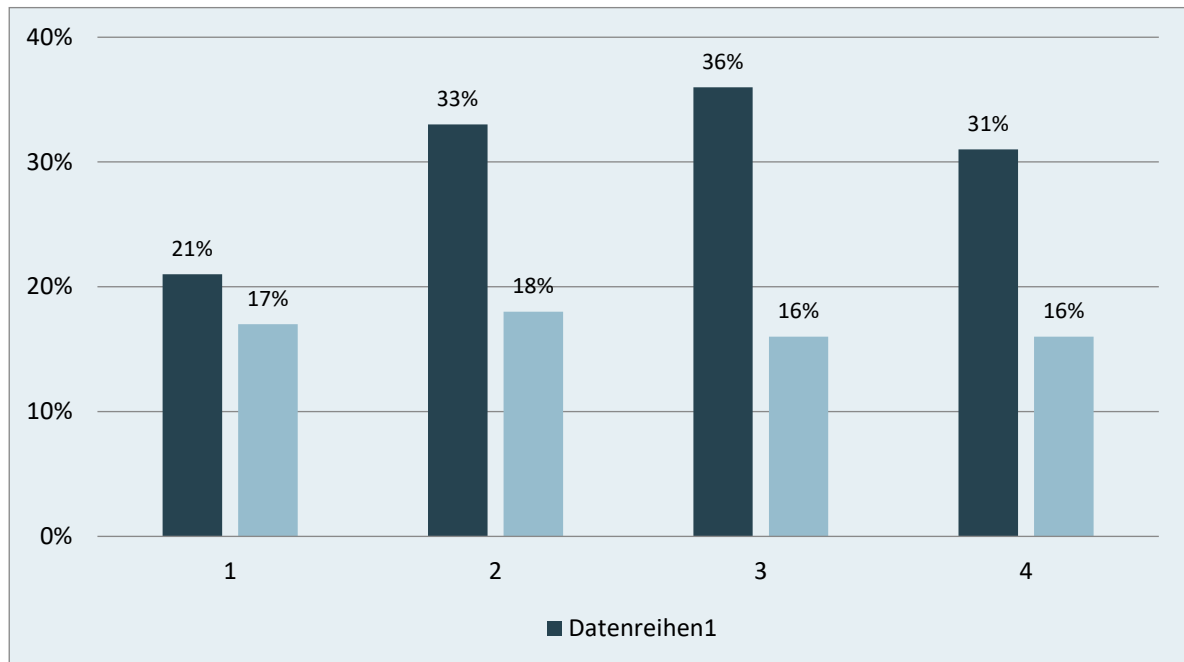
Wirkungsziel 7: Bei Mädchen und jungen Frauen ein positives Selbstbild für ein gesundes Leben fördern

Im nächsten Kapitel wird konkret auf die Bandbreite der Entwicklung durch Social Media Bezug genommen, nachdem die dadurch entstehenden Dynamiken vorhandene Dispositionen von geringem Selbstwert bei Mädchen und Frauen in Hinblick auf ein negatives Körper- und Selbstbild sehr verstärken können.

5.2.1 Einfluss digitaler Medien auf das Körper- und Selbstbild

Bei Frauen und Mädchen besteht eine Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Gewichtsstatus und dem Körperselbstbild. Viele Schülerinnen fühlen sich zu dick, obwohl sie laut Body-Mass-Index (BMI)-Berechnung normalgewichtig oder sogar untergewichtig sind. Dies trifft insgesamt auf fast doppelt so viele Mädchen wie Burschen zu. (BMSGPK 2020)

Abbildung 3: Anzahl der unter- oder normalgewichtigen Schüler:innen, die sich als zu dick empfinden



Quelle: HBSC-Studie (2018); Darstellung: GÖG

Tatsächlich sind laut BMI-Berechnung zwischen 12 und 14 Prozent der 11- bis 17-jährigen Mädchen sowie zwischen 18 und 23 Prozent der Burschen in dieser Altersspanne als übergewichtig oder adipös einzustufen. Insgesamt empfinden sich aber zwischen 29 und 41 Prozent der Mädchen bzw. zwischen 27 und 31 Prozent der Burschen als zu dick. (BMSGPK 2020) Auch im internationalen Vergleich sind österreichische Schüler:innen stärker von dieser Diskrepanz betroffen als der Durchschnitt in den untersuchten Ländern (34 % versus 26,7 % fühlen sich zu dick). (BMSGPK 2021a)

Soziale Medien sind ein wesentlicher Bestandteil unserer Lebenswelt. Österreichs Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren nutzen am meisten die Internetplattformen WhatsApp (w: 94 %, m: 97 %), Youtube (w: 94 %, m: 96 %), Instagram (w: 83 %, m: 79 %), Snapchat (w: 73 %, m: 67 %), TikTok (w: 78 %, m: 62 %) sowie Discord (w: 30 %, m: 61 %) (Jugend-Internet-Monitor 2022 Saferinternet.at). Generell nutzen Frauen in allen Altersgruppen das Internet für private Zwecke, u. a. für soziale Netzwerke und zum Versenden oder Empfangen von Sofortnachrichten. Soziale Netzwerke werden mit zunehmendem Alter weniger genutzt (16 bis 24 Jahre: 92 %; 25 bis 34 Jahre: 82 %; 35 bis 44 Jahre: 74 %; 45 bis 54 Jahre: 54 %; 55 bis 64 Jahre: 35 %; 65 bis 74 Jahre: 16 % der Frauen). Sehr beliebt ist das Versenden und Empfangen von Sofortnachrichten in allen Altersgruppen (16 bis 24 Jahre: 100 %; 25 bis

34 Jahre: 95 %; 35 bis 44 Jahre: 92 %; 45 bis 54 Jahre: 92 %; 55 bis 64 Jahre: 78 %; 65 bis 74 Jahre: 45 % der Frauen). (Statistik Austria 2021f)

In den Medien werden seit Jahrzehnten **idealisierte Körperdarstellungen** zunehmend schlanker präsentiert bzw. durch Bildbearbeitungstechniken entsprechend verändert. Diese Schönheitsideale entsprechen kaum realen Körpern und sind nicht oder nur schwer zu erreichen. (Peter/Brosius 2021; Wunderer et al. 2022). So werden beispielsweise auf Instagram mit Hashtags wie #bikinibrigde^[1], #thighgap^[2], #collarbonechallenge^[3], #thinspiration^[4] oder #abcrack^[5] Schönheitsideale propagiert, die in Hinblick auf gesundheitliche Aspekte problematisch sind. Es werden Schönheitsideale inszeniert, die u. a. sehr magere oder extrem sportliche Körperbilder propagieren – Schönheitsideale, die mit einem gesunden Bewegungs- und Essverhalten wenig zu tun haben. Beispielsweise wird die „Ab Crack“ erst ab einem Körperfettanteil von maximal 12 Prozent sichtbar (bei normalgewichtigen Frauen liegt der Fettanteil allerdings zwischen 18 und 20 %). Besonders besorgniserregend ist, dass diese Instagram-Trends oft vorgeben, einen gesunden Lebensstil zu fördern, obwohl sie gesundheitsschädigendes Verhalten fördern.

Der altersstandardisierte Anteil an adipösen Frauen (BMI>30) stieg in der Gesamtbevölkerung von 13 Prozent in den Jahren 2006/07 auf 15 Prozent im Jahr 2019. Der altersstandardisierte Anteil an übergewichtigen Frauen (BMI 25 bis <30) an der Gesamtbevölkerung sank in dieser Zeitspanne von 28,9 Prozent auf 27,4 Prozent. Realität und Medienrealität weisen daher wesentliche Widersprüche auf. (Peter/Brosius 2021; Wunderer et al. 2022)

(Inter-)Nationale Studienergebnisse zeigen **Zusammenhänge** zwischen der Nutzung von sozialen Medien und einer erhöhten Körperunzufriedenheit sowie einem gestörten oder veränderten Essverhalten. (Mingoia et al. 2017; Peter/Brosius 2021; Wunderer et al. 2022) Laut den Ergebnissen der HBSC-Studie 2018 sind die Fallzahlen für psychosoziale Probleme (z. B. negatives Körper selbstbild, niedrige Lebenszufriedenheit, depressive Verstimmung, mangelnde familiäre Unterstützung) umso höher, je stärker eine problematische Nutzung sozialer Medien im Rahmen einer Abhängigkeit bzw. eines Kontrollverlusts vorliegt. So weisen 10 Prozent der österreichischen Schülerinnen und 8 Prozent der österreichischen Schüler

²[1] Teil zwischen den Hüftknochen, auf dem das Bikinihöschen beim Liegen oder gar Stehen „idealerweise“ nicht aufliegt

[2] Lücke zwischen den geschlossenen Oberschenkeln

[3] Geldstücke werden in die Schlüsselbeinkuhle gelegt - je dünner, desto mehr Geldstücke bleiben liegen.

[4] Fotos von ausgehungerten Körpern

[5] Spalte, die vom Bauchnabel aufwärts verläuft und die Muskulatur der Bauchdecke unterteilt

starke Anzeichen für eine problematische Nutzung sozialer Medien auf. Davon gaben 32 Prozent der Jugendlichen an, mit ihrem Körperselbstbild nicht zufrieden zu sein. (Felder-Puig/Maier 2017)

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass Medien ein Mitauslöser neben komplexen Aspekten wie genetischen, sozialen und familiären bzw. individuellen Dispositionen sind und nicht als alleinige Ursache für Körperunzufriedenheit oder ein gestörtes oder verändertes Essverhalten anzuführen sind. (Peter/Brosius 2021; Wunderer et al. 2022)

Ebenso können Medieninhalte im Krankheitsverlauf und Bewältigungsprozess sowohl eine konstruktive (z. B. Suche nach therapeutischer Hilfe/Informationen über Erkrankung, Selbstdiagnostik) als auch eine destruktive Rolle (z. B. Foren mit Tipps zum Abnehmen und Verheimlichen der Erkrankung) spielen. (Peter/Brosius 2021)

5.2.2 Ästhetisch-plastische Eingriffe

Das Ziel ästhetisch-plastischer Eingriffe ist eine Harmonisierung der äußeren Erscheinung. Für Österreich gibt es keine öffentlich zugänglichen Daten zu durchgeführten kosmetischen Eingriffen. (gesundheit.gv.at 2022a) Welt- sowie deutschlandweite Befragungen zeigen, dass etwa 85 Prozent der Personen, die kosmetische Eingriffe, chirurgische sowie nicht- und minimalinvasive Behandlungen durchführen lassen, weiblich sind. Laut dem Bericht der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) 2020-2021 (DGÄPC 2021; ISAPS 2022) werden am häufigsten Botulinumbehandlungen (33,5 % aller ästhetischen Eingriffe) und Faltenunterspritzungen (32,1 % aller ästhetischen Eingriffe) durchgeführt. Der Bericht basiert auf einer Befragung der Patientinnen und Patienten der DGÄPC-Mitglieder. Bei den ästhetisch-plastischen Operationen liegt die Oberlidstraffung (8,2 % aller ästhetischen Eingriffe) an erster Stelle. Der Anteil der Brustvergrößerungen liegt bei 7,7 Prozent, der Fettabsaugungen bei 6,5 Prozent und der Intimkorrekturen bei 4,7 Prozent. Ein Fünftel der Frauen unter 30 Jahren (21,3 %), die zur Erstberatung für einen operativen Eingriff kommen, wünschen sich eine Brustvergrößerung, 11,6 Prozent eine Intimkorrektur. Bei letzterem Behandlungswunsch kam es laut dem Bericht von 2020 auf 2021 zu einem starken Anstieg (DGÄPC 2021).

Bonell et al. (2021) gehen davon aus, dass Medien, soziokulturelle Trends und die Schönheitschirurgie weibliche Schönheitsstandards beeinflussen und aktiv mitgestalten. Ein Beispiel für dieses Phänomen ist die Entwicklung hinsichtlich Schönheitsoperationen an weib-

lichen Genitalien (Bonell et al. 2021). Beispielsweise macht Intimhaarentfernung als sozio-kultureller Trend das Aussehen der Vulvalippen sowohl für die Frauen selbst als auch für ihre Partner:innen sichtbarer, was wiederum dazu beiträgt, dass ihr Aussehen gesamtgesellschaftlich an Bedeutung gewinnt (zu psychischen Auswirkungen eines defizitären Körperelbstbildes siehe auch Kapitel 5.4).

5.3 Sexuelle Gesundheit, Menstruationsgesundheit und reproduktive Gesundheit

5.3.1 Sexuelle Gesundheit

Die WHO definiert sexuelle Gesundheit als „einen Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität; sie ist nicht nur das Fehlen von Krankheiten, Funktionsstörungen oder Behinderung. Sexuelle Gesundheit erfordert einen positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit, lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, die frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt sind. Damit sexuelle Gesundheit erreicht und erhalten werden kann, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden.“ (WHO 2017, S. 3). Sexuelle Gesundheit ist eng mit reproduktiver Gesundheit verbunden, jedoch umfasst sexuelle Gesundheit auch nicht reproduktionsbezogene Aspekte der Sexualität wie sexuelle Zufriedenheit und Wohlbefinden, sexuelle Selbstbestimmung sowie sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität, den sexuellen Ausdruck, Beziehungen und Vergnügen (RKI 2020c; WHO 2017).

Im Gegensatz zu dem in der WHO-Definition postulierten positiven Umgang mit dem Thema Sexualität und einem Fokus auf Selbstbestimmung, lustvolle Erfahrungen, Zufriedenheit und Wohlbefinden ist das Thema Sexualitäten von Frauen und Mädchen noch immer stark tabuisiert und schambesetzt (Schick et al. 2010). Ein positiver Körperbezug stellt jedoch eine wichtige Voraussetzung für lustvolle und selbstbestimmte gelebte Sexualitäten dar (siehe auch Kapitel 5.3.1.2).

5.3.1.1 Gelebte Sexualitäten von Frauen und Mädchen

Sexuelle Gesundheit ist ein grundlegender Bestandteil der allgemeinen Gesundheit (WHO 2017). In Österreich ist die Datenlage diesbezüglich im Allgemeinen lückenhaft. Daten zu nicht reproduktionsbezogenen Aspekten der Sexualität, zu sexuellen Identität sowie zur

Vielfalt gelebter Sexualitäten fehlen größtenteils. Hier bräuchte es gezielte Studien und Befragungen, um eine Aussage darüber treffen zu können, inwieweit Mädchen und Frauen in Österreich ihre Sexualitäten und ihre sexuelle Identität im Sinne der WHO-Definition selbstbestimmt und lustvoll gestalten und erleben können. In den nachgehend zitierten Studien beziehen sich die Fragen zumeist auf heterosexuelle Kontakte und Praktiken.

Eine Studie zur Einstellung zum Thema Sexualität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich wurde vor etwa zehn Jahren von der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF) durchgeführt (Strilić 2012). Im Rahmen der HBSC-Studie und der Lehrlingsgesundheitsstudie werden Jugendlichen regelmäßig ein paar wenige Fragen zum Alter beim ersten (heterosexuellen) Geschlechtsverkehr und zum Verhütungsverhalten beim letzten sexuellen Kontakt befragt (BMASGK 2018c; Felder-Puig et al. 2020). Die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie widmet dem Thema „Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität im Alter“ ein Kapitel (ÖPIA 2022a).

Die 9. Welle der repräsentativen Studie „Jugendsexualität“ der BZgA in Deutschland zeigt, dass sich die Tendenz zu einem späteren Einstieg ins heterosexuelle Sexualleben verfestigt hat: Lediglich 27 Prozent der befragten Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren geben an, bereits einmal heterosexuellen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Regelmäßiger heterosexueller Geschlechtsverkehr findet in der Gruppe der 18- bis 25-jährigen Frauen vorwiegend in einer festen Partnerschaft statt (85 %). 18 Prozent der jungen Frauen ohne feste Partnerschaft geben an, regelmäßig Geschlechtsverkehr zu haben. 46 Prozent der minderjährigen sexuell aktiven Mädchen hatten bisher nur eine einzige Sexualpartnerin bzw. einen einzigen Sexualpartner (hier sind auch homo- und bisexuelle Sexualkontakte miteinbezogen). Im Vergleich zur Erhebungswelle aus dem Jahr 2014 lässt sich jedoch eine Tendenz zu einem häufigeren Wechsel der Partner:innen bei minderjährigen Mädchen feststellen: In der Gruppe der 18- bis 25-Jährigen geben 37 Prozent an, bereits mehr als drei Sexualpartner:innen gehabt zu haben (BZgA 2022c).

Masturbationserfahrungen können als ein Indikator für selbstbestimmte und lustvoll gelebte Sexualitäten dienen. Sexuelle Erfahrungen werden dabei von Mädchen nicht nur mit einem Gegenüber gesammelt, sondern sie setzen sich auch mit ihrem eigenen sich verändernden Körper auseinander. Zu dem auf den eigenen Körper ausgerichteten sexuellen Verlangen gehört die Masturbation als autosexuelle Aktivität. Erfahrungen mit Masturbation haben zwischen 2014 und 2019 laut BZgA-Studie bei Mädchen deutlich zugenommen (Anstieg um 15 % auf 47 %). Ob Mädchen Masturbationserfahrung haben, hängt dabei sowohl

mit dem Bildungsniveau als auch mit der Geschlechtsverkehrserfahrung und sexuellen Orientierung zusammen: Mädchen mit höherem (angestrebtem) Bildungsabschluss verfügen eher über Masturbationserfahrung als Mädchen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen (75 % vs. 62 %). Gleichgeschlechtlich oder bisexuell orientierte junge Frauen verfügen häufiger über Masturbationserfahrungen als heterosexuell orientierte junge Frauen (87 % vs. 61 %) (BZgA 2022c).

Das **Sexualleben von älteren oder alten Frauen** unterliegt einem doppelten Tabu, weshalb es besonders wenig Wissen darüber gibt. Sexualität sowie Zärtlichkeit und Nähe sind zentrale Aspekte sozialer Beziehungen und werden auch noch im Alter als wesentliche Werte wahrgenommen, wobei die Wertigkeit geschlechtsspezifisch unterschiedlich ist (ÖPIA 2022b). Ergebnisse der interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖPIA 2022b) zeigen, dass 29,5 Prozent der befragten älteren und alten Frauen Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität im Leben eine (eher) große Rolle beimessen, wobei 9,4 Prozent der Teilnehmerinnen sexuelle Kontakte pflegen. Für etwa die Hälfte der Frauen spielt Sexualität eigenen Angaben zufolge keine Rolle (mehr). Dies lässt sich weitgehend dadurch erklären, dass ältere und alte Frauen häufig allein und ohne Paarbeziehung leben. Auch wenn ein geschlechtsspezifischer Unterschied bestehen bleibt, ist hinsichtlich der Wertigkeit von Sexualität der Unterschied zwischen verheirateten Frauen und Männern wesentlich geringer.

Studien, welche sich mit Lust und Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben befassen, sind oft defizitorientiert, wie auch die Ergebnisse der Studie **GeSiD – Gesundheit und Sexualität in Deutschland** (<https://gesid.eu/>) zeigen. Frauen berichteten hier über weniger sexuelles Vergnügen als Männer. Sexuelles Vergnügen hängt bei Frauen mit mehreren sexuellen Gesundheitsindikatoren zusammen (Klein et al. 2022). Darüber hinaus gaben etwa 17 Prozent der befragten sexuell aktiven Frauen eine stark beeinträchtigende sexuelle Dysfunktion nach ICD-11-Leitlinie an. Die häufigsten davon waren vermindertes sexuelles Verlangen und Orgasmusstörungen. Probleme mit dem Orgasmus bzw. Orgasmusstörungen kamen bei Frauen etwa doppelt so häufig vor wie bei Männern (Briken et al. 2020). Die Häufigkeit der sexuellen Aktivität, die Zufriedenheit mit der Beziehung, Gefühle von Liebe und Nähe korrelieren positiv miteinander und stehen mit der Wahrscheinlichkeit eines Orgasmus und mit einer höheren sexuellen Zufriedenheit im Zusammenhang (Cerwenka et al. 2021).

Der sogenannte **Orgasmus-Gap**, also das Phänomen, dass Frauen bei heterosexuellen sexuellen Interaktionen weniger häufig einen Orgasmus erleben als Männer, ist schon länger Thema internationaler Forschungsarbeiten zu Sexualität (Mahar et al. 2020). Die Ergebnisse

einer rezenten Übersichtsarbeit zur Thematik legen nahe, dass ein wahrscheinlicher Grund für den geschlechtsspezifischen Orgasmus-Gap darin liegt, dass viele Frauen bei heterosexuellen sexuellen Interaktionen nicht die klitorale Stimulation erhalten, die sie für einen Orgasmus benötigen. Dieser Mangel an klitoraler Stimulation wird mit verschiedenen kulturellen Faktoren in Verbindung gebracht, darunter sind die kulturelle Überbewertung von penetrativem Sex, das Absprechen von sexueller Lust, der Zusammenhang zwischen Orgasmus durch Penetration und Männlichkeit sowie mangelnde Sexualerziehung zu nennen (Mahar et al. 2020).

Die Frage, inwieweit sich heteronormative Vorstellungen, Rollenbilder und Beziehungen mit niedrigem sexuellem Verlangen von Frauen in heterosexuellen Partnerschaften auswirken könnten, untersuchte eine nordamerikanische Studie (van Anders et al. 2022). Die Ergebnisse zeigen, dass die Fokussierung auf Frauen als eine naturgegeben minderwertige und komplementäre Kategorie zu Männern das geringe sexuelle Verlangen als ein Problem positioniert hat, das im Körper der Frauen existiert. Folglich wird das geringe sexuelle Verlangen als Krankheit, Störung oder Pathologie behandelt, die auf biomedizinische oder psychologische Ursachen zurückzuführen ist und eine individuelle Behandlung erfordert. So wird auch in der Wissenschaft geringes sexuelles Verlangen durch eine heteronormative Brille betrachtet und die Heterogenität von Frauen sowie die Auswirkung gesellschaftlicher Vorstellungen auf Paarbeziehungen ausgeblendet (van Anders et al. 2022).

5.3.1.2 Sexuelle Bildung von Mädchen und Frauen

Da die sexuelle Gesundheit von Frauen nach wie vor stark aus der Risikoperspektive (z. B. Schwangerschaftsvorbeugung) betrachtet wird, gilt es einen positiven Zugang zur weiblichen Sexualität zu fördern, der insbesondere Themen wie weibliche Lust umfasst und Mädchen und Frauen empowert (Laan et al. 2021; UNFPA 2021a). Um Mädchen und Frauen bei der Entwicklung gesunder und selbstbestimmter Sexualitäten zu unterstützen und damit ihre sexuellen Rechte zu realisieren (siehe International Planned Parenthood Federation (IPPF)), braucht es sexuelle Bildung³ über die gesamte Lebensspanne, die der vorherrschenden

³ Sexuelle Bildung beschreibt den lebenslangen Prozess der Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität. Dieser Definition liegt zugrunde, dass „sexuelle Identität“ fluide ist, sich über den Lebensverlauf verändern kann und durch individuelle, kollektive und institutionelle Bildung geprägt wird. Sexualpädagogik hingegen wird meist verwendet, wenn es um sexuelle Kompetenzvermittlung im Kinder- und Jugendalter im institutionellen, meist schulischen Kontext geht (Schmidt/Sielert 2013). Sexuelle Bildung und Sexualpädagogik findet

den Tabuisierung sexueller Mädchen- und Frauengesundheitsthemen durch die Vermittlung von sexuellen Kompetenzen mit einem Fokus auf ein positiv stärkendes Körperbild sowie Lust- und Ressourcenorientierung entgegentritt (Sladden et al. 2021).

Angebote aus dem Bereich sexuelle Bildung sind meist für Mädchen und junge Frauen in der Adoleszenz (10. bis 19. Lebensjahr). Der Grund dafür ist, angelehnt an die WHO, dass in dieser Phase erste sexuelle Erfahrungen mit anderen Personen gemacht werden (BZgA 2022c) und die Erkundung der eigenen und der partnerschaftlichen Sexualität eine zentrale Entwicklungsaufgabe darstellt (Oerter/Dreher 2008). Dennoch ist Sexualaufklärung ein lebenslanger Prozess, der mit der Geburt startet, da hier bereits die sexuelle Entwicklung beginnt (BZgA 2011). Eine umfassende Sexualaufklärung hat positive Wirkungen wie eine höhere Nutzung von Kondomen (Lindberg/Maddow-Zimet 2012). Zudem steht eine höhere sexuelle Kompetenz im Zusammenhang mit einem positiven, lustvollen Erleben und mit einer niedrigeren Häufigkeit von Schmerzen beim Sex (Grauvogl et al. 2015; Palmer et al. 2019). Die Wirkungen sexueller Bildungsprogramme auf die sexuelle Lust und die Zufriedenheit mit dem Sexualleben sind bisher kaum untersucht.

Es gibt **allgemeine Kompetenzstandards** für sexuelle Bildung, die für alle Geschlechter gelten. Im europäischen Raum wird v. a. Bezug auf die Kompetenzstandards zur Sexualaufklärung in Europa der BZgA und der WHO genommen. Sie differenzieren nach unterschiedlichen Altersgruppen von 0 bis 18 Jahren (2011). Unabhängig vom Geschlecht definieren sie Kompetenzbereiche für Themen wie Lernen, Grenzen zu setzen, selbstbestimmte Entscheidungsfindung in Hinblick auf die eigene Sexualität, Sex und Beziehungen, Medien und Sexualitäten oder den Umgang mit Gefühlen.

Neben diesen Aspekten sollte **sexuelle Bildung für Frauen und Mädchen** Raum geben, um über Mythen zu tabuisierten und stigmatisierten Themen wie Menstruation, Sex, Möglichkeiten der Verhütung mit Frauenärztinnen bzw. Frauenärzte zu reden, um so eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zu stärken. In Abhängigkeit vom Alter und von der Lebens-

aber auch im privaten und zunehmend im digitalen Raum statt. Ziel der Sexualpädagogik ist es, Kinder und Jugendliche zu befähigen, „ihre Sexualität zu verstehen und zu genießen, sichere und erfüllende Beziehungen einzugehen sowie verantwortlich mit ihrer eigenen sexuellen Gesundheit und der ihres Partners umzugehen“ (BZgA 2011).

phase braucht es die Förderung sexueller Kompetenzen, die aus einer mädchen- und frauenspezifischen Perspektive vor allem folgende Aspekte abdecken sollte (BZgA 2011; BZgA 2018; Frauengesundheitszentrum und Netzwerk Sexuelle Bildung Steiermark 2019):

- **Positives Körperbild:** Für Mädchen und Frauen umfasst das insbesondere die weiblichen Geschlechtsorgane. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die positiv konnotierte Bezeichnung von Geschlechtsorganen. Konkret sollte das Wort „Scham“ in Verbindung mit weiblichen Geschlechtsorganen vermieden werden. Interventionen, die die Zufriedenheit mit dem natürlichen Aussehen der Genitalien fördern, könnten die Entwicklung eines gesunden sexuellen Selbstkonzepts erleichtern und die Zufriedenheit mit dem Sexualleben und der eigenen Sexualität stärken (Schick et al. 2010).
- **Weibliche Lust⁴:** Studien zeigen, dass es einen geschlechtsspezifischen Zugang zu weiblicher Lust braucht, da weibliche Lust über lange Zeit stigmatisiert wurde (Laan et al. 2021). Dieser Aspekt umfasst auch die korrekte Darstellung der weiblichen Lustorgane, die v. a. in Schulbüchern vereinheitlicht werden sollte (siehe https://www.frauengesundheitszentrum.eu/wp-content/uploads/2017/12/2020_10_7_Klitorisgrafiken-und-Text.pdf).
- **Selbstbestimmter Umgang mit Verhütung, Menstruation und Wechseljahren/Menopause** (siehe Kapitel 5.3.2 und 5.3.3)

Eine österreichische Studie (Querschnittsbefragung; n = 198, Alter: 13 bis 16 Jahre) zur sexuellen Bildung untersuchte die Selbsteinschätzung von Jugendlichen in Hinblick auf bestimmte Wissensbereiche zur sexuellen Gesundheit. Das Wissen über biologische Aspekte wird höher eingeschätzt als emotionale Aspekte, Masturbation und Umgang mit Liebe und sexuellen Gefühlen in Beziehungen. Außerdem wünschen sich die befragten Jugendlichen eine abwechslungsreichere und praktischere Form des sexuellen Lernens. Befragte Mädchen wünschen sich die sexuelle Bildung in „Female only“-Gruppen (Seiler-Ramadas et al. 2020).

⁴ Eine groß angelegte partizipative Studie mit 15- bis 18-jährigen Jugendlichen aus Irland zeigte auf, dass Mädchen anders als Burschen häufiger das Bedürfnis nannten, zu wissen, wie sie sexuelle Aktivitäten für sich selbst und mit einer anderen Person lustvoll gestalten können (Higgins et al. 2010).

Sexuelle Bildung findet in unterschiedlichsten Kontexten statt. Aktuelle Daten zur Sexualaufklärung liefert die 9. Welle der repräsentativen Wiederholungsbefragung „Jugendsexualität“ der BZgA: Hier wurden im Jahr 2019 u. a. Lebensbereiche abgefragt, welche für die sexuelle Entwicklung besonders prägend sind. Die Ergebnisse zeigen:

- Für 14- bis 17-jährige Mädchen ist **die Mutter** die wichtigste Bezugsperson für Sexualaufklärung, wobei dies bei Mädchen mit Migrationshintergrund deutlich seltener der Fall ist (70 % vs. 43 %).
- Für **Mädchen mit Migrationshintergrund** ist die **beste Freundin**, der **beste Freund** die wichtigste Person für Sexualaufklärung (Forschung Sexualaufklärung: Jugendsexualität 9. Welle 2019/2020, zentrale Ergebnisse (sexualaufklaerung.de)).
- **Mädchen / junge Frauen mit höherer Schulbildung** sprechen **eher im Elternhaus** über Sexualität als jene mit niedrigerer Schulbildung. Dies trifft bei Mädchen / jungen Frauen mit Migrationshintergrund stärker zu (BZgA 2021b).
- Sexuelle Bildung findet zunehmend im **digitalen Raum** statt: Während im Jahr 2001 nur 3 Prozent der Mädchenangaben, wichtige Kenntnisse zum Thema Sexualität und Verhütung aus dem Internet zu beziehen, waren es 2019 bereits 56 Prozent.
- **Mädchen, die keine (eindeutige) heterosexuelle Orientierung** aufweisen, nutzen **am liebsten Chats** für Informationen zu sexuellen Fragen (siehe auch Factsheet Medien der BZgA (BZgA 2021a)).
- Obwohl 80 Prozent der 14- bis 17-jährigen Mädchenangaben, sich in sexuellen Fragen für aufgeklärt zu halten, besteht **Bedarf an weiteren Informationen**. Es ist auffallend, dass der Informationsbedarf zu sexuellen Praktiken, Schwangerschaft und Geburt sowie zu Geschlechtsorganen annähernd gleich hoch ist wie vor mehr als 40 Jahren (BZgA 2022b).

In Österreich gibt es, abgesehen von einzelnen Befragungen, keine Daten (Evaluation/Monitoring) zur Verbreitung und zur Qualität sexueller Bildung, Trainings für Lehrkräfte fehlen (BZgA 2018; UNESCO 2021). Sexuelle Bildung ist in Österreich einzig für das schulische Setting geregelt. Im Grundsatzterlass zur Sexualpädagogik⁵ (2015) ist festgeschrieben, dass sich die Inhalte an den „Standards für die Sexualaufklärung in Europa orientieren“ (BZgA 2011).

Voraussetzung für eine gelungene und qualitätsgesicherte sexuelle Bildung ist die Stärkung der sexuellen Kompetenzen der im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich Arbeitenden,

⁵ siehe Maßnahme 17: Unterstützung und Evaluation der Umsetzung des Grundsatzterlasses „Sexualpädagogik“ im Aktionsplan Frauengesundheit

aber auch der Eltern und anderer Bezugspersonen, damit diese als Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren und kompetente Ansprechpersonen wirken können (Nimbi et al. 2021Frauengesundheitszentrum und Netzwerk Sexuelle Bildung Steiermark 2019).

Eine erste Maßnahme könnte auch sein, ein strukturiertes Lehr- und Weiterbildungsangebot für in den relevanten Bereichen Tätige, aber auch für die Allgemeinbevölkerung – z. B. für Eltern als wichtige Ansprechpersonen bei Fragen zur Sexualität – gemeinsam mit aktuellen Anbieterorganisationen (Frauengesundheitszentren, ÖIF) im Rahmen der Plattform sexuelle Bildung (siehe www.sexuellebildung.at/) zu entwickeln. Mittelfristig sollte an der Verankerung von sexueller Bildung in den Curricula der Lehramtsstudiengänge gearbeitet werden und es sollte eine Qualitätssicherung⁶ sowie Evaluation der Bildungsangebote zu Sexualität durch den Bund in Kooperation mit den Bildungsdirektionen auf Landesebene etabliert werden. Es braucht dafür verbindliche Regelungen und zweckgewidmete Gelder (Global Education Monitoring Report Team 2019).

Zusätzlich zur schulischen Pädagogik braucht es

- niederschwellige und kostenlose Beratungs- und Informationsangebote für alle Altersgruppen, die idealerweise in multiprofessionelle Netzwerke von Schlüsselpersonen/-organisationen (z. B. Schulärztinnen bzw. Schulärzte, Mädchen- und Frauenberatungsstellen bzw. -zentren, AIDS-Hilfe, Gynäkologinnen und Gynäkologen) für gendersensible sexuelle Bildung eingebettet sind,
- eine Informationsoffensive zu Fragen der sexuellen Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen (Aktionsplan Frauengesundheit, Wirkungsziel 9),
- flächendeckende und niederschwellige, kostenlose Beratungsstellen für Fragen zur sexuellen Gesundheit für Frauen aller Altersgruppen (Aktionsplan Frauengesundheit, Wirkungsziel 9),
- einen Ausbau von Onlineportalen (Aktionsplan Frauengesundheit, Wirkungsziel 9), angelehnt an das Beispiel des BZgA-Portals „Infos zu sexueller Gesundheit, Vielfalt und Safer Sex BZgA | LIEBESLEBEN“,
- eine bessere Bewerbung bzw. den Ausbau bestehender digitaler Beratungs- und Informationsangebote wie Liebe und Sexualität (feel-ok.at), Sexualität - 147 Rat auf Draht und Sexgesund – Die Online-Plattform für alle Fragen zur sexuellen Gesundheit.

⁶ siehe Maßnahme 18: Qualitätskriterien für Institutionen im Bereich sexueller Bildung entwickeln im Aktionsplan Frauengesundheit

Die Grundlage für Programme zu sexueller Bildung sollten stets Bedarfe und Bedürfnisse von Frauen und Mädchen sein. Im Sinne von Intersektionalität muss auf besondere Bedürfnisse geachtet werden, welche beispielsweise Frauen und Mädchen mit Behinderung, wohnungslose Frauen und Mädchen sowie Frauen und Mädchen mit Migrations- oder Fluchterfahrung mitbringen können (UNPF 2021). Hier braucht es spezifische bedürfnis- und zielgruppenorientierte Angebote.

Sexuelle Bildung von Mädchen und Frauen bedarf in allen Lebensphasen eines positiven Zugangs zu weiblichen Sexualitäten. Besonders zentral erscheint dabei die Vermittlung eines positiven Körperbezugs und eines positiven Zugangs zu weiblicher Lust und sexueller Vielfalt. Angebote sexueller Bildung sollten darüber hinaus nicht nur im Jugendalter und in der Schule stattfinden, sondern sich auf alle Lebensphasen beziehen. Hier fehlen Angebote für Frauen im Erwerbsalter sowie für ältere und alte Frauen.

Ausgewählte Best-Practice-Beispiele zur sexuellen Bildung von Mädchen

- Kinderbuch: Lina, die Entdeckerin (Schönborn-Hotter et al. 2020)
- Anatomisch korrekte Darstellung der Klitoris (Frauengesundheitszentrum 2022)

5.3.1.3 Safer Sex und sexuell übertragbare Krankheiten

Ein Bestandteil sexueller Gesundheit ist die Vermeidung unerwünschter oder negativer Konsequenzen sexueller Aktivitäten. So wurde auch im österreichischen Aktionsplan Frauengesundheit ein niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln sowie die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch in allen Bundesländern gefordert.

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

Neben Schwangerschaftsverhütung (siehe auch Kapitel 5.3.5) ist die Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten eine wesentliche Voraussetzung für eine selbstbestimmte Sexualität von Mädchen und Frauen.

Frauen infizieren sich aufgrund ihrer Lebens- und Verhaltensweisen häufig mit sexuell übertragbaren Krankheiten, dabei tragen sie ein erhöhtes Risiko durch verzögerte Diagnosen, da die meisten Infektionen asymptomatisch verlaufen. Unbehandelte Infektionen erhöhen das Mortalitäts- und Krankheitsrisiko. Weiters sind die meisten Fälle von Eileiterunfruchtbarkeit auf unbehandelte sexuell übertragbare Krankheiten, insbesondere Chlamydia trachomatis und Neisseria Gonorrhoeae, zurückzuführen, die entlang des Fortpflanzungstrakts aufsteigen und Eileiterentzündungen und Schäden verursachen können (Tsevat et al. 2017).

Ein Beispiel für ein erhöhtes Risiko für Frauen, infolge von Infektionen schwerwiegend zu erkranken, sind Humane Papillomaviren (HPV). In den meisten Fällen hat eine HPV-Infektion keine gesundheitlichen Auswirkungen, da das Immunsystem das Virus erfolgreich abwehrt. Einige HPV-Typen können Kondylome (sog. Feigwarzen im Genitalbereich) verursachen. Vergleichsweise selten entwickeln sich daraus Krebszellen. Seit Jahrzehnten wird im Rahmen des gynäkologischen Früherkennungsprogramms eine Abstrich-Untersuchung des Gebärmutterhalses (PAP-Abstrich) durchgeführt. Damit können viele nichtinvasive Frühstadien erkannt werden, sodass es einen erheblichen Rückgang invasiver Zervixkarzinome seit den 1970er-Jahren gibt. Entsprechend ist auch die Mortalität deutlich gesunken. Überdies ist seit 2014 auf Empfehlung des Nationalen Impfgremiums die HPV-Impfung im kostenfreien Schulimpfprogramm für Mädchen und Burschen der 4. Schulklassen (im 10. Lebensjahr) enthalten (BMG 2015). In Ländern mit hoher Durchimpfungsrate gab es einen starken Rückgang von Anogenitalwarzen. Dies lässt Rückschlüsse auf eine sinkende HPV-Prävalenz bei hoher Durchimpfung zu (Tyros et al. 2020). Nach einem Beschluss der Zielsteuerung Gesundheit (Bund, Länder, Sozialversicherung) im November 2022 wird in Österreich die HPV-Impfung ab dem Jahr 2023 bis zum 21. Lebensjahr kostenlos angeboten werden.

Im Sinne einer selbstbestimmten und gesunden Sexualität sollten Informationen zu Safer Sex, Möglichkeiten zur Krankheitsverhütung sowie regelmäßige Tests auf sexuell übertragene Krankheiten niederschwellig ermöglicht werden.

Sexdienstleister:innen sind verpflichtet, sich vor Beginn der Tätigkeit (Eingangsuntersuchung) sowie regelmäßig im Abstand von sechs Wochen (Kontrolluntersuchung) einer arztärztlichen Untersuchung auf das Freisein von Geschlechtskrankheiten zu unterziehen. Eine gynäkologische Untersuchung ist dabei nicht vorgesehen. Ebenso bedarf es vor Aufnahme der Tätigkeit und periodisch wiederkehrend – mindestens alle drei Monate – einer Untersuchung auf das Vorliegen einer HIV- und Syphilisinfektion. Das Freisein von Geschlechtskrankheiten und von einer HIV- und Syphilisinfektion wird in der amtlichen Gesundheitskarte bestätigt.

5.3.2 Menstruationsgesundheit

Menstruationsgesundheit umfasst sowohl den medizinischen Umgang mit Menstruation als auch psychosoziale, gesellschaftliche und systemische Faktoren, die mit der Menstruation bzw. dem weiblichen Zyklus im Zusammenhang stehen und die Gesundheit beeinflussen (Hennegan et al. 2019).

Menstruation ist nach wie vor ein tabuisiertes und stigmatisiertes Thema in der Gesellschaft (Johnston-Robledo/Chrisler 2020). Dies führt zu sozial konstruierten Mythen sowie zu einer negativen Einstellung und vielfach sogar Pathologisierung eines natürlichen körperlichen Prozesses bei Frauen und Mädchen (Johnston-Robledo/Chrisler 2020; UNESCO 2014). Trotz des starken gesellschaftlichen Fokus auf negative Auswirkungen von Zyklus und Menstruation werden Betroffene, die beispielsweise aufgrund von Endometriose an starken Regelbeschwerden leiden, häufig nicht ernstgenommen und lange nicht richtig diagnostiziert und behandelt [gesundheitsinformation.de](https://www.gesundheitsinformation.de) (2022b), nähere Informationen siehe Kapitel 5.3.4.4).

Einer Umfrage mit 1.109 11- bis 18-Jährigen (684 Mädchen, 425 Jungen) in Österreich zufolge ist für 60 von 100 der Mädchen die Menstruation etwas, dem sie negativ gegenüberstehen (erdbeerwoche GmbH 2017). Das Menstruationsstigma kann so weit gehen, dass Mädchen Übergriffen von Klassenkollegen ausgesetzt sind, die sie als menstruierend bloßstellen (Höfing-Hampel 2010S. 92).

Repräsentative Zahlen aus Deutschland zeigen, dass im Jahr 2019 53 Prozent der Mädchen im Alter von 12 Jahren oder jünger ihre erste Regelblutung (Menarche) hatten und 84 Prozent der Mädchen mit 13 Jahren oder jünger (BZgA 2022b). Für Zyklusstörungen und Menstruationsbeschwerden haben sich in der medizinischen Praxis eigene Krankheitsbilder/Diagnosen etabliert ([gesundheitsinformation.de](https://www.gesundheitsinformation.de) 2022c). Für Österreich sind dazu stationäre Daten verfügbar (siehe Tabelle 4). Frauen und Mädchen berichten häufig von Menstruationsbeschwerden. Es gibt dazu jedoch in Österreich keine regelmäßigen repräsentativen Studien.

In der HBSC-Studie zur Gesundheit von Jugendlichen wird zwar eine höhere Beschwerdelast bei Mädchen, z. B. was Bauch- oder Kopfschmerzen betrifft, festgestellt, allerdings sind darin Menstruationsbeschwerden nicht gesondert ausgewiesen (BMASGK 2018c). In einer Umfrage gaben im Jahr 2020 77 von 100

(N = 11.230) Mädchen und junge Frauen an, unter Menstruationsschmerzen⁷ bzw. 98 Prozent (N = 2.165; 65 % unter 26-Jährige), unter Menstruationsbeschwerden zu leiden (erdbeerwoche GmbH 2020). Eine Umfrage mit Mädchen aus dem Jahr 2017 (n = 684) bestätigt das Bild: 88 Prozent berichten von Menstruationsbeschwerden (erdbeerwoche GmbH 2017). In einer holländischen Studie mit über 42.000 Frauen betrug die Prävalenz von Regelschmerzen 85 Prozent, von begleitenden psychischen Verstimmungen 77 Prozent und von Müdigkeit 71 Prozent (Schoep et al. 2019).

Das Prämenstruelle Syndrom beschreibt Beschwerden vor der Menstruation. Etwa 20 bis 40 Prozent aller Mädchen und Frauen haben mehrere stärker ausgeprägte PMS-Beschwerden, die sie im Alltag spürbar belasten (gesundheitsinformation.de 2022a). Bei einem starken PMS mit deutlichem Einfluss auf die Psyche – zum Beispiel in Form von Depressivität und Angstgefühlen – wird von einer prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS) gesprochen. Die Zahlen zur Prävalenz von PMS und PMDS schwanken stark, je nachdem, welche Diagnosekriterien zugrunde gelegt werden (Offman/Kleinplatz 2004; Society for Menstrual Cycle Research 2011).

Menstruationsbeschwerden führen zu beruflichen sowie sozialen Einschränkungen (Schoep et al. 2019), einer niedrigeren Lebensqualität (Zięba et al. 2013) und einem weniger aktiven Lebensstil (Prince/Annison 2022). Mangelndes Wissen über Menstruation sowie eine unangemessene medizinische Versorgung verstärken die Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit Menstruationsbeschwerden (Kotowska et al. 2021; Randhawa et al. 2021; Rubinsky et al. 2020).

Der Zugang zu Wissen über Menstruation ist stark vom sozialen Umfeld und dem Zugang zu Bildung abhängig. 70 Prozent der Mädchen der deutschen Studie zur Jugendsexualität geben an, dass sie auf die erste Regel vorbereitet waren, und 23 Prozent, dass sie schon einmal etwas von der Menarche gehört hatten. 7 Prozent waren völlig unvorbereitet. Mädchen mit Migrationshintergrund, insbesondere mit muslimischer Religionszugehörigkeit, sind weniger gut vorbereitet. Befragte mit höherer Schulbildung haben eine größere Chance, rechtzeitig umfassende Aufklärung über die Menstruation zu erhalten (BZgA 2022b). Auch eine Umfrage aus Österreich ortet Wissensdefizite: 17 Prozent der Mädchen wissen nicht, was

⁷ Als medizinische Diagnose für starke Regelschmerzen wird der Begriff „Dysmenorrhö“ verwendet (<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sexualorgane/weibliche-hormone-zyklus/dysmenorrhoe.html>).

Menstruation eigentlich bedeutet (erdbeerwoche GmbH 2017). In einer Umfrage im UK zu Frauengesundheit geben sogar nur 14 Prozent der 25- bis 29-Jährigen an, dass sie genug Informationen über „menstrual wellbeing“ haben (GOV.UK 2022).

Dies ist insofern bedeutsam, als negative erste Menarche-Erfahrungen sich auch auf spätere Einstellungen zum Zyklus, z. B. in Form von Scham- und Angstgefühlen rund um die Menstruation, und damit auf die reproduktive Gesundheit, z. B. auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, von Frauen auswirken könnten (Diaz et al. 2006).

Menstruationsgesundheit betrifft neben dem Zugang zu Wissen auch einen leistbaren und niederschweligen Zugang zu Menstruationsartikeln (Stadt Wien 2022b). Die Kosten für Menstruationsartikel können bis zu 70 Euro im Jahr für eine stark menstruierende Frau (sieben Tage) betragen (Nora Laufer (2019)). Das sind Zusatzkosten, die für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen nicht leistbar sind (Plan International 2021). Frauen, die sich Menstruationsartikel nur schwer leisten können, berichten von größeren mentalen Beschwerden (Cardoso et al. 2021). In Österreich gilt seit 1. Jänner 2021 ein verminderter Steuersatz von 10 Prozent auf Monatshygieneartikel (vorher waren es 20 Prozent), sie sind damit als Produkte des täglichen Bedarfs eingestuft.

Ausgewählte Best-Practice-Beispiele zur Menstruationsgesundheit in Österreich

- Pilotprojekt „Rote Box“ der Stadt Wien Frauengesundheit und des Frauenservice Wien in Zusammenarbeit mit dem Bezirk Brigittenau: An vier Standorten im 20. Bezirk gibt es kostenlos Binden und Tampons zur freien Entnahme: <https://rote-box.wien.gv.at/>.
- Projekt Selbstwert: In diesem Projekt wurden im Rahmen von Workshops und Beratungen kostenlose Goodie Bags mit Menstruationsartikeln an Mädchen und junge Frauen verteilt. (Frauengesundheitszentrum 2022b)
- READY FOR RED – eine interaktive Lernplattform für Jugendliche und Pädagoginnen und Pädagogen, aber auch interessierte Menschen aller Geschlechter: www.ready-for-red.at/start/

Für einen positiven, ressourcenorientierten Zugang zu Menstruationsgesundheit braucht es strukturelle, österreichweite Maßnahmen, die einen gesunden und selbstbestimmten Umgang mit der Menstruation fördern. Konkrete Maßnahmen sind das kostenlose Zurverfü-

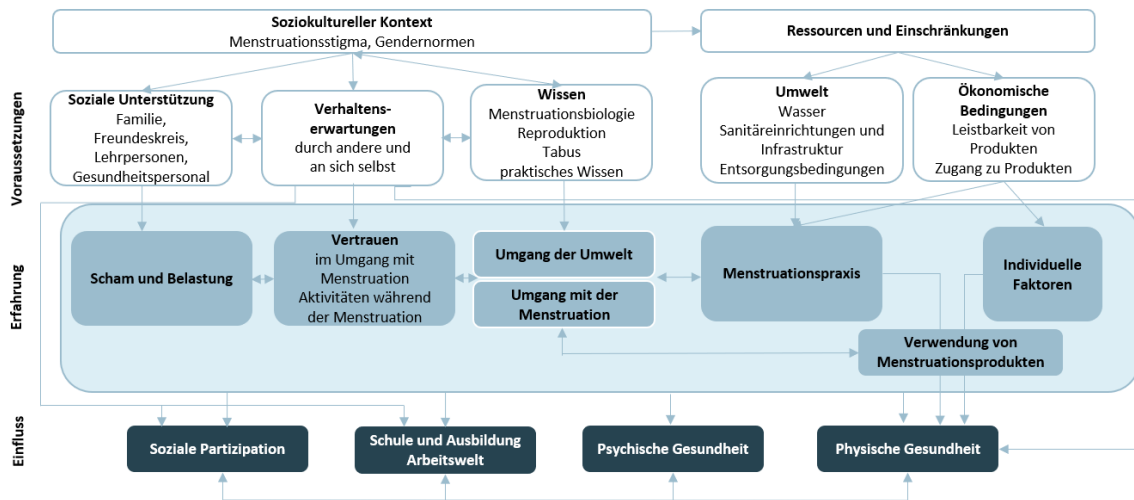
gungstellen von Menstruationsartikeln auf öffentlichen Toiletten, Möglichkeiten zur Händehygiene, Orte zum Ausruhen an Arbeits- und Ausbildungsplätzen sowie das Angebot guter Gesundheitsinformation und Austauschangebote, damit Frauen und Mädchen informierte Entscheidungen zu ihrer Gesundheit treffen können (Stadt Wien 2022b).

Grundlage für nächste Schritte sollten einerseits die bestehende, im Bericht aufgezeigte Datenlage sein sowie neue repräsentative Studien über menstruierende Frauen und Mädchen in Österreich. Items zu Menstruation und Menstruationsbeschwerden sollten in der HBSC-Studie und in Gesundheitsbefragungen aufgenommen werden. Es fehlt vor allem eine ressourcenorientierte Erhebung, die einen ganzheitlichen Blick auf Erlebnisse und den Umgang mit dem Zyklus von Frauen und Mädchen wirft und nicht über eine reine Fokussierung auf Beschwerden zu einer weiteren Stigmatisierung und Pathologisierung von Menstruation beiträgt (siehe z. B. auch Befunde zum Menstrual Attitude Questionnaire und Menstrual Joy Questionnaire Aubeeluck/Maguire 2002; Stadt Wien 2022b). Zudem braucht es im Sinne einer Health-in-All-Policies-Strategie zum Thema Menstruation Anstrengungen der Bildungs- und Gesundheitsressorts auf Bundes- und Landesebene, um einen niederschweligen Zugang zu Bildung über Menstruation sowie zu Menstruationsartikeln zu schaffen. Vorbildhaft hierfür könnten Maßnahmen der Regierungen in Schottland und dem UK sein⁸.

Die internationale Datenlage zeigt vielfältige Einflussfaktoren auf die Menstruationsgesundheit, die v. a. auf sozialer (Bildung, Familie, Kultur) und struktureller (finanzielle Situation) Ebene angesiedelt sind. Die Studie von Hennegan et al. (2019) bildet die Zusammenhänge (u. a. im Modell, siehe Abbildung 4) mit Fokus auf Mädchen aus Ländern mit einem niedrigeren BIP gut ab (Hennegan et al. 2019). Die Faktoren spielen auch in Ländern wie Österreich eine wesentliche Rolle, um in Zukunft Menstruationsgesundheit systematisch adressieren und fördern zu können.

⁸ Im UK hat das Bildungsministerium mit Personnel Hygiene Services Limited (phs) einen Vertrag abgeschlossen, damit jede Schule dort Menstruationsartikel bestellen kann (<https://www.gov.uk/government/publications/period-products-in-schools-and-colleges/period-product-scheme-for-schools-and-colleges-in-england>). In Schottland wurde am 12. Jänner 2021 ein eigenes Programm Period Poverty (Periodenarmut) verabschiedet (<https://bjv.at/gratis-tampoons-und-binden-fuer-alle/>).

Abbildung 4: Modell Einflussfaktoren auf Menstruationsgesundheit



Quelle: Hennegan et al. (2019); Übersetzung und Darstellung: GÖG

5.3.3 Wechseljahre und Menopause

Die Wechseljahre (Klimakterium, siehe Glossar) sind ein natürlicher biopsychosozialer Prozess, dessen somatische Ebene im Wechselspiel mit soziokulturellen und gesellschaftlichen Faktoren steht. Die Wechseljahre setzen durchschnittlich mit 45 Jahren ein (IQWiG 2020). Durch die Behandlung von Erkrankungen kann die Menopause frühzeitig künstlich indiziert werden (IQWiG 2020).

Die Menopause ist Teil dieses Prozesses und nicht ein eigenständiges biologisches Ereignis (de Salis et al. 2018). Diese Phase erleben Frauen sehr unterschiedlich, geprägt von der soziokulturellen Konstruktion (Kelly 2011), die sich unterschiedlich auf die physische, mentale, soziale und sexuelle Gesundheit auswirkt (Hoga et al. 2015; Newhart 2013; WHO 2022c). Frauen verbinden mit den Wechseljahren unterschiedliche Narrative wie Normalität, Belastung und Veränderung (de Salis et al. 2018). Die Wechseljahre sind in Ländern wie Österreich häufig noch negativ konnotiert und werden stereotypisiert, was v. a. mit der Abwertung von Alterungsprozessen einhergeht (Voicu 2018). Auch die Teilnehmerinnen der Wiener Frauenbefragung berichten, dass das Thema „Menopause“ als stigmatisiert und tabuisiert empfunden wird (Stadt Wien 2022b).

Seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die Menopause als eine hormondefizitäre Krankheit pathologisiert (Newhart 2013). Studien zeigen, dass die Menopause als eine Phase mit Verlusten und Zugewinnen erlebt wird (de Salis et al. 2018; Hoga et al. 2015).

Hinweise auf Einstellungen gegenüber der Menopause gibt eine Onlinebefragung (N = 630) des Frauengesundheitszentrums Salzburg. Frauen, die noch nicht im Wechsel sind, stellen sich die Menopause als „beschwerdevolle Umstellung“ vor (28 %). Beschwerden erleben jedoch nur 6 Prozent der Frauen im Wechsel. Die Ansicht, dass Wechseljahre eine Befreiung für Frauen darstellen, dominiert bei älteren Frauen (ISIS 2013). Dass die Menopause als normaler, natürlicher Prozess erlebt wird, bestätigt auch eine UK-Studie (de Salis et al. 2018). Interviewte Frauen (n = 48) erzählen, wie wichtig es sei, die Symptome frei vom vorherrschenden negativ besetzten Narrativ (z. B. Bilder von Fruchtbarkeitsverlust, sexueller Niedergang) zu sehen. Das unterstützt eine positive Transformation des Selbst und kann Ausgangspunkt für eine Neugestaltung des Lebens sein, was wiederum die Gesundheit positiv beeinflussen kann (de Salis et al. 2018).

Die Umfrage „Frauengesundheit – Lasst uns darüber reden“ (eng. Women's Health – Let's talk about it) im UK zeigte, dass nur 6 Prozent der Befragten zwischen 25 und 29 Jahren bzw. zwischen 30 und 39 Jahrenangaben, ausreichend Informationen über die Menopause zu haben. In der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen waren es 7 Prozent und bei den ab 70-Jährigen 33 Prozent der Befragten (GOV.UK 2022). Repräsentative Daten zu den Wechseljahren und zur Menopause in Österreich gibt es nicht.

Die hormonellen Veränderungen (Wechseljahre, siehe Glossar) lösen häufig Hitzewallungen und Schweißausbrüche sowie Veränderungen der Vulvaschleimhaut aus, die oft weniger Feuchtigkeit produziert (Thurston/Joffe 2011). Studien weisen darauf hin, dass die Symptome gemeinsam mit Nervosität und Angst auftreten können, was sich negativ auf das allgemeine psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität auswirken kann (Newhart 2013). Gleichzeitig zeigt sich, dass die Stärkung psychischer Ressourcen den Umgang mit den Wechseljahren positiv beeinflusst (Newhart 2013). Wechselwirkungen zwischen den Symptomen und Schlaflosigkeit sind nicht kausal. Symptome wie Müdigkeit treten als Folge von Hitzewallungen auf (Hoga et al. 2015).

Auf biologischer Ebene verringert der Körper die Produktion des Östrogens. Der Eisprung wird seltener, charakterisiert durch eine unregelmäßigere und schwächere Menstruation. Die letzte Blutung wird als Menopause bezeichnet, ab dann ist eine Frau nicht mehr fruchtbar.

Frauen, die von Gewalt und einer schwierigen psychischen Situation berichten, erleben die Wechseljahre belastender als Frauen ohne diese Erfahrungen. Frauen in einer niedrigeren

sozioökonomischen Position berichten häufiger von Hitzewallungen und Schweißausbrüchen als Frauen in einer höheren sozioökonomischen Position (Thurston/Joffe 2011). Symptome können durch verschiedene Mittel wie u. a. mit Hormontherapien gelindert werden (IQWiG 2020). Laut der Umfrage in Salzburg werden zur Linderung der Symptome am häufigsten pflanzliche Präparate, gefolgt von Hormonersatztherapie und alternativen Heilmethoden angewendet (ISIS 2013).

Durch die Medikalisierung dieser Lebensphase steigt für Frauen das Risiko, schneller Eingriffe wie Gebärmutterentfernungen bei gutartigen Erkrankungen durchführen zu lassen, was zu einer Überversorgung führen kann. Die meisten Gebärmutterentfernungen in Deutschland werden im Alter zwischen 40 und 49 Jahren durchgeführt (46,7 %), 28,1 Prozent der Patientinnen waren über 50 Jahre alt. In 30,2 Prozent aller Fälle wurde die Gebärmutter nach der Menopause entfernt, 87,7 Prozent dieser Eingriffe erfolgten aufgrund einer gutartigen Erkrankung (RKI 2014).

Die Evidenz zeigt, dass die Förderung eines selbstbestimmten Umgangs, die Bereitstellung eines niederschweligen Zugangs zu notwendigen Informationen und Kommunikationsmöglichkeiten mit anderen Frauen, aber auch mit Fachpersonal zentral sind, damit sich Frauen in den Wechseljahren gut begleitet fühlen. Darüber hinaus gilt es, Mythen über die Menopause (z. B. sinkende sexuelle Lust, Leistungsfähigkeit) aufzuklären und sie zu enttabuisieren (Newhart 2013). Dazu bedarf es einer fokussierten Behandlung der Wechseljahre und der Menopause in der Ausbildung von Gesundheitsberufen und in Sensibilisierungskampagnen für die gesamte Bevölkerung (WHO 2022c).

Broschüren, Beratung und Begleitung in den Wechseljahren, die eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung in Hinblick auf den Umgang mit Symptomen, aber auch mit Ängsten und Mythen unterstützen, gilt es in Zukunft noch stärker zu bewerben (Netzwerk Frauenberatung 2022) bzw. sind niederschwellig zugängliche Austauschräume für Menschen, die sich für Menopause interessieren, zu schaffen und es ist zu einer Enttabuisierung beizutragen. Ein Konzept, das im UK bereits flächendeckend besteht und auch in Österreich schon vereinzelt umgesetzt wird, sind die Menopausen-Cafés (Weiss 2020).

5.3.4 Gynäkologische Versorgung

Eine flächendeckende und bedarfsorientierte gynäkologische Versorgung gehört für Mädchen und Frauen zur medizinischen Grundversorgung, damit sie ihr Leben in Gesundheit verbringen können. Im folgenden Kapitel werden die Inanspruchnahme gynäkologischer

Vorsorgeangebote durch Mädchen und Frauen in Österreich, stationäre Daten gynäkologischer Krankheitsbilder sowie die Verschreibungspraxis bei hormoneller Verhütung behandelt.

5.3.4.1 Allgemeine Inanspruchnahme gynäkologischer Vor- und Versorgung

Die Österreichische Gesundheitsbefragung zeigt, dass Frauen wesentlich häufiger allgemeine fachärztliche Behandlungen in Anspruch nehmen als Männer (84,5 % vs. 64,2 %). Sozioökonomische Unterschiede können aus der vorhandenen Datenbasis nicht abgeleitet werden. Für eine gezieltere Information und Ansprache der Frauen und Mädchen wären Daten in Hinblick auf solche Unterschiede höchst relevant. In Hinblick auf die Zufriedenheit mit den Leistungen zeigt sich eine höhere Zufriedenheit bei Männern als bei Frauen (65,5 % bzw. 57,8 %). Vor allem Frauen im Alter zwischen 45 und 59 Jahren antworteten in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Qualität der medizinischen Versorgung öfter mit „ausreichend“ oder „schlecht“ (17,3 %) (Klimont, Jeanette 2020).

Jede zweite Frau (56,4 %) suchte im Jahr vor der Befragung (2019) eine gynäkologische Praxis auf, bei den 15- bis 44-Jährigen waren es mit 68 Prozent am meisten (Klimont, Jeanette 2020 S. 80). Daten zu jungen Frauen und Mädchen liefert die BZgA-Studie zur Jugendsexualität. 36 Prozent der 14- bis 17-Jährigen haben noch nie eine gynäkologische Praxis aufgesucht, bei den 18- bis 25-Jährigen sind es 4 Prozent. Bei ihrem ersten Besuch⁹ waren die Befragten durchschnittlich 15 Jahre alt, im Jahr 2014 lag das Durchschnittsalter noch bei 13,1 Jahren. Häufigstes Motiv, eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufzusuchen, ist Verhütung, an zweiter Stelle folgt Menstruation (insbesondere aufgrund von Unterleibschmerzen) (BZgA 2022e).

Im Jahr 2020 gibt es in Österreich 861 vollzeitäquivalente Ärztinnen und Ärzte im Fachbereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe – 2010 waren es noch 764. Im niedergelassenen Bereich sind es 530 – davon sind 74 Prozent Kassenärztinnen und Kassenärzte. Während in dicht besiedelten Regionen sowie in kleineren Städten nur in etwa jede vierte Ärztin bzw. jeder vierte Arzt im niedergelassenen Bereich eine

⁹ Der Erstbesuch einer gynäkologischen Praxis ist für jene Mädchen und jungen Frauen schwieriger, die nicht offen über Themen der sexuellen Gesundheit im Elternhaus sprechen, den eigenen Körper schlecht bis gar nicht akzeptieren und ihren Wissensstand zu sexuellen Gesundheitsthemen als unzureichend einschätzen (siehe Forschung Sexualaufklärung: Im Fokus: Frauenärztinnen und Frauenärzte; (forschung.sexualaufklärung 2022)).

Wahlarztpraxis hat, ist es in ländlichen Regionen bereits jede:r zweite. Seit 2010 steigt der Anteil der Wahlärztinnen und Wahlärzte insbesondere in ländlichen Regionen, während es immer weniger Kassenärztinnen und Kassenärzte gibt¹⁰ (Regiomed 2020).

Positive Beispiele für das Füllen der Versorgungslücken ist beispielsweise die kassenärztliche Ambulanz im Krankenhaus in Freistadt (Oberösterreich) (Kliniksuche 2022). Diese Lösung wurde gefunden, nachdem keine Kassenarztstelle im niedergelassenen Bereich besetzt werden konnte.

5.3.4.2 Stationäre Daten gynäkologischer Erkrankungen

Für Österreich stehen Daten zu Diagnosen nach ICD-10 im stationären Bereich zur Verfügung (siehe Tabelle 4). Der Vergleich zwischen Hauptdiagnosen (HD) und Nebendiagnosen (HuND) zeigt, dass „Nichtentzündliche Erkrankungen des Genitaltraktes (N80-N98)“ und „Entzündliche Erkrankungen des Genitaltraktes“ häufig erst als Nebendiagnose diagnostiziert werden. Für beide Diagnosegruppen kann davon ausgegangen werden, dass eine hohe Dunkelziffer besteht (siehe Kapitel 5.3.4.4) und/oder die Diagnosen häufiger im ambulanten als im stationären Setting gestellt werden (siehe Kapitel 5.3.2).

Bei den in Tabelle 4 gelisteten Diagnosen handelt es sich um chronische Erkrankungen oder das Risiko einer Chronifizierung steigt bei verspäteter Diagnose. Unter „Entzündliche Erkrankungen des Genitaltraktes“ fallen Krankheitsbilder wie Vaginismus oder Vulvodynie¹¹. Das sind komplexe Krankheitsbilder der Vulva, die die Lebensqualität von Frauen maßgeblich beeinflussen (Fadul et al. 2019; McEvoy et al. 2021; Shallcross et al. 2018).

¹⁰ Die Definition des Grads der Urbanität findet sich in folgender Quelle: [Methodology - Degree of urbanisation - Eurostat \(europa.eu\)](#).

¹¹ Schätzungen zufolge sind 4 bis 16 Prozent von Vulvodynie betroffen (Shallcross et al. 2018).

Tabelle 4: Frauenspezifische Erkrankungen – Patientinnen in Akutkrankenanstalten, Österreich 2021

Diagnose (ICD-10)	Patientinnen (absolut; HD)	Patientinnen (pro 100.000 EW; HD)	Patientinnen (absolut; HuND)*	Patientinnen (pro 100.000 EW; HuND)*
Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (N80-N98)	38.332	833	46.241	1.004
Endometriose (N80)	2.821	63	4.887	110
Polyp des weiblichen Genitaltraktes (N84)	6.199	132	8.228	175
Menstruationsbeschwerden (exkl. Schmerz; N91-N92)	6.050	136	8.387	189
Dysmenorrhoe (N94.4-N94.6)	506	12	1.170	27
Klimakterische Störungen (N95)	3.337	67	4.445	89
Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (N70-N77)	2.365	53	4.456	98

* HD: Hauptdiagnose, HuND: Haupt- und Nebendiagnose

Limitationen: Nebendiagnosen müssen von Ärztinnen und Ärzten nicht gestellt werden, daher ist von einer Dunkelziffer bei Nebendiagnosen auszugehen.

Lesebeispiel: 2.365 Patientinnen haben eine entzündliche Krankheit der weiblichen Beckenorgane als Hauptdiagnose. Inklusive Nebendiagnose haben 4.456 Patientinnen eine entzündliche Krankheit der weiblichen Beckenorgane diagnostiziert (d. h. als Haupt- oder Nebendiagnose).

Quelle: BMSGPK: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.3.4.3 Brustkrebs- und Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge

In Österreich erkrankten im Jahr 2019 rund 19.200 Frauen an Krebs. Am häufigsten sind Frauen von der Diagnose „Bösartige Tumore der Brust bei Frauen“ betroffen; die Neuerkrankungsrate lag im Jahr 2019 bei rund 30 Prozent (n = 5.682 Frauen). Brustkrebs ist bei Frauen laut Krebserkrankungsstatistik der Statistik Austria auch die häufigste krebsbedingte Todesursache (18 % aller Krebssterbefälle bei Frauen, n = 1.643).

Alle in Österreich sozialversicherten Frauen im Alter zwischen 45 und 69 Jahren¹² können im Rahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms alle zwei Jahre eine Früherkennungs-Mammografie in Anspruch nehmen (<https://www.frueh-erkennen.at/>). Zwei Drittel der Frauen ab 45 Jahre (66,2 %) waren in den letzten zwei Jahren vor der Befragung bei einer **Mammographie**. Die Inanspruchnahme einer Mammographie steigt signifikant mit der Einkommenshöhe sowie der höchsten abgeschlossenen Schulbildung. Bei Frauen mit Migrationshintergrund sowie anhand des Urbanisierungsgrades wurden keine signifikanten Korrelationen festgestellt. Im Detail variiert die Teilnehmerate zwischen 59,9 Prozent bei Frauen mit niedrigem Haushaltseinkommen¹³ und 71,6 Prozent bei Frauen mit dem zweithöchsten Haushaltseinkommen¹⁴. Während 60 Prozent der Frauen ab 45 Jahre mit Pflichtschulabschluss eine Mammografie innerhalb der letzten beiden Jahre in Anspruch genommen haben, sind es bei Frauen mit einer abgeschlossenen Lehre bzw. berufsbildenden mittleren Schule sowie höheren Schule, Akademie oder Hochschule über 68 Prozent (altersstandardisierte Prozentwerte). (Statistik Austria 2020a)

Im Jahr 2019 waren 340 Frauen (entspricht rund 2 % aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen) von einer bösartigen Neuerkrankung des Gebärmutterhalses (Zervixkarzinom) betroffen. 146 Frauen (entspricht rund 1,7 % aller Krebssterbefälle bei Frauen) sind im Jahr 2019 daran verstorben (siehe Kapitel 4). Zur Früherkennung eines Gebärmutterhalskrebses wird ein PAP-Abstrich im Allgemeinen sowie im Rahmen der Österreichischen Vorsorgeuntersuchung für Frauen ab 18 Jahre einmal jährlich empfohlen (BMSGPK 2021c). Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 zeigte, dass 50,8 Prozent der Frauen ab 15 Jahre im Jahr vor der Befragung einen **PAP-Abstrich zur Früherkennung eines Gebärmutterhalskrebses** durchführen ließen (bzw. rund 69 Prozent in den letzten zwei Jahren). Die **Teilnahmehäufigkeit** an einem PAP-Abstrich steigt signifikant mit der **Einkommenshöhe** sowie mit der **höchsten abgeschlossenen Schulbildung** und sie sinkt signifikant bei Frauen mit **Migrationshintergrund**. Hinsichtlich des **Urbanisierungsgrades** konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme eines PAP-Abstrichs festgestellt werden. Im Detail haben 60,8 Prozent der Frauen mit einem hohen Einkommen¹⁵ im letzten Jahr vor der Befragung einen PAP-Abstrich durchführen lassen, während dies nur bei rund 45 Prozent der

¹² Darüber hinaus können auch Frauen ab 40 Jahren und Frauen ab 70 Jahren unter bestimmten Voraussetzungen an dem Programm teilnehmen. Eine diagnostische Mammografie aufgrund von Beschwerden oder bei einem Verdacht auf Brustkrebs wird nicht im Rahmen des Früherkennungsprogramms, sondern auf Überweisung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes durchgeführt.

¹³ < 60 % des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens

¹⁴ 100 % bis <150 % des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens

¹⁵ ≥150 % des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens

einkommensschwachen¹⁶ Frauen der Fall war. Das Risiko einer Nichtteilnahme ist für Frauen mit niedrigem Haushaltseinkommen fast doppelt so hoch wie für Frauen der höchsten Einkommensstufe. Weiters haben 55,1 Prozent der Frauen mit einer abgeschlossenen höheren Schule, Akademie oder Hochschule im Vergleich zu 38,4 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss einen PAP-Abstrich im Jahr vor der Befragung in Anspruch genommen. 53,6 Prozent der Österreicherinnen haben im Jahr vor der Befragung einen PAP-Abstrich machen lassen, während es nur 40,8 Prozent der Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) sowie der Türkei waren. Ebenso war die Wahrscheinlichkeit für Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 im Vergleich zu Österreicherinnen signifikant höher, dass sie keinen PAP-Abstrich durchführen lassen (altersstandardisierte Prozentwerte). (Statistik Austria 2020a)

Neben der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs gibt es die HPV-Impfung, um das Risiko für Gebärmutterhalskrebs, Krebs im Genitalbereich (Vulva, Penis, Anus etc.) und im Mund-Rachen-Raum sowie Krebsvorstufen und ansteckende Genitalwarzen zu reduzieren. Humane Papillomaviren (HPV) sind weltweit verbreitet, von Erkrankungen durch HPV sind Mädchen und Frauen sowie Buben und Männer betroffen (siehe Kapitel 5.3.1.3). Die **HPV-Impfung** wird für Personen beiderlei Geschlechts bis zum vollendeten 30. Lebensjahr generell empfohlen, kann aber auch danach noch sinnvoll sein. Bis Oktober 2022 war die HPV-Impfung im kostenfreien Kinderimpfprogramm für alle Mädchen und Buben ab dem vollendeten 9. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr enthalten. Für Jugendliche vom vollendeten 12. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Impfung zu einem vergünstigten Selbstkostenpreis verfügbar. (BMSGPK 2022b) Nach einem Beschluss der Zielsteuerung Gesundheit (Bund, Länder, Sozialversicherung) im November 2022 wird in Österreich die HPV-Impfung ab dem Jahr 2023 bis zum 21. Lebensjahr für Mädchen und Burschen kostenlos angeboten werden.

Die **HPV-Durchimpfungsrate** wird in Österreich nicht einheitlich dokumentiert. Regional gesicherte Durchimpfungsraten liegen bei rund 30 Prozent, Schätzungen für ganz Österreich belaufen sich auf ca. 50 Prozent. Durch die COVID-19-Pandemie hat sich die geringe Durchimpfungsrate vermutlich noch weiter reduziert. Impfquoten sind generell gesunken, da Termine für Routine- und Auffrischungsimpfungen während der Pandemie nicht gemäß den

¹⁶ < 60 % sowie 60 % bis < 80 % des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens

Empfehlungen des Impfplans in Anspruch genommen wurden. (Ärzttekammer 2022; HPV-Allianz 2022)

Nach einem Beschluss der Zielsteuerung Gesundheit (Bund, Länder, Sozialversicherung) im November 2022 wird in Österreich die HPV-Impfung ab dem Jahr 2023 bis zum 21. Lebensjahr für Mädchen und Burschen kostenlos angeboten werden.

5.3.4.4 Endometriose

Endometriose (siehe Glossar) ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen bei Frauen im reproduktiven Alter (es wird von ca. 10 %¹⁷ der Frauen im reproduktiven Alter ausgegangen) (WHO 2021b). Genaue Zahlen liegen nicht vor. In Österreich ist die Datenlage unzureichend. Laut Schätzungen leben zwischen 120.000 und 300.000 österreichische Frauen und Mädchen mit Endometriose, die Dunkelziffer ist hoch (Medizinische Universität Wien 2019). Stationäre Daten zeigen, dass Endometriose meist als Nebendiagnose diagnostiziert wird (siehe Tabelle 4). Endometriose wird im Durchschnitt erst sieben bis neun Jahre verspätet diagnostiziert, oft erst bei unerfülltem Kinderwunsch (IQWiG 2021; Medizinische Universität Wien 2019). Je länger die Erkrankung unbehandelt bleibt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen unfruchtbar werden (Warzecha et al. 2020).

Die Symptome der Endometriose stehen im Zusammenhang mit Depressionen und einer schlechteren Lebensqualität (Engel et al. 2015; Facchin et al. 2015; Warzecha et al. 2020). Die Beschwerden wirken sich negativ auf alle Lebensbereiche (soziales Leben, Partnerschaft, Arbeit, Schule) aus (Mechsner 2022; Missmer et al. 2021).

¹⁷ Dennoch ist Endometriose eine in der Bevölkerung eher unbekanntere Erkrankung (Mechsner 2021), obwohl sie ähnlich häufig vorkommt wie Diabetes mellitus Typ II (Lebenszeitprävalenz von ca. 11 %) (Schmidt et al. 2021).

Bei der Diagnosestellung ist eine ausführliche Schmerzanamnese zentral (ESHRE 2022). Um Endometriose adäquat behandeln zu können, braucht es ein individuell abgestimmtes Therapiekonzept, das die Lebensrealität und die Bedürfnisse der Frauen und Mädchen berücksichtigt (ESHRE 2022; IQWiG 2021).

Ziel einer qualitätsgesicherten, flächendeckenden Endometriose-Versorgung ist es, möglichst vielen erkrankten Frauen und Mädchen zu ermöglichen, in zertifizierten, interdisziplinären Einrichtungen nach Standards (inter-)nationaler Leitlinien behandelt zu werden (DGGG 2019). In Österreich werden Endometriose-Zentren und -Praxen über EuroEndoCert im Auftrag der Stiftung Endometriose-Forschung (SEF) und der Europäischen Endometriose-Liga (EEL) zertifiziert (EVA 2022). Es braucht dahingehend den Ausbau von kassenfinanzierten Endometriose-Praxen. Eine weitere wichtige Säule sind Rehabilitationsangebote, um eine gute Nachsorge nach Operationen zu gewährleisten.

Eine gute Kooperation der Einrichtungen des Gesundheitswesens mit finanziell unabhängigen Selbsthilfegruppen und kostenlosen psychosozialen, arbeits- und sozialrechtlichen Beratungsangeboten ist für Betroffene unerlässlich, da Endometriose alle Lebensbereiche beeinflussen kann. Kostenlose, gute Gesundheitsinformation und Entscheidungshilfen (IQWiG 2021), die eine informierte Entscheidung in Hinblick auf Behandlungsmöglichkeiten unterstützen, sind nötig, damit Frauen und Mädchen selbstbestimmt mit ihrer Erkrankung umgehen können (Schader/Gallé 2021).

Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen für Mädchen, Frauen und Berufsgruppen im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich (insbesondere im Fachbereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe) zu Menstruationsbeschwerden und Endometriose sollen mit Versorgungsforschung und Forschung zu Ursachen, Diagnose, Behandlung und zu komplementären Behandlungsansätzen bei Endometriose einhergehen. Die Partizipation der von Endometriose Betroffenen ist bei der Erstellung von guter Gesundheitsinformation, Aus- und Weiterbildungskonzepten, Beratungskonzepten sowie Behandlungsleitlinien höchst relevant, um bedürfnis- und bedarfsorientierte und somit effektive Behandlungen sicherzustellen.

5.3.4.5 Verschreibungspraxis bei hormonellen Verhütungsmitteln

Die Kosten der hormonellen Verhütungsmittel (orale Kontrazeptiva, Dreimonatsspritze, Vaginalring/Verhütungsring, Hormonspirale, Hormonimplantat/Hormonstäbchen, Verhü-

tungspflaster) werden von den Krankenversicherungsträgern nicht übernommen und müssen privat gezahlt werden. Die Höhe der Kosten variiert je nach gewähltem Verhütungsmittel bzw. je nach Präparat (z. B. 4 bis 15 Euro pro Monat für eine Antibabypillen-Packung, 500 Euro für eine 5-Jahres-Hormonspirale inkl. Einsetzen und Entfernen). (gesundheit.gv.at 2022f) Die zum Teil hohen Kosten können den Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln für Mädchen und Frauen erschweren.

Begründet wird die mangelnde Erstattungsfähigkeit damit, dass Arzneimittel zur Empfängnisverhütung den Eintritt einer Schwangerschaft verhindern und daher nicht der Therapie einer Krankheit (im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG) oder zur Krankenbehandlung (im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG) dienen.¹⁸ (Pharmig 2022)

Die repräsentative Umfrage im Rahmen des österreichischen Verhütungsreports 2019 (Fiala/Parzer 2019) zeigt bei den Befragten einen **Rückgang hormoneller Verhütungsmethoden** in den letzten zehn Jahren. Während im Jahr 2012 noch 60 Prozent der Befragten hormonell verhüteten, waren es 2015 57 Prozent und 2018 nur noch 48 Prozent (davon 34 Prozent mit Pille, 6 Prozent mit Hormonspirale, 4 Prozent mit Dreimonatsspritze, 2 Prozent mit Verhütungsring und jeweils 1 Prozent mit Verhütungspflaster bzw. Hormonstäbchen). Zeitgleich kam es nur zu einer geringen Zunahme an wirksamen hormonfreien Methoden (z. B. Kupferspirale, Sterilisation). Die befragten Frauen und Männer wünschen sich – unabhängig von Alter, Bildungsstand und Geburtsland – einen kostenlosen Zugang zur Verhütung, mehr Verhütungsmethoden für Männer, mehr öffentliche Informationen über Verhütung sowie mehr Verhütungsberatung durch Ärztinnen und Ärzte. Demnach würden 56 Prozent der befragten Frauen auf eine Langzeitmethode (wie z. B. Kupferspirale, Hormonspirale, Hormonstäbchen/-implantat) umsteigen, wenn die Kosten übernommen werden. (Fiala/Parzer 2019)

Die sexuell aktiven Schüler:innen nutzen lt. HBSC-Studie das Kondom am häufigsten zur Verhütung. Bei rund 33 Prozent wird ausschließlich das Kondom benutzt, bei 31 Prozent in

¹⁸ Eine Ausnahme bilden jene Verhütungsmittel, für die eine medizinische Indikation vorliegt und eine chefärztliche Bewilligung erfolgt ist. In diesen Fällen werden die Kosten vom Krankenversicherungsträger übernommen. [Anfragenbeantwortung Parlamentarische Anfrage 2011](#)

Kombination mit der Antibabypille. Rund 11 Prozent der sexuell aktiven Schüler:innen haben beim letzten Sexualverkehr nicht oder mit einer anderen Methode verhütet¹⁹.

Ausgewählte Best-Practice-Beispiele zur Verschreibungspraxis bei hormonellen Verhütungsmitteln

- Modellprojekt biko - Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung (<https://www.profamilia.de/ueber-pro-familia/projekte-und-kampagnen/biko>, Modellprojekt für 30 Monate unter Beteiligung von Beratungsstellen der pro familia in Teilen Deutschlands; niedrigschwelliger Zugang zu verschreibungspflichtigen, sicheren und gut verträglichen Verhütungsmitteln für Frauen, die wenig Geld haben; freiwillige und umfassende Beratung zum Thema Verhütung inkl. Videodolmetsch-Angebot)
- Kostenfreie hormonelle Verhütung für Frauen unter 25 Jahren in Frankreich

5.3.5 Reproduktive Selbstbestimmung

Das ICPD (International Conference of Population and Development) Programme of Action definiert reproduktive Gesundheit allgemein als einen Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Beschwerden oder Erkrankungen, die das Fortpflanzungssystem und seine Funktionen betreffen (UNFPA 2021b). Für die Praxis bedeutet das

- freie Entscheidung über das eigene reproduktive Leben und die Verhütungsmittel,
- freie und selbstbestimmte Entscheidung über Familienplanung und Anzahl der Kinder,
- Zugang zu Aufklärungsprogrammen,
- Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung und Beratung sowie ein Leben frei von sexuellem Zwang, geprägt von sexueller Gesundheit (siehe Kapitel 5.3.1.1).

¹⁹ Eine genaue Differenzierung nach den Antwortmöglichkeiten „keine Verhütung“ bzw. „andere Verhütungsmethode“ ist nicht verfügbar. Bei der letzten Erhebung aus dem Jahr 2015 haben rund zwei Drittel der sexuell aktiven Jugendlichen nicht verhütet und ein Drittel hat eine andere Verhütungsmethode verwendet.

5.3.5.1 Kinderwunsch – kein Kinderwunsch – unerfüllter Kinderwunsch

Laut Statistik Austria lag die durchschnittliche gewünschte Kinderzahl der 20- bis 44-jährigen Frauen im 3. Quartal 2021 bei 1,93 und die durchschnittliche realisierte Kinderzahl in derselben Gruppe bei 1,10. 21,7 Prozent der 20- bis 24-jährigen Frauen und in etwa jede zehnte Frau im Alter zwischen 40 und 44 Jahren haben kein Kind und keinen Kinderwunsch bzw. haben sie bereits ein oder mehrere Kinder und wünschen kein weiteres Kind.

In einer europaweiten Studie wurde untersucht, inwieweit sich der Kinderwunsch von Frauen von den 1990er-Jahren bis in die 2010er-Jahre realisiert hatte (Beaujouan/Berghammer 2019). Frauen in Österreich gaben an, sich zwei Kinder zu wünschen und bekamen im Untersuchungszeitraum durchschnittlich 1,7 Kinder. Ein Anteil von etwa 5 Prozent gab an, kinderlos bleiben zu wollen, 20 Prozent der befragten Frauen blieben tatsächlich bis zum Ende der Studie kinderlos. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt der Bericht zur Familienentwicklung 2009 bis 2013, der im Rahmen des Generations and Gender Programme erschienen ist (Buber-Ennser et al. 2013). Hier zeigten sich auch markante Unterschiede nach Alter. Während die Hälfte der Frauen bis Mitte 30 den Kinderwunsch realisierte, war es ein Viertel der Frauen mit realisiertem Kinderwunsch im Alter von 35 bis 39. In der Altersgruppe 40 bis 44 Jahre realisierten 3 Prozent ihren Kinderwunsch. Im Jahr 2009 lag der Anteil der Frauen, die kinderlos bleiben wollten, im Durchschnitt bei 6,6 Prozent. Dieser Anteil wuchs mit zunehmenden Alter auf 11,4 Prozent bei Frauen im Alter von 40 bis 45 Jahren (Buber-Ennser et al. 2013; Neuwirth et al. 2011).

In einer repräsentativen Umfrage (n = 792) einer österreichischen Tageszeitung wurde nach den Gründen gefragt, die dafür und dagegen sprechen, selbst Kinder zu bekommen. Die Antwortkategorien waren vorgegeben und wurden nicht geschlechtsspezifisch ausgewiesen. Ob die Befragten selbst einen Kinderwunsch hatten oder nicht, ist unklar. Die Frage nach den Gründen, die für Kinder sprechen, beantwortete eine Mehrheit der Befragten damit, dass Kinder viel Freude bereiten (78 %), das Leben vielseitiger machen (77 %) und das Leben mit (mehr) Sinn erfüllen (77 %). Die Frage nach den Gründen dagegen beantwortete fast die Hälfte der Befragten damit, dass man gebunden sei und auf vieles verzichten müsse. Weitere Antworten waren, dass Kinder viel Geld kosten würden (43 %) und die Karriere behindern würden (35 %). (derstandard 2019; statista 2022)

Bemerkenswert ist, dass all diese Befragungen und Studien das Thema Kinderwunsch rein quantifiziert und nach „objektiv“ messbaren Variablen betrachten. Psychosoziale Dimensi-

onen eines Kinderwunsches, keines Kinderwunsches oder eines unerfüllten Kinderwunsches sowie deren soziale Folgen oder auch der soziale Druck, der im Zusammenhang mit Entscheidungen hinsichtlich der Fortpflanzung entsteht, bleiben weitgehend unbeachtet.

5.3.5.2 Verhütung und Schwangerschaftsabbruch

Verhütungsmethoden ermöglichen Menschen eine freie Entscheidung darüber, ob und wann sie Kinder haben möchten. Kondome im Speziellen verringern darüber hinaus die Gefahr einer Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten (siehe Kapitel 5.3.1.3). Verhütung ist somit ein wichtiger Aspekt in Bezug auf reproduktive sowie sexuelle Gesundheit, insbesondere wenn es um Selbstbestimmung geht.

Im Zuge des im Jahr 2019 durchgeführten österreichischen Verhütungsreports gaben Frauen im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig an, allein für die Verhütung zuständig zu sein (Fiala/Parzer 2019). Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse des Reports eine Tendenz zur hormonfreien Verhütung: Mehr als ein Drittel der Befragten gibt an, hormonelle Verhütungsmittel aus Sorge vor möglichen Nebenwirkungen zu vermeiden (Fiala/Parzer 2019). Studien, die Gründe für die Ablehnung von hormonellen Verhütungsmethoden untersuchen, zeigen, dass hormonelle Verhütungsmethoden abgelehnt werden, wenn diese die psychische Gesundheit, das Sexualleben oder den Menstruationszyklus der Anwenderinnen beeinflussen (Le Guen et al. 2021).

Auf die Frage, was die Teilnehmenden sich hinsichtlich Verhütung wünschen würden, stand bei den befragten Frauen im österreichischen Verhütungsreport die kostenlose Verhütung an erster Stelle. Laut Studienautorinnen und -autoren scheint dies wenig verwunderlich, da die Verhütungsmethoden von Frauen angewendet werden und diese in der Folge unmittelbar mit den Kosten konfrontiert sind. Würde ihr Partner die Pille für den Mann nehmen, würden 41 Prozent der befragten Frauen auf die eigene Methode verzichten, 59 Prozent hingegen würden weiterhin ihre Verhütung anwenden. (Fiala/Parzer 2019)

Verhütung als zentraler Bestandteil von reproduktiver Selbstbestimmung ist eng gekoppelt an die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften und damit auch der vorgelagerte Schritt zur Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen im Fall ungewollter Schwangerschaften. Ungewollte Schwangerschaften sind in Europa auch nach 50 Jahren wirksamer Verhütungsmethoden immer noch ein Problem (Fathalla 2020).

Chancengerechtigkeit

- Damit junge Frauen die für sie passende Verhütung finden können, ist eine niederschwellige Aufklärung und ein entsprechender Zugang zu Informationen Voraussetzung.
- Verhütung ist teuer – besonders für Frauen in schwächeren ökonomischen Situationen ist eine Kostenübernahme bei Verhütungsmitteln wichtig.
- Verhütung liegt nach wie vor überwiegend in der Verantwortung von Mädchen und Frauen – gender- und kostengerechte Verhütung ist ein Faktor von Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern der wenig beachtet wird.
- Frauen mit Behinderung und sozioökonomisch benachteiligte Mädchen und Frauen haben einen schlechteren Zugang zu Verhütungsinformationen.

Schwangerschaftsabbrüche

Die WHO (WHO 2022a) sieht die Verbesserung des Zugangs zu einer umfassenden Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen als wesentlich für die Erreichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) in Bezug auf Gesundheit und Wohlergehen (SDG3) und Gleichstellung der Geschlechter (SDG5). Die Versorgung und Begleitung von ungewollt schwangeren Frauen ist demnach Bestandteil einer modernen Gesundheitsversorgung.

Weltweite Schätzungen zeigen, dass 45 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche unsicher sind. Unsichere Abbrüche finden zunehmend in und bei marginalisierten Gruppen statt. Aufgrund rechtlicher Beschränkungen und anderer Barrieren ist es für viele ungewollt Schwangere nicht möglich, Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu erhalten. Folglich führen sie den Abbruch entweder selbst durch oder nehmen unqualifizierte Angebote in Anspruch. Die rechtliche Situation spielt für die Notwendigkeit eines Abbruchs keine Rolle, jedoch wirkt sich diese erheblich auf den Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch aus. Zwischen 4,7 Prozent und 13,2 Prozent aller Todesfälle bei Frauen werden auf unsichere Abtreibungen zurückgeführt (WHO 2022a), die auf das Versäumnis eines sicheren Schwangerschaftsabbruchs zurückzuführen sind.

In Österreich sind Schwangerschaftsabbrüche nach wie vor im Strafgesetzbuch verankert, sie sind seit 1975 mit der Fristenlösung gesetzlich insofern geregelt, als sie innerhalb der ersten drei Monate nach Einnistung des Eis (Nidation) straffrei gesetzt sind (§ 96 Strafgesetzbuch). Nach Ablauf der ersten drei Monate ist der Schwangerschaftsabbruch nur bei Vorliegen gesundheitlicher Indikationen straffrei (ÖGF; [gesundheits.gv.at](https://www.gesundheit.gv.at)). Ärztinnen,

Ärzte und/oder in gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen tätige Personen sind nicht verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder an ihm mitzuwirken. Eine Ausnahme besteht, wenn er notwendig ist, um die schwangere Frau aus einer unmittelbar drohenden Lebensgefahr zu retten. In diesem Fall werden die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch von der Sozialversicherung übernommen. In allen anderen Fällen sind die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs von den Frauen selbst zu tragen; sie liegen meist bei 350 bis 600 Euro. Die konkreten Kosten legt jedoch die durchführende Ärztin bzw. der durchführende Arzt fest. Damit ist ein Schwangerschaftsabbruch auch immer eine Frage der Leistbarkeit. Finanziell vulnerablere Mädchen und Frauen sind durch diese Barriere für eine Inanspruchnahme besonders betroffen.

Ob es Statistiken zu Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich geben soll, ist umstritten, da sie wenig relevante Informationen für frauenpolitische Entscheidungen mit sich bringen. (Gučanin/Zinke 2017) Zudem müsse bedacht werden, dass eine Meldepflicht dennoch nur zu Schätzungen führen würde, da Meldungen von Ärztinnen und Ärzten oft nicht gemacht werden und diese auch nicht kontrollierbar sind. Der Leiter eines österreichischen Ambulatoriums für Schwangerschaftsabbruch und Familienplanung betont diesbezüglich die Bedeutung bekannter Präventionsmaßnahmen, zum Beispiel die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln (Gučanin/Zinke 2017). Zahlen zu Schwangerschaftsabbrüchen, die in Krankenanstalten aufgrund einer Diagnose/Indikation gemacht werden, finden sich in Kapitel 5.3.6.2.

In einer US-amerikanischen Längsschnittstudie wurden die Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs auf Frauen und ihre Kinder untersucht (UCSF 2022). Über fünf Jahre hinweg wurden die Lebensläufe von Frauen, die eine Abtreibung erhielten, mit denen, die abgewiesen wurden, verglichen. Die Ergebnisse zeigen negative Folgen für Betroffene, denen eine Abtreibung verweigert wurde: Sie haben ein höheres Armutsrisiko (Foster et al. 2018a) und ein höheres Risiko für schwerwiegende gesundheitliche Probleme als Personen, die einen gewünschten Schwangerschaftsabbruch durchgeführt haben (Gerdtts et al. 2016; Ralph et al. 2019). Bereits vorhandene sowie später geborene Kinder von Frauen, die eine Abtreibung vornehmen lassen konnten, erfuhren mehr ökonomische Sicherheit und eine bessere mütterliche Bindung als jene Kinder, die aufgrund einer verweigerten Abtreibung geboren wurden (Foster et al. 2018b; Foster et al. 2019). Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft nicht abbrechen konnten, blieben eher in Kontakt mit gewalttätigen Partnern (Mauldon et al. 2015; Roberts et al. 2014). Folglich waren sie und ihre Kinder einem größeren Gewaltrisiko ausgesetzt.

Chancengerechtigkeit

Der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch in Österreich gestaltet sich abhängig vom Wohnort schwierig für viele Betroffene. Im Burgenland gibt es keine Möglichkeit für einen Schwangerschaftsabbruch. In Tirol (ÖGF 2022) und Vorarlberg wird in öffentlichen Spitälern derzeit kein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt. In den anderen Bundesländern ist ein Abbruch eingeschränkt möglich. Teilweise gibt es nur eine Ärztin bzw. einen Arzt pro Bundesland, die bzw. der Abbrüche durchführt (Changes for women 2022). Mit Kosten zwischen 350 und 600 Euro ist ein Schwangerschaftsabbruch auch immer eine Frage der Leistbarkeit. Finanziell vulnerablere Frauen sind durch diese Kostenbarriere für eine Inanspruchnahme besonders betroffen. Die Kosten- und Zugangsbarrieren treffen ebenso Mädchen und junge Frauen ohne jegliche eigene Finanzmittel besonders, sowie Frauen, die geografisch ohne längere Anreise keinen Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch erhalten.

Seit Juli 2020 kann in Österreich zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch das Medikament Mifegyne auch von niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen für betroffene Frauen und Mädchen verschrieben werden. Sowohl die Kosten als auch nachteilige Wohnortsituationen betreffend, ist dies eine Erweiterung bestehender Zugänge. Durch die geringeren Zugangsbarrieren kann damit auch ein möglichst frühzeitiger Schwangerschaftsabbruch ermöglicht werden.

Maßnahmen zu selbstbestimmter Sexualität sind auch im österreichischen Aktionsplan Frauengesundheit verankert, worin ein niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln sowie die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch in allen Bundesländern gefordert wird (siehe Kapitel 5.3.1.3).

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

Ausgewählte Best-Practice-Beispiele zu reproduktiver Selbstbestimmung

- Der Wiener Verein Changes for Women befasst sich mit Fragen rund um die Finanzierbarkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich und bietet

niederschwellige, spendenfinanzierte Unterstützung für ungewollt schwangere Frauen an.

- Broschüre Meine Entscheidung: Schwangerschaftsabbruch in Wien des Wiener Programms für Frauengesundheit

5.3.5.3 Assistierte Reproduktion

Im Falle eines unerfüllten Kinderwunsches (siehe Kapitel 5.3.5.1) führt der Weg in vielen Fällen zur reproduktiven Medizin. Im Jahr 2015 kam es nach einem Entscheid des Verfassungsgerichtshofs von 2013, der den Ausschluss lesbischer Paare von der Inanspruchnahme von Methoden der Fortpflanzungsmedizin als diskriminierend beurteilte, zu grundlegenden Änderungen im österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetz. Die Liberalisierung des Gesetzes betraf abgesehen von der Gleichstellung lesbischer Paare auch die Aufhebung des Verbots von heterologen Embryotransfers nach Eizellenspende, von In-vitro-Fertilisation mit gespendetem Samen sowie von Präimplantationsdiagnostik (unter gewissen Voraussetzungen) (Bernat 2015).

Behandlungen aus dem Bereich der reproduktiven Medizin sind keine Kassenleistung. Bei Vorliegen definierter Voraussetzungen werden in Österreich jedoch 70 Prozent der Kosten für In-vitro-Fertilisation (IVF) und intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) durch den IVF-Fonds übernommen (für maximal vier Versuche). Dies betrifft seit 2015 auch die Behandlung gleichgeschlechtlicher Paare, wenn bei der Frau, die beabsichtigt, schwanger zu werden, eine der definierten medizinischen Indikationen vorliegt. Der Selbstbehalt für entsprechende Behandlungen liegt dabei, je nachdem, ob eine IVF oder eine ICSI-Behandlung durchgeführt wird, bei etwa 800 bis 1.000 Euro pro Versuch (BMSGPK 2020).

Im Jahr 2020 hatten in Österreich 36 Krankenanstalten eine Zulassung für die Durchführung von Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung (Kern 2020), 32 Krankenanstalten verfügten über einen Vertrag mit dem IVF-Fonds (Kern 2021). 11.050 Frauen nahmen eine reproduktionsmedizinische Behandlung in Anspruch. 44,5 Prozent der behandelten Frauen waren jünger als 34 Jahre, 37,7 Prozent im Alter zwischen 35 und 39 Jahren und 17,8 Prozent älter als 40 Jahre. Bei einigen Frauen erfolgten Mehrfachanwendungen, insgesamt wurden 18.148 Behandlungen durchgeführt (Kern 2020). Im Vergleich zu den berichteten Zahlen aus dem Österreichischen Frauengesundheitsbericht 2010/2011, welche sich auf das Jahr 2008 bezogen, hat sich die Anzahl der Behandlungen somit etwa verdreifacht (FGB 2010/2011). 74 Prozent der Behandlungen erfolgten im Jahr 2020 mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), 15 Prozent mittels In-vitro-Fertilisation (IVF) und

11 Prozent mittels Insemination. Bei 11 Prozent der Behandlungen mittels Insemination, 26 Prozent der Behandlungen mittels ICSI und 30 Prozent der Behandlungen mittels IVF kam es dabei zu einer Schwangerschaft (Kern 2020).

Eine Kinderwunschbehandlung ist mit erheblichen Strapazen für die Frau verbunden. Neben körperlichen Belastungen und Risiken durch operative Eingriffe, funktionelle Behandlungen mittels Hormonen, die auch zum gefährlichen Überstimulations-Syndrom führen können, dem erhöhten Risiko für Mehrlingsschwangerschaften etc. ist auch der psychische Stress, den die mit hohen Erwartungen verbundenen Behandlungszyklen mit sich bringen, höchst belastend (Maier/Wolf 2016; Scholz 2010). Studien weisen auch darauf hin, dass bei Schwangerschaften, welche mittels Methoden der assistierten Reproduktion erzielt wurden, die Häufigkeit für Komplikationen und schwangerschaftsspezifische Erkrankungen wie beispielsweise hypertensive Erkrankungen, Schwangerschaftsdiabetes oder Präeklampsie erhöht sind. Dieses erhöhte Risiko scheint je nach angewandter Methode unterschiedlich hoch ausgeprägt (Bosdou et al. 2020; Chih et al. 2021; Keukens et al. 2021; Shah/Shah 2010). Es muss daher das Ziel sein, eine systematische Datenerhebung bezüglich der körperlichen und psychischen Gesundheit der Frau sowie der kindlichen gesundheitlichen Entwicklung nach assistierter Reproduktion gesetzlich zu verankern.

Damit Frauen im Falle eines unerfüllten Kinderwunsches für sich entscheiden können, ob und unter welchen Umständen sie eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung in Anspruch nehmen wollen und was genau das für sie und ihre Gesundheit bedeutet, braucht es umfassende Information und Beratung durch unabhängige Institutionen. Dementsprechend wäre es wichtig, eine integrierte psychische Betreuung während des gesamten Behandlungsprozesses inklusive Entwicklung entsprechender Leitlinien für die psychologische Aufklärung gesetzlich zu verankern. Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat dazu in Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Fachbeirat ein Konsensuspapier zum Thema „Psychosoziale Aspekte bei der assistierten Reproduktion“ erarbeitet (<https://www.digital.wienbibliothek.at/wbrup/download/pdf/3489384?originalFilename=true>).

Chancengerechtigkeit

- Kinderwunschbehandlungen sind teure Privatleistungen. Auch der Selbstbehalt, der für die Behandlungen bei Kostenübernahme durch den IVF-Fonds bezahlt werden muss, übersteigt die finanziellen Möglichkeiten vieler Frauen und Paare. Dadurch wird einer großen Gruppe von Frauen der Zugang zu den Behandlungsmöglichkeiten grundsätzlich verwehrt.

- Alleinstehende Frauen bleiben nach der Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes 2015 von einer Kinderwunschbehandlung ausgeschlossen.

Lebensphasen

- Der IVF-Fonds gewährt eine Kostenübernahme maximal bis zum 40. Geburtstag der Frau, die beabsichtigt, schwanger zu werden.

Ausgewählte Best-Practice-Beispiele zu assistierter Reproduktion

- Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung BKID.de
- „Wenn das Wunschkind auf sich warten lässt ... Gut informiert die richtige Entscheidung treffen“ Broschüre des Wiener Programms für Frauengesundheit in Zusammenarbeit mit einem Fachbeirat
- Konsensuspapier „Psychosoziale Aspekte bei der Assistierten Reproduktion“ des Wiener Programms für Frauengesundheit in Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Fachbeirat
<https://www.digital.wienbibliothek.at/wbrup/download/pdf/3489384?originalFilename=true>

5.3.6 Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach

Bereits im ersten österreichischen Frauengesundheitsbericht (2010/2011) wurden die vielfältigen und teils widersprüchlichen Erwartungen, denen Frauen während der Zeit der Schwangerschaft und Geburt und in der Zeit danach ausgesetzt sind, thematisiert: Einerseits führen Forderungen nach immer mehr medizinischer Überwachung von Schwangerschaft und Geburt zu Verunsicherung. Gleichzeitig steigt auch der Erwartungsdruck, dass Schwangerschaft und Geburt zu keiner Friktion im Leben führen und nach Plan verlaufen sollen. Frauen sollen möglichst bis zur Geburt arbeiten, gut informiert sein, ohne Schmerzmittel gebären, ausgiebig stillen und nach der Geburt schnell wieder attraktiv sein und Care- und Erwerbsarbeit erfüllen. Traditionelle Rollenbilder und gesellschaftliche Erwartungen wirken sich hier nach wie vor massiv aus. Bei guten Bedingungen kann Reproduktion mit Glückserlebnissen und positiven Erfahrungen verbunden sein. Gleichzeitig stellt diese Phase eine vulnerable Phase im Leben einer Frau dar, in der es zu Krisen und Traumata kommen kann (Scholz 2010). Im Netzwerk Frühe Hilfen werden seit dem Jahr 2015 über ein online

verfügbares Dokumentationssystem (FRÜDOK) Informationen zu Ressourcen und Belastungen dokumentiert.

Damit Frauen in dieser Phase gut informierte und selbstbestimmte Entscheidungen treffen können, braucht es neben frauenzentrierter Begleitung und Versorgung sachliche und gut aufbereitete Informationen sowie unabhängige Beratung.

Ausgewählte Best-Practice-Beispiele für Schwangere, werdende Eltern und Familien

- Wegweiser für Schwangere, werdende Eltern und Familien (Frühe Hilfen, https://www.fruehehilfen.at/de/Service/Materialien/Eltern_Familien/Wegweiser-fuer-Schwangere-werdende-Eltern-und-Familien.htm)
- startklar! Informationen zu Schwangerschaft, Geburt und Elternsein (wien.gv.at)

5.3.6.1 Früher Schwangerschaftsverlust

Das Thema Schwangerschaftsverlust ist sehr tabubehaftet, obwohl viele Frauen im Laufe ihres Lebens von einem frühen Schwangerschaftsverlust (Frühabort vor der zwölften Schwangerschaftswoche) betroffen sind. Schätzungen zufolge erleben 40 bis 70 Prozent der schwangeren Frauen im Alter zwischen 20 und 29 Jahren einen Frühabort, wovon allerdings nur 20 Prozent bemerkt werden. Andere Quellen gehen von einem frühen Schwangerschaftsverlust von 20 Prozent aus (kindsverlust o.J.; Steiner 2022).

5.3.6.2 Pränataldiagnostik und Spätabbruch

Sogenannte pränataldiagnostische Untersuchungen bezeichnen alle zusätzlichen Untersuchungen, die über die im Mutter-Kind-Pass standardmäßig vorgesehenen Untersuchungen während der Schwangerschaft hinausgehen und die den Zweck haben, bestehende kindliche Erkrankungen und Fehlentwicklungen bereits im Bauch der Mutter zu erkennen (BKA 2019). Mittels nichtinvasiver Methoden (wie Ultraschall, Blutuntersuchungen bei der Mutter) kommt es zu einer Risikoabschätzung – für eine sichere Abklärung eines bestehenden Risikos ist zumeist die Durchführung eines invasiven Verfahrens (z. B. Chorionzottenbiopsie, Fruchtwasseruntersuchung, Nabelschnurpunktion) notwendig, was mit gewissen Risiken verbunden ist. (BZgA 2006; gesundheit.gv.at 2022c)

Die Durchführung pränataldiagnostischer Verfahren ist freiwillig und die Entscheidung darüber, ob und welche Untersuchungen genutzt werden, liegt bei der schwangeren Frau bzw. bei den werdenden Eltern. Die Durchführung der Untersuchungen hat keinen Einfluss auf die Auszahlung des Kindergeldes (BKA 2019; gesundheit.gv.at 2022c). Laut Broschüre des Familienministeriums kommen 97 Prozent aller Kinder gesund auf die Welt, bei 0,5 Prozent wird vor der Geburt mittels Pränataldiagnostik eine Behinderung des Kindes festgestellt. Bei den restlichen 2,5 Prozent entsteht eine Behinderung erst durch Komplikationen bei der Geburt oder eine solche wird durch die Methoden der Pränataldiagnostik nicht erkannt. Vorgeburtliche Untersuchungen bieten demnach keine Garantie für ein gesund geborenes Kind (BKA 2019).

Zur **Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Untersuchungen** durch Frauen in Österreich liegen keine Zahlen vor, da die meisten Untersuchungen dieser Art keine Kassenleistung darstellen. In Deutschland gibt es eine repräsentative Befragung, deren Ergebnisse mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Österreich übertragbar sind: 85 Prozent aller befragten Frauen gaben bei der Studie der BZgA aus dem Jahr 2006 an, in der Schwangerschaft zumindest eine eindeutig pränataldiagnostische Untersuchungsmethode genutzt zu haben (hauptsächlich nichtinvasive Methoden wie zusätzlicher Ultraschall oder Blutuntersuchungen) (BZgA 2006). Die Nutzung invasiver Methoden hat im Zeitraum 2002–2014 in Deutschland deutlich abgenommen (RKI 2020b). Trotz der insgesamt hohen Nutzung von pränataldiagnostischen Untersuchungen scheint das Wissen darüber gering zu sein: Die Hälfte der im Rahmen der BZgA-Studie befragten Frauen kannte den Begriff „Pränataldiagnostik“ nicht oder verstand darunter etwas Falsches. Die Motive für die Durchführung umfassen zu 60 Prozent „Sicherstellung der Gesundheit des Babys“, 25 Prozent gaben an, dies auf Wunsch der Ärztin bzw. des Arztes gemacht zu haben. Über ein Drittel der befragten Frauen ging davon aus, dass pränataldiagnostische Untersuchungen Bestandteil der allgemeinen Schwangerenvorsorge sind (BZgA 2006).

Werden mittels pränataldiagnostischer Methoden Erkrankungen, Fehlbildungen oder Entwicklungsstörungen diagnostiziert, kann in manchen Fällen eine Therapie des ungeborenen Kindes erfolgen. Oft stehen die Mütter bzw. die Eltern aber vor der schwierigen Entscheidung, die Schwangerschaft abubrechen oder fortzusetzen. In Österreich ist ein Schwanger-

schaftsabbruch auch nach Ablauf der ersten drei Monate möglich, falls eine schwere geistige oder körperliche Behinderung des Kindes zu erwarten ist²⁰. In den letzten Jahren wurden laut der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten in österreichischen Krankenanstalten jährlich durchschnittlich 90 **Abbrüche mit Indikation** durchgeführt. Die Entscheidung für oder gegen einen Abbruch mit Indikation ist mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden, betroffene Frauen und Eltern brauchen in dieser Situation gute psychosoziale Unterstützung und Begleitung. Während die medizinischen Informationen positiv bewertet wurden, bewerteten im Rahmen der BZgA-Befragung 36 Prozent der von einem auffälligen oder pathologischen Befund betroffenen Frauen die Beratung hinsichtlich der Folgen für sich selbst und ihre Familie als „eher schlecht“, 16 Prozent als „schlecht“. 71 Prozent bewerteten die Beratung hinsichtlich der Vorbereitung auf ein Leben mit einem behinderten Kind als „schlecht“ und auch die Vermittlung weiterführender Hilfe wurde von über 40 Prozent als „sehr schlecht“ bewertet (BZgA 2006).

Um eine gut informierte und für sich selbst passende Entscheidung über den Einsatz pränataldiagnostischer Verfahren treffen zu können, brauchen Frauen verlässliche Informationen über Nutzen und Risiko der einzelnen Verfahren. Ergänzend zu gut aufbereiteten Informationsmaterialien braucht es dafür auch unabhängige psychosoziale Beratung und eine gute Kooperation zwischen den verschiedenen in einer Schwangerschaft eingebundenen Berufsgruppen (Hebammen, Mediziner:innen, Berater:innen) (Scholz 2010).

Ausgewählte Best-Practice-Beispiele zu Pränataldiagnostik und Spätabbruch

- Broschüre des Frauengesundheitsbüros der Stadt Wien zum Thema Pränataldiagnostik und Spätabbruch in leichter Sprache Pränatal-Diagnostik Untersuchungen in der Schwangerschaft – Gut informiert entscheiden (wien.gv.at)

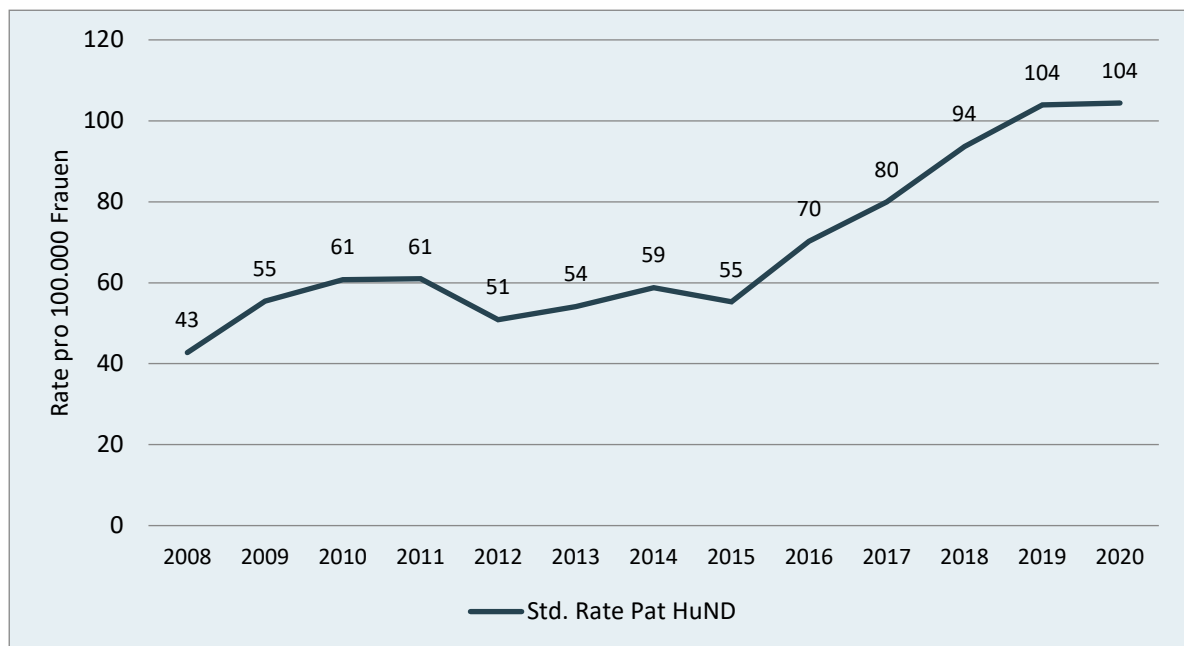
5.3.6.3 Schwangerschaftsspezifische Erkrankungen – Fokus Gestationsdiabetes

Die Anzahl an Patientinnen, welche bei stationären Aufenthalten in österreichischen Akutkrankenanstalten Entlassungsdiagnosen in Zusammenhang mit Schwangerschaft gestellt

²⁰ Gesetzliche Regelung Schwangerschaftsabbruch

bekommen haben, ist in einer Tabelle im Anhang für die Jahre 2021 und 2008 (dem Bezugsjahr des ersten Österreichischen Frauengesundheitsberichts) zu entnehmen (siehe Tabelle 6). Die Zahlen sind im Verlauf schwer zu interpretieren, da Änderungen in Diagnosekriterien, im Diagnoseverhalten sowie in der Behandlung spezifischer Erkrankungen etc. die Zahlen stark beeinflussen und von einer Zu- oder Abnahme der Zahlen nicht unbedingt auf eine Zu- oder Abnahme in der Häufigkeit der Erkrankungen zu schließen ist. Hinzu kommt, dass die spezifischen Erkrankungen häufig nur als Nebendiagnose gestellt werden (mit Hauptdiagnose aus dem Bereich Geburt). Was jedoch besonders ins Auge sticht, ist die deutliche Zunahme bei Gestationsdiabetes. Hier haben sich die Zahlen seit 2008 mehr als verdoppelt.

Abbildung 5: Gestationsdiabetes (ICD-10: O24.4): Rate der Patientinnen in österreichischen Akutkrankenanstalten, 2008–2021



Quelle: BMSGPK: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2021; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gestationsdiabetes zählt zu den häufigsten Erkrankungen in einer Schwangerschaft mit teils gravierenden kurz- und langfristigen Folgen für Mutter und Kind: Neben einem erhöhten Risiko für das Auftreten einer Präeklampsie, Frühgeburt und Kaiserschnitt stehen auf kindlicher Seite das Risiko für Fehlbildungen und hohes Geburtsgewicht mit Gestationsdiabetes in Verbindung. Frauen, welche an Gestationsdiabetes erkranken, haben langfristig ein höheres Risiko für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes und ein höheres Risiko, an Herz-

Kreislauf-Erkrankungen zu sterben. In Österreich ist ein Screening auf Gestationsdiabetes mittels Zuckerbelastungstest seit 2010 im Mutter-Kind-Pass verankert (Scholz 2010). Der seit 2015 zu beobachtende deutliche Anstieg der Rate an Patientinnen mit Haupt- oder Nebendiagnose Gestationsdiabetes in Österreich (siehe Abbildung 5) deckt sich mit einem international beobachteten Anstieg an Fällen von Gestationsdiabetes. Als Gründe für diese Entwicklung gelten neben einem Zuwachs an Schwangerschaften mit Risikofaktoren wie einem höheren Alter der Mutter oder mütterlicher Adipositas auch Änderungen bei Screenings sowie eine genauere Dokumentation (Eades et al. 2017; Reitzle et al. 2021).

5.3.6.4 Hebammenbetreuung

In die Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt sind viele verschiedene Berufsgruppen involviert, welche im Idealfall gut und im Sinne der Frau kooperieren. Internationale Studien zeigen, dass sich durch **kontinuierliche Hebammenbetreuung** bei unkomplizierten Schwangerschaften die Outcomes verbessern, unnötige Interventionen seltener werden und die Zufriedenheit der betreuten Frauen steigt. In der im Jahr 2022 erstellten Hebammen-Personalbedarfsprognose bis 2032²¹ der Gesundheit Österreich im Auftrag der AK Wien und des österreichischen Hebammengremiums wird empfohlen, Hebammen vermehrt in präventiven Settings und in der Primärversorgung einzusetzen, was einen höheren Bedarf an ausgebildeten Hebammen mit sich bringen würde. Dabei sollte insbesondere ein Augenmerk auf einen verbesserten Zugang zu Hebammenberatung für sozial benachteiligte Frauen gelegt werden.

Zu Beginn des Jahres 2022 waren in Österreich 2.510 ausübende Hebammen im Hebammenregister erfasst. Durchschnittlich kommen in Österreich somit auf 1.000 Lebendgeborene rund 29,1 Hebammen. Dabei ist die Dichte je nach Bundesland unterschiedlich: Wien und die Steiermark weisen die geringste Dichte auf, während Kärnten die höchste Dichte aufweist.

Für eine gute Versorgung ist zentral, wie viele Hebammen mit **Kassenvertrag** zur Verfügung stehen. Hier zeigt sich in allen Bundesländern ein deutlicher Überhang an Wahlhebammen (74 % bis 95 % der Hebammen sind Wahlhebammen), wobei die Anzahl der Hebammen mit Gesamtvertrag je nach Bundesland sehr unterschiedlich ist: Tirol bietet in Bezug auf die Anzahl an Lebendgeborenen die höchste Dichte an Hebammen mit Gesamtvertrag, Vorarlberg

²¹ Zum Zeitpunkt der Publikation des Frauengesundheitsberichts noch unveröffentlicht.

bildet das Schlusslicht. Auch Wien als das Bundesland mit den meisten Geburten weist eine vergleichsweise geringe Dichte an Hebammen mit Gesamtvertrag auf.

Frauen in Österreich haben **Anspruch auf Nachsorge** durch eine Hebamme. Auch bei einer Hausgeburt oder bei Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb der ersten fünf Tage nach der Geburt sind Hausbesuche durch Vertragshebammen durch die Krankenversicherung abgedeckt (bei Kaiserschnitt, Früh- und Mehrlingsgeburten in den ersten sechs Tagen). Kommt es innerhalb dieser Zeitspanne zu Beschwerden wie beispielsweise Stillproblemen, übernimmt die Gesundheitskasse weitere sieben Hausbesuche innerhalb der ersten acht Wochen nach der Geburt (siehe [Wochenbett \(Puerperium\) - Nach der Geburt | Gesundheitsportal](#)).

Sowohl die **Inanspruchnahme** von Mutter-Kind-Pass Leistungen bei Hebammen als auch die Inanspruchnahme von Hebammenkonsultationen nach der Geburt haben in Österreich in den letzten fünf Jahren zugenommen. Bei der Inanspruchnahme der Hebammenberatung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes zeigt sich, dass das Angebot von Akademikerinnen wesentlich häufiger genutzt wird als von Frauen mit niedrigerem Bildungsabschluss. Insbesondere Frauen ohne Schulabschluss und Frauen mit maximal einem Lehrabschluss nehmen das Angebot kaum in Anspruch. Ebenfalls geringer ist die Inanspruchnahme bei sehr jungen werdenden Müttern und Frauen mit einer anderen als einer österreichischen, deutschen oder schweizerischen Staatsbürgerschaft (Hebammenberatung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes 2019).

Im Sinne der **Chancengerechtigkeit** stellt die geringe Versorgungsdichte durch Kassenhebammen ein großes Problem dar. Die Vorteile einer kontinuierlichen Betreuung durch eine Hebamme sind durch diesen Umstand für Frauen in einer schwierigen sozioökonomischen Situation in vielen Fällen nicht zugänglich. Außerdem ist darauf zu achten, Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss und besonders jungen Müttern den Zugang zu Hebammenberatung durch niederschwellige und zielgruppenorientierte Angebote zu ermöglichen.

5.3.6.5 Geburt

Die Datenlage zu geburtsspezifischen Aspekten und Merkmalen ist in Österreich sehr umfassend dokumentiert (siehe Tabelle im Anhang).

Im Jahr 2021 kamen wieder mehr Kinder auf die Welt als in den vergangenen Jahren (2021: insgesamt 86.078 Lebendgeborene, davon 48,6 Prozent weiblich und 51,4 Prozent männlich). Die Gesamtfertilitätsrate (durchschnittliche Kinderzahl pro Frau) schwankte in den letzten zehn Jahren zwischen 1,43 (im Jahr 2011) und 1,53 Kindern (im Jahr 2016). Im Jahr 2021 lag die Gesamtfertilitätsrate bei 1,48 Kindern pro Frau (versus 1,44 im Jahr 2020). Das durchschnittliche Fertilitätsalter der Mutter steigt jährlich an und lag im Jahr 2021 bei 31,2 Jahren versus 30,0 Jahre im Jahr 2011 (gemessen an allen Geburten) bzw. bei 29,9 Jahre im Jahr 2021 versus 28,5 Jahre im Jahr 2011 (gemessen an den Erstgeburten).

Wenn eine Spontangeburt aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, wird ein medizinisch indizierter Kaiserschnitt durchgeführt ([gesundheits.gv.at](https://www.gesundheit.gv.at)). Die Kaiserschnitttrate liegt in Österreich seit Jahren bei rund 30 Prozent (im Jahr 2021 bei 30,5 % versus 29 % im Jahr 2011) und liegt damit über dem EU-Durchschnitt von 25,7 Prozent. Gemessen an den durchgeführten Kaiserschnitten pro Jahr steigt die Anzahl der primären²² Kaiserschnitte (von 49 % im Jahr 2015 auf 55 % im Jahr 2021), wohingegen die Anzahl der sekundär²³ durchgeführten Kaiserschnitte sinkt (von 51 % im Jahr 2015 auf 45 % im Jahr 2021).

Gründe für den **Anstieg der Kaiserschnitttrate** sind vielfältig und liegen zum einen bei geburtshilflichen Parametern (z. B. Anstieg der Risikofaktoren wie Schwangerschaftsdiabetes, siehe Kapitel 5.3.6.3, vorangegangener Kaiserschnitt, Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsgeburten, Lage des Babys). Andererseits hat sich die Einstellung von geburtshilflichen Teams und Frauen zum Kaiserschnitt in den letzten Jahren verändert. Die geburtshilfliche Abteilung bzw. die Geburtsklinik hat unter anderem Einfluss darauf, ob eine Kaiserschnittentbindung vorgenommen wird oder nicht. (Wiener Programm für Frauengesundheit - [Kaiserschnitt](#))

Frauen werden oftmals unzureichend über Risiken und Nebenwirkungen eines Kaiserschnitts aufgeklärt (z. B. verminderter Stillserfolg, Belastung der Mutter durch weniger befriedigendes Geburtserlebnis, Folgen eines Kaiserschnitts für weitere Geburten), wodurch eine informierte Entscheidung erschwert wird, wenn eine Ärztin bzw. ein Arzt die Durchführung eines Kaiserschnitts empfiehlt.

²² primärer Kaiserschnitt: geplanter Eingriff aufgrund vorliegender medizinischer Indikation, Durchführung vor Geburtsbeginn (bevor geburtswirksame Wehen einsetzen oder die Fruchtblase platzt)

²³ sekundärer Kaiserschnitt: operative Entbindung nach Einsetzen der Wehen bei unerwarteten Komplikationen während der Geburt

Der **Wunschkaiserschnitt**²⁴ kann auf Grundlage von empirischen Untersuchungen nicht als Grund für die steigende Kaiserschnitttrate angeführt werden. Die Häufigkeit eines Wunschkaiserschnitts liegt bei rund 1,5 bis 2 Prozent der Kaiserschnittentbindungen. Gründe liegen u. a. in der sehr starken Angst vor Geburtsschmerzen, der Planbarkeit, dem schnellen Geburtsablauf oder der Angst vor einer Beeinträchtigung des Sexuallebens. (Kolip 2006; Wimmer-Puchinger, Beate/Kral 2018)

In verschiedenen Strategiepapieren²⁵ wurden Maßnahmen zur Reduktion von Kaiserschnittgeburten verankert. Diese umfassen z. B. die Integration der Kaiserschnitttrate nach Krankenhäusern als Qualitätsindikator bei der Ergebnisqualitätsmessung, die Einbindung der Hebammen in die Schwangerenbetreuung durch eine optionale und kostenlose Hebammenberatung für werdende Mütter in den Mutter-Kind-Pass oder die Information der Mütter über Kurz- und Langzeitfolgen der verschiedenen Geburtsmodi. Der Umsetzungsgrad der Maßnahmen ist unterschiedlich ausgeprägt. (Rechnungshof 2021)

Das Ziel, die Kaiserschnitttrate zu senken, ist bei Betrachtung der aktuellen Zahlen bislang nicht erreicht worden. Die Anzahl der sekundären Kaiserschnitte ist zwar gesunken, dafür ist die Anzahl der primären Kaiserschnitte gestiegen. Gründe können beispielsweise darin liegen, dass Maßnahmen bislang nur zum Teil umgesetzt wurden bzw. dass viele verschiedene Faktoren die Entwicklung der Kaiserschnitttrate beeinflussen, welche mit den bisher gesetzten Maßnahmen nicht oder nur zum Teil adressiert werden.

5.3.6.6 Selbstbestimmung in der Schwangerschaft und bei der Geburt

Weitere wesentliche Ziele des Aktionsplans Frauengesundheit umfassen das Wirkungsziel 2 – Frauen treffen informierte, gesundheitsbewusste und selbstbestimmte Entscheidungen in Gesundheitsfragen sowie Wirkungsziel 3 – Gewaltprävention (BMG 2015). Jede Frau hat

²⁴ Wunschkaiserschnitt: primärer, geplanter Kaiserschnitt ohne vorliegende medizinische Indikation aufgrund des expliziten Wunsches der Frau

²⁵ Gesundheitsziel 6 „Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen“; Wirkungsziel 2: In der Schwangerschaft und frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen

Handlungsempfehlungen des Obersten Sanitätsrates (OSR)

Themenfeld 2 der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie: „Gesunder Start ins Leben“. Ziel 3: Bei Schwangerschaft und Geburt die Basis für einen guten Start legen

Aktionsplan Frauengesundheit, Wirkungsziel 13: Reproduktive Gesundheit fördern. Maßnahme 29: Leitlinien zum Kaiserschnitt nach internationalen Vorbildern implementieren

Bundeslandspezifische Empfehlungen, wie z. B. Wiener Grundsatzklärung zur Spontangeburt

das Recht auf den bestmöglichen Gesundheitsstandard, was das Recht auf eine würdevolle sowie wertschätzende Gesundheitsversorgung und das Recht, frei von Gewalt und Diskriminierung zu leben, beinhaltet. (WHO 2015) In Bezug auf die Zeit vor, während und nach der Geburt heißt das, dass Frauen respektvoll behandelt, über jegliche Untersuchungen und Vorgänge informiert und um Erlaubnis gefragt werden, bei Fragen gehört, bei benötigter Hilfe unterstützt werden und selbstbestimmte Entscheidungen für sich und ihr Ungeborenes bzw. Neugeborenes treffen können. Jedoch hat das Thema Verletzung der Frauen-, Patienten- und Menschenrechte in der Geburtshilfe in den letzten Jahren durch Meldungen (siehe Aufzählungspunkte unten) von betroffenen Frauen sowie Aktivitäten verschiedener (Frauen-)Organisationen zunehmend Aufmerksamkeit erlangt.

Schätzungen internationaler Organisationen gehen davon aus, dass rund 40 bis 50 Prozent der Frauen von psychischer oder körperlicher Gewalt vor, während oder auch nach der Geburt betroffen sein dürften (Human Rights in Childbirth). In Deutschland variieren die Schätzungen über die Anzahl betroffener Frauen zwischen 10 und 50 Prozent der Mütter (abhängig von der zugrunde liegenden Definition von Gewalt), was jährlich rund 80.000 bis 400.000 betroffene Frauen umfasst. (BMFSFJ 2013; Leinweber et al. 2021) Eine Studie mit 2.700 befragten amerikanischen Frauen zeigte, dass eine von sechs Frauen (17,3 %), die zwischen 2010 und 2016 schwanger waren, eine oder mehrere Arten von Gewalt in der Geburtshilfe erlebt hat (Vedam et al. 2019). Dennoch ist es nach wie vor ein großes Tabuthema in der Gesellschaft bzw. ist vielen Frauen nicht bewusst, was Selbstbestimmung vor, während und nach der Geburt für sie bedeutet und welche Rechte sie haben.

Die Erscheinungsformen körperlicher und psychischer Gewalt gegen Frauen in der Geburtshilfe und bei der Geburt sind vielfältig. Folgende Beispiele wurden von Frauen in Österreich (Gučanin/Zinke 2017) sowie in verschiedenen internationalen Studien (Annborn/Finnbogadóttir 2022; Leinweber et al. 2021; UN 2019; Vedam et al. 2019) genannt:

- körperliche Misshandlung (z. B. ungefragtes Einführen von Fingern oder Gegenständen in die Vagina, vorzeitiger Dammschnitt, gewaltsames Öffnen des Muttermundes, Anwendung des Kristeller-Handgriffs ohne Zustimmung, Festschnallen der Beine, Festhalten),
- tiefgreifende Demütigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen (z. B. sexualisierte Gewalt in Form von Sprache, Witzen),
- medizinische Zwangsmaßnahmen oder nicht genehmigte medizinische Eingriffe (z. B. Setzung eines Harnkatheters, Einläufe, Sterilisationen),

- fehlende Vertraulichkeit (z. B. hinsichtlich des HIV-Status),
- das Fehlen einer vollständig informierten Zustimmung,
- die Verweigerung der Verabreichung von Schmerzmitteln,
- grobe Verletzungen der Privatsphäre (z. B. ungefragte Vorstellung und Veranschaulichung des „Falls“ vor Medizinstudentinnen und -studenten während der Geburt),
- die Vernachlässigung von Frauen während der Geburt, sodass sie lebensbedrohliche, vermeidbare Komplikationen erleiden.

Als Gründe führen Expertinnen und Experten beispielhaft Zeitdruck, Zeitmangel, fehlendes Einfühlungsvermögen, Machtmissbrauch, Abgestumpftheit, schädliche Routinen, Überforderung oder Rivalität an. Ob die Situation, eine Untersuchung bzw. Eingriffe als Gewaltakt empfunden werden, hängt wesentlich von den Umständen und der Art der Behandlung ab (z. B. Grad der Abhängigkeit, Ausmaß der Hilflosigkeit, Nachvollziehbarkeit der Vorgänge, Absicht und Einstellung der Betreuenden, Ebenen der Gewalt, biografische Vorbelastungen, Erstarrung).

Besonders häufig sind sozioökonomisch benachteiligte Frauen von Gewalt in der Geburtshilfe betroffen. In einer in den USA durchgeführten Studie mit 2.700 befragten Frauen waren Women of Color, Frauen mit sozialen, wirtschaftlichen oder gesundheitlichen Problemen sowie Frauen, die in einem Krankenhaus entbunden hatten, signifikant häufiger betroffen. Mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit von Gewalt betroffen waren Frauen, die eine Spontangeburt hatten, älter als 30 Jahre waren, eine weiße Hautfarbe hatten, zu Hause oder in einem Geburtshaus entbunden hatten, eine Hebamme als primäre pränatale Betreuerin hatten oder eine Mehrlingsgeburt hatten. Übergriffe und Gewalt wurden durch unerwartete geburtshilfliche Eingriffe und durch Unstimmigkeiten zwischen Patientin und Betreuer:in verschärft. (WHO 2015; Vedam 2019)

Gewalterfahrungen vor, während und nach der Geburt sind für die betroffenen Frauen und auch für deren Partner:innen äußerst belastend und können sich negativ auf die psychische, physische und gynäkologische Gesundheit der Frau, auf die Mutter-Kind-Bindung bzw. Mutter-Kind-Beziehung sowie auf die Partnerbeziehung und das Sexualleben auswirken (siehe auch Kapitel 5.5.2). (Leinweber 2021)

Speziell **niederschwellige Anlaufstellen** sind für betroffene Mädchen und Frauen von besonderer Bedeutung. Über diese sollten möglichst vielfältige Angebote zugänglich sein, aus denen die Betroffenen ihrer aktuellen Situation entsprechend auswählen können:

- Hebammenzentrum (www.hebammenzentrum.at)
- Patientenanwaltschaft in den einzelnen Bundesländern (Übersicht: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/institutionen/patientenanwalt.html>)
- Geburtsallianz Österreich (<https://www.geburtsallianz.at/>)
- Globale Bewegung gegen Gewalt in der Geburtshilfe: Roses Revolution Österreich (<https://www.facebook.com/rosesrevolutionoesterreich/>)
- Frühe Hilfen (<https://www.fruehehilfen.at/>)
- Frauengesundheitszentren (<http://www.frauengesundheit.at/>)
- Frauenhelpline gegen Gewalt (<http://www.frauenhelpline.at/>)
- Opferschutzgruppen in Krankenhäusern

Ausgewählte nationale und internationale Best-Practice-Beispiele zu Selbstbestimmung in der Schwangerschaft

- mehrsprachig verfügbare Informationen für Frauen zu den Rechten während der Geburt der Initiative White Ribbon Alliance (<https://whiteribbonalliance.org/resources/rmc-charter/>)
- Erzählcafé-Aktion in Deutschland: Austausch zu Themen rund um Schwangerschaft und Geburt für verschiedene Zielgruppen (<https://erzaehlcafe.net/>)
- EU-Projekt Birth Cultures: Erzählcafés für verschiedene Zielgruppen (Betroffene, Angehörige, Hebammen, geflüchtete Frauen) in Präsenz und online
- Safety-Card des Vereins Traum(a)Geburt e.V. mit Fragesystem zu Behandlungen und Patientenrechten (<https://traumageburtev.de/vor-der-Geburt/Geburtsvorbereitung-Vorsorge/Safety-Card/>
<https://traumageburtev.de/Ueber-uns/>)
- Toolbox Opferschutz: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/schwerpunkte/gewalt/vernetzung-opferschutzgruppen.html>

5.3.6.7 Perinatale psychische Gesundheit

Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit mit einem Neugeborenen stellen eine vulnerable Phase im Leben einer Frau dar. Der Lebensumbruch bringt viele Veränderungen mit sich und Frauen erleben einen hohen Erwartungsdruck, bei ihrem Säugling alles richtig zu machen (Reiner-Lawugger 2016). Neben posttraumatischen Belastungsreaktionen nach schwierigen Geburtsverläufen können psychische Erkrankungen wie postpartale Depressionen oder postpartale Psychosen auftreten. Während postpartale Psychosen nur bei einer bis zwei von 1.000 Müttern auftreten, entwickeln etwa 10 bis 15 Prozent aller Mütter eine postpartale Depression (Reiner-Lawugger 2016; RKI 2020b). Eine solche Depression geht über das weit verbreitete Phänomen des „Baby Blues“ hinaus, im Rahmen dessen etwa 50 Prozent der Mütter in der ersten Woche vorübergehend eine depressiv-labile Stimmungslage aufweisen, welche durch die Lebensumstellung und hormonelle Veränderungen bedingt wird (Reiner-Lawugger 2016). Faktoren wie familiäre Prädisposition für psychische Erkrankungen, vorangegangene Depression oder Angstzustände, geringe Zufriedenheit mit dem Partner, wenig soziale Unterstützung und Anerkennung sowie ein niedriger Selbstwert, hoher Leistungsanspruch sowie eine frühkindliche Störung der Mutter können das Risiko für eine postpartale Depression erhöhen. Betroffene Frauen brauchen möglichst rasch professionelle Hilfe, weshalb es zentral ist, dass Verhaltensänderungen in dieser Zeit nicht automatisch und ausschließlich auf hormonelle Stimmungsschwankungen zurückgeführt werden (Reiner-Lawugger 2016). Frauen und ihr soziales Umfeld brauchen Informationen und niederschwellige Unterstützungsangebote, um postpartale psychische Erkrankungen möglichst rasch zu erkennen und sich Hilfe holen zu können.

Wie im Aktionsplan Frauengesundheit gefordert, braucht es eine verstärkte Sensibilisierung geburtshilflicher Teams und niedergelassener Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen, Pädiater:innen, Psychiater:innen und Hebammen für psychische Erkrankungen. Durch den Einsatz von gezielten Anamnese- und Screening-Instrumenten wie der EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) können Risikofaktoren für eine postpartale Depression bereits in der Schwangerschaft erkannt werden und betroffene Frauen können frühzeitig Unterstützung bekommen. Im Sinne der Chancengerechtigkeit tragen mehrsprachige Informationsbroschüren in einfacher Sprache dazu bei, den Wissenstand von werdenden Eltern zu verbessern. Gleichzeitig braucht es auch mehrsprachige Beratungsangebote.

Ausgewählte Best-Practice-Beispiele zu perinataler psychischer Gesundheit

- FEM Elternambulanz
- Frühe Hilfen
- PPD Checkliste GynäkologInnen (wien.gv.at)
- PPD Checkliste Ambulanzen (wien.gv.at)
- PPD Checkliste PädiaterInnen (wien.gv.at)
- PPD Leitlinien psychosoziale Schwangerenbetreuung (wien.gv.at)
- Psychische und soziale Belastungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt (sozialministerium.at)

5.3.6.8 Körperliche Rückbildung und Beckenbodentraining

Durch die Schwangerschaft und Geburt ist der Körper großen Anstrengungen ausgesetzt und benötigt im Anschluss Zeit, um sich zu regenerieren, beispielsweise bildet sich die Gebärmutter zurück und eventuelle Geburtsverletzungen heilen.

Ein häufiges, aber nach wie vor tabuisiertes Problem während der Schwangerschaft und nach der Geburt ist die Harninkontinenz, wovon rund jede dritte Frau betroffen ist. Unfreiwilliger Harnverlust während der Schwangerschaft, der durch den Druck auf die Beckenbodenmuskulatur und den Blasenschließmuskel verursacht wird, tritt sogar bei rund zwei Drittel der Frauen auf. Ebenso erhöht eine Dammverletzung bei der Geburt das Risiko für eine spätere Inkontinenz, eine Senkung von Gebärmutter und Scheide und zum Teil chronische Beckenschmerzen. Von einem Dammriss sind ca. neun von zehn Frauen bei der Geburt betroffen. Durch Beckenbodentraining bzw. Rückbildungsgymnastik kann einer (bestehenden) Harninkontinenz vorgebeugt bzw. entgegenwirkt werden. (gesundheit.gv.at 2022e; Meine Gesundheit 2022; MKÖ 2022) Ein rezenter Cochrane Review zeigte, dass Beckenbodentraining bei Frauen (nicht nur auf Schwangerschaft und Geburt bezogen), die unter Stressinkontinenz oder Drang- und Mischinkontinenz leiden, häufiger zu Heilung und Symptomlinderung sowie zu verbesserter Lebensqualität und Zufriedenheit führte. (Dumoulin et al. 2018)

5.3.6.9 Stillen

Die Vorteile des Stillens für die Gesundheit des Kindes sind bekannt. Die WHO empfiehlt, Säuglinge in den ersten sechs Lebensmonaten voll zu stillen (WHO 2022b). Darüber hinaus

weisen Studien darauf hin, dass Stillen auch gesundheitliche Vorteile für die Frau mit sich bringen kann: Stillen kann die Rückbildung der Gebärmutter unterstützen und das Risiko für Brustkrebs, Eierstockkrebs und Typ-2-Diabetes senken (RKI 2020b).

Zur **Stillrate in Österreich** gibt es relativ rezente Daten: Ein Großteil der befragten Mütter (97,5 %) gibt in einer repräsentativen Studie der AGES an, ihr Kind jemals gestillt zu haben (BMSGPK, 2021). Im Alter von einer Woche werden laut der Erhebung 96,7 Prozent der Kinder gestillt, mit vier Monaten 77,4 Prozent, im Alter von sechs Monaten 64,1 Prozent und im Alter von zwölf Monaten 40,8 Prozent. Der Anteil der vollgestillten Kinder liegt dabei im Alter von einer Woche bei 55,5 Prozent, mit vier Monaten bei 30,5 Prozent, mit sechs Monaten bei 1,9 Prozent. Die Erhebung zeigt außerdem, dass nach einer Kaiserschnittentbindung signifikant häufiger zugefüttert wird als nach einer natürlichen Geburt (68,4 % vs. 42,3 %).

Als Hauptgründe, sich für das Stillen zu entscheiden, nennen Frauen die Gesundheit des Kindes (93,5 %), natürliche Ernährung für das Kind (92,6 %) und die Förderung der Mutter-Kind-Bindung (80,2 %). Knapp die Hälfte (47,0 %) der Mütter informiert sich bereits während der Schwangerschaft über das Stillen. Als Hauptinformationsquelle wird von 58,6 Prozent die Hebamme angegeben, gefolgt von Internet (36,4 %), Freundeskreis und Bekannten (32,0 %).

Etwa vier Monate nach der Geburt geben 52,5 Prozent der Mütter an, jemals **Schwierigkeiten beim Stillen** gehabt zu haben. Die am häufigsten genannten Schwierigkeiten sind: zu wenig Milch (38,2 %), wund Brustwarzen (17,7 %) und Brustentzündung/Abszess (14,3 %). 72,7 Prozent der Frauen geben an, trotz der Probleme weiter zu stillen. Als hilfreiche Unterstützungsmaßnahmen werden dabei vor allem Abpumpen (66,0 %), Beratung Einholen (58,8 %) und häufigeres Anlegen (39,6 %) genannt (BMSGPK 2021e).

Damit Frauen selbstbestimmt und gut informiert entscheiden können, ob und wie lange sie ihr Kind stillen möchten, braucht es gut aufbereitete und verständliche Informationen zu den Vorteilen und Herausforderungen des Stillens sowie Unterstützung beim Stillbeginn. Bei Schwierigkeiten mit dem Stillen stellt Beratung eine hilfreiche Unterstützungsmaßnahme dar, welche für alle Frauen leicht zugänglich sein sollte.

5.4 Psychische Gesundheit

Frauengesundheit steht in starker Assoziation zu Psychischer Gesundheit. Durch die COVID-19-Krise wurde dieser Zusammenhang auch medial verstärkt aufgegriffen. In diesem Kapitel wird ein kompakter Überblick über die zentralen Eckdaten und Informationen zur Situation der psychischen Gesundheit von Mädchen und Frauen in Österreich gegeben.

Gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft wird davon ausgegangen, dass die psychische Gesundheit durch (1) individuelle Eigenschaften, (2) soziale und sozioökonomische Faktoren und (3) gesellschaftlich-ökologische Faktoren beeinflusst wird (WHO 2012). Die individuellen Risiko- und Schutzfaktoren, welche nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell für das Aufrechterhalten psychischer Gesundheit, aber auch für die Entwicklung psychischer Probleme sowie das Entstehen psychischer Erkrankungen zentral sind, lassen sich diesen Bereichen zuordnen (Wittchen/Hoyer 2011).

5.4.1 Relevante Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Mädchen und Frauen

Im Folgenden werden Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit beschrieben, die auf gesellschaftspolitischer Ebene beeinflussbar sind und laut WHO-Definition den Bereichen soziale und sozioökonomische Faktoren zuzuordnen sind.

Höhere Bildung, hohes Einkommen und hoher Sozialstatus sind Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit. Umgekehrt stellen geringes Einkommen, geringe formale Bildung, Armut und Armutsgefährdung sowie geringer Sozialstatus einflussreiche Risikofaktoren für die psychische Gesundheit dar (BMASGK 2018b). Laut EU-SILC-Daten sind Frauen in Österreich überdurchschnittlich oft von Armut betroffen. Der Gender-Pay-Gap in Österreich ist im Vergleich zu anderen EU-Ländern sehr hoch (siehe Kapitel 2).

Erwerbsarbeit und Arbeitsplatzsicherheit können ebenfalls als Schutzfaktoren dienen. Somit kann die steigende Erwerbsquote bei Frauen grundsätzlich als förderlich für die psychische Gesundheit begriffen werden. Frauen in Österreich werden jedoch nach wie vor sehr häufig durch die Übernahme von Betreuungs- und Pflegetätigkeiten, die sie aufgrund fehlender Betreuungseinrichtungen übernehmen, von Erwerbsarbeit abgehalten (siehe Kapitel 2.2Sorgearbeit (Care-Arbeit) und Mental Load).

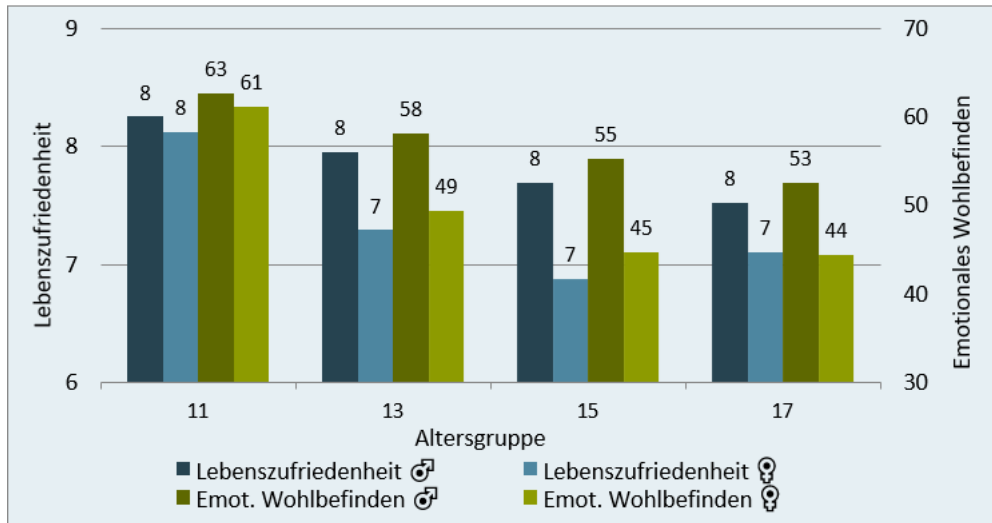
Das Eingebundensein in **verlässliche soziale Beziehungen** (u. a. Partnerschaften/Ehe/Familie/Kinder) sowie die Erfahrung sozialer Unterstützung können als Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit dienen. Soziale Unterstützung steht in Assoziation mit Erwerbsarbeit, Einkommen und Status, weshalb Frauen oftmals keine ausreichende Unterstützung erfahren. Frauen sind auch häufiger von sozialen Risikofaktoren wie Gewalterfahrungen, belastenden Partnerschaften und (Mehrfach-)Belastungen für Alleinerziehende betroffen. Gewalterfahrungen zählen weltweit zu den größten Gesundheitsrisiken. Frauen sind häufiger Opfer von Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen als Männer. Im Jahr 2021 lag der Anteil von Frauen unter den Alleinerziehenden bei 83 Prozent (BMASGK 2018b; Statistik Austria 2021d)

5.4.2 Psychische Probleme und psychische Erkrankungen von Mädchen und Frauen

Vom Kindesalter bis ins frühe Jugendalter weisen Mädchen laut befragten Eltern noch wesentlich seltener psychische Auffälligkeiten auf als Burschen (RKI 2020b)²⁶. Die Adoleszenz markiert hier eine Art Wendepunkt (Wimmer-Puchinger, B 2016). In der HBSC-Studie zur Gesundheit österreichischer Schüler:innen zeigt sich eine abrupte Abnahme der Lebenszufriedenheit und des emotionalen Wohlbefindens von Mädchen zwischen dem 11. und dem 13. Lebensjahr (BMASGK 2018c). In einer österreichischen Studie zur psychischen Gesundheit österreichischer Jugendlicher zeigt sich diese Entwicklung ebenfalls eindrucksvoll (Philipp et al. 2014). In dieser Studie wurden unter anderem selbst berichtete psychische Probleme erhoben. Während Mädchen der 5. Schulstufe insgesamt weniger von psychischen Problemen berichteten, änderte sich das Verhältnis bereits in der 7. Schulstufe zuungunsten der Mädchen. Bis zur 11. Schulstufe ging die Schere immer weiter auseinander. Die psychischen Probleme der Mädchen betrafen dabei vorwiegend internalisierte Probleme. Das Robert Koch-Institut berichtet ganz ähnliche Beobachtungen aus Deutschland (RKI 2020b).

²⁶ Die Zahlen beziehen sich nicht auf diagnostizierte psychische Erkrankungen, sondern auf wahrgenommene psychische Auffälligkeiten.

Abbildung 6: Lebenszufriedenheit und emotionales Wohlbefinden nach Alter und Geschlecht



Quelle: HBSC-Studie (2018); Darstellung: GÖG

Frauen in Österreich haben durchschnittlich beinahe doppelt so viele Krankenstandstage aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen als Männer und gehen häufiger aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. dauernder Erwerbsunfähigkeit, verursacht durch psychiatrische Erkrankungen, in Pension (Statistik Austria 2022c).

Während die Lebenszeitprävalenz für das Entwickeln einer psychischen Erkrankung bei Frauen und Männern in etwa gleich hoch liegt, kommen bestimmte diagnostizierte psychische Erkrankungen bei Frauen häufiger vor. Dies betrifft insbesondere Depressionen, Angststörungen und Essstörungen (Riecher-Rössler 2016; RKI 2020b).

In der Studie „Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich“ der Medizinischen Universität Wien (Wancata 2017) wird die Ein-Jahres-Prävalenz affektiver Störungen für Frauen in Österreich mit 13,5 Prozent (Männer: 9,6 %), die Ein-Jahres-Prävalenz von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen für Frauen mit 16,7 Prozent (Männer: 11,0 %) und die Ein-Jahres-Prävalenz von Essstörungen für Frauen mit 1,6 Prozent (Männer: 0,6 %) angegeben. Im Alter sind Frauen außerdem häufiger von Demenz betroffen als Männer, wobei die Befundlage zu den Geschlechtsunterschieden bei Demenz heterogen ist (Höfler et al. 2015; Nowotny et al. 2019a).

Die Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit bestimmter diagnostizierter psychischer Erkrankungen und die starke Veränderung im Wohlbefinden von Mädchen ab der Adoleszenz werfen Fragen zu den Ursachen auf: Haben Mädchen im Kindesalter tatsächlich weniger psychische Probleme als Burschen? Weshalb dreht sich dieses Verhältnis in der Pubertät um? Welche Einflussfaktoren sind für die negative Entwicklung der psychischen Gesundheit von Mädchen ab der Pubertät verantwortlich? Warum kommen bestimmte diagnostizierte psychische Erkrankungen bei Frauen häufiger vor?

5.4.3 Ursachen für Geschlechtsunterschiede

Es gibt verschiedene Hypothesen und Erklärungsmodelle für die Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit bestimmter diagnostizierter psychischer Erkrankungen, jedoch gibt es noch immer vergleichsweise wenig Forschung, die sich damit befasst (Riecher-Rössler 2017).

Eine zentrale Hypothese besagt, dass beobachtete Unterschiede zumindest teilweise durch **Verzerrungen** bei der Erhebung und Interpretation von Daten, durch einen Geschlechterbias bei der Diagnostik sowie dadurch zu erklären sind, dass Frauen Beschwerden besser wahrnehmen, bereitwilliger berichten und eher Hilfe in Anspruch nehmen (Riecher-Rössler 2016; Scholz 2010). Rollenstereotype aufseiten des ärztlichen Personals zeigen sich beispielsweise darin, dass bei identischer Beschwerdeschilderung bei Frauen eher eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird als bei Männern (Riecher-Rössler 2016; Sieverding/Kendel 2012; Swami 2012).

Das Entstehen psychischer Erkrankungen ist gemäß dem aktuellen Stand der Forschung **multifaktoriell** zu erklären. Eindimensionale Erklärungsmodelle, die sich nur auf biologische, psychologische oder soziale Faktoren beziehen, gelten als überholt. Dementsprechend werden verschiedene biologische, psychische, soziale und sozioökonomische Einflussfaktoren diskutiert, die gemeinsam und in Interaktion die psychische Gesundheit von Frauen beeinflussen und zu den beobachteten Geschlechtsunterschieden beitragen können. (BMASGK 2018b; RKI 2020b; Scholz 2010)

Biologische Erklärungsansätze beziehen sich zumeist auf genetische und hormonelle Faktoren. Diese scheinen laut Merbach/Brähler (2016) jedoch nur eine geringe Evidenz bei der Erklärung der Geschlechtsunterschiede zu haben: Ein direkter Einfluss genetischer Dispositionen auf die Entwicklung einer psychischen Erkrankung konnte bisher nicht nachgewiesen

werden. Gerade bei Depression und Angst werden vor allem geschlechtsspezifische Hormone als Ursache für ein vermehrtes Auftreten bei Frauen diskutiert (Nowotny et al. 2019a).

Auf psychosozialer Ebene scheinen **Rollenstereotype** einen bedeutsamen Einfluss zu haben. Mädchen werden eher zu erlernter Hilflosigkeit und geringem Selbstvertrauen erzogen, während Burschen aktive Bewältigung beigebracht wird. Frauen weisen bereits im Jugendalter einen geringeren Selbstwert auf als Männer (Wimmer-Puchinger 2016), sie tendieren dazu, Konflikte zu verinnerlichen und mit Grübeln, Ruminieren, Schuldgefühlen und Depression darauf zu reagieren, während Männer tendenziell externalisieren und aktive, teils aggressive Bewältigungsstrategien suchen oder Suchtmittel konsumieren (Riecher-Rössler 2016; Scholz 2010). Diese Tendenz zur Internalisierung trägt auch dazu bei, dass psychische Auffälligkeiten im Kindesalter bei Mädchen möglicherweise seltener erkannt werden, während externalisierende Auffälligkeiten wie ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens, welche wesentlich häufiger bei Burschen auftreten, früher erkannt und behandelt werden (RKI 2020b).

Eine wichtige Rolle scheint auch ein **negatives Körperbild** zu spielen: Mädchen und junge Frauen müssen sich aufgrund des gesellschaftlichen Drucks stärker mit ihrem Körper auseinandersetzen und entwickeln durch den permanenten Vergleich des eigenen Körpers mit Bildern idealer Frauenkörper körperbezogene Sorgen und Ängste. Dies führt zu einer Verschlechterung des Selbstwertgefühls und zu einer Anfälligkeit für psychische Erkrankungen (Merbach/Brähler 2016; RKI 2020b; Swami 2012).

Weitere **soziale und sozioökonomische Einflussfaktoren**, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können, betreffen Frauen in einem anderen Ausmaß als Männer. Mädchen und Frauen leben in stärkeren Abhängigkeitsverhältnissen, haben ein höheres Armutsrisiko, geringeren sozialen Status und erfahren geringere soziale Unterstützung. Neben allen Anforderungen an die verschiedenen Rollen, die sie erfüllen müssen, wird ihnen auch eine höhere Verantwortlichkeit für familiäre Belange und Krisen zugeschrieben (Wimmer-Puchinger, B 2016). Frauen weisen dementsprechend eine höhere überdurchschnittliche Stressbelastung auf als Männer, was wiederum mit psychischen Beeinträchtigungen assoziiert ist (Faltermaier/Hübner 2016).

Sexuelle Gewalterfahrungen gehen unter anderem mit einem erhöhten Risiko für internalisierte Störungen wie Depressionen oder Angststörungen einher. In Österreich haben laut FRA-Studie (2014) 20 Prozent aller Frauen bisher körperliche oder sexuelle Gewalt durch

den: die Partner:in oder eine andere Person erfahren (FRA-Studie 2014) (ausführlichere Informationen zum Thema Sexuelle Gewalterfahrungen finden sich in Kapitel 5.5). Nolen-Hoeksema/Rusting (1999) argumentieren, dass davon auszugehen ist, dass beispielsweise etwa 35 Prozent der Geschlechterdifferenz bei Depressionen den höheren Raten des sexuellen Missbrauchs von Mädchen zuzuschreiben sind (Nolen-Hoeksema/Rusting 1999).

Nachstehend wird genauer auf Erklärungsansätze für die häufigere Diagnose von zwei zentralen psychischen Erkrankungen bei Frauen und Mädchen eingegangen. Depressionen sind die häufigsten psychischen Diagnosen bei Frauen, Essstörungen umfassen unter anderem die Erkrankung Anorexia nervosa, welche mit einer für psychische Erkrankungen sehr hohen Mortalitätsrate einhergeht (Lohaus/Heinrichs 2016).

5.4.4 Depressionen

Die Lebenszeitprävalenz, an einer Depression zu erkranken, liegt für Frauen je nach Studie etwa zwei- bis dreimal so hoch wie jene für Männer (aktuelle Zahlen siehe Kapitel 4). Bereits im Rahmen der „Gotland-Studie“ der frühen 1990er-Jahre konnte gezeigt werden, dass bei Männern und Frauen unterschiedliche Depressionssymptome auftreten. Die klassischen Symptome der Depression wie Gedrücktheit, Anhedonie, Antriebsverlust werden eher Frauen zugeordnet. Symptome einer männlichen Depression wie Aggressivität, Irritabilität, Risiko- und Suchtverhalten werden als sozial akzeptierte Kodierung männlicher Emotionalität gesehen und nicht mit Depressionssymptomen assoziiert. Diese unterschiedlichen Zuordnungen dürften für einen geschlechtsspezifischen Bias in der Diagnostik mitverantwortlich sein (BMASGK 2019; Nowotny et al. 2019b).

Chronische Stressoren auf Verhältnisebene scheinen einen wichtigen Einfluss auf ein erhöhtes Depressionsrisiko zu haben. Frauen sind solchen Stressoren im Vergleich zu Männern häufiger ausgesetzt. Trotz steigender Erwerbsquoten weisen Frauen ein deutlich höheres Armutsrisiko auf als Männer und erlangen durch ihr Einkommen häufiger keine ausreichende Existenzsicherung. Sie tragen zudem die Mehrfachbelastungen durch die unentgeltlichen familienbezogenen Arbeiten wie Kindererziehung, Familien-, Haus- und Pflegearbeit (BMASGK 2018b).

Eine großangelegte internationale Studie der WHO konnte zeigen, dass die Geschlechterunterschiede in der Häufigkeit von Depressionen in Ländern, in denen in den Jahren davor ein Rückgang der traditionellen Geschlechterrollen zu verzeichnen war, in jüngeren Generatio-

nen geringer ausfiel. Gemessen wurden dabei bessere Bildungschancen, mehr Berufstätigkeit, Möglichkeit zur Geburtenkontrolle und höheres Heiratsalter (Riecher-Rössler 2016; Seedat et al. 2009).

Hormonelle Veränderungen während einer Schwangerschaft und nach einer Geburt bedingen eine phasenweise höhere Vulnerabilität für depressive Erkrankungen: Besonders nach der Geburt können bei Frauen depressive Episoden auftreten (RKI 2020b) (siehe auch Kapitel 5.3.6.7). Ältere und alte Frauen wiederum sind häufiger von Einsamkeit und Mangel an sozialer Unterstützung betroffen, welche als Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression gelten (BMASGK 2018b).

5.4.5 Essstörungen

Trotz teils schwankender Prävalenzangaben zeigt sich in Studien zur Epidemiologie von Essstörungen nach Geschlecht durchgängig eine deutlich höhere Prävalenzrate von Essstörungen bei Mädchen und Frauen (RKI 2020b; Wancata 2017). Frauen wird je nach Studie eine um bis zu 6,5-mal höhere Wahrscheinlichkeit attestiert, in ihrem Leben eine Essstörung zu entwickeln als Männern (Riecher-Rössler 2016). Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko weisen vor allem Mädchen und junge Frauen in Industrienationen auf (Lohaus/Heinrichs 2016). Im Rahmen einer breit angelegten Studie mit österreichischen Schülerinnen und Schülern zwischen 10 und 18 Jahren wurde für 30,9 Prozent der Mädchen ein erhöhtes Risiko für das Entwickeln einer Essstörung festgestellt (Burschen: 14,6 %) (Philipp et al. 2014), eine Studie des Wiener Programms für Frauengesundheit ermittelte ähnliche Werte für Wiener Schülerinnen (29,6 %; Schüler: 14,6 %) (Wiener Programm für Frauengesundheit 2015).

Um diese gravierenden Geschlechtsunterschiede zu erklären, werden gemäß dem biopsychosozialen Modell verschiedene Einflussfaktoren als ursächlich diskutiert (Lohaus/Heinrichs (2016): Als prädisponierender soziokultureller Faktor gilt das (insbesondere auch durch die Medien) verbreitete Schlankeitsideal, welches vor allem Mädchen unter Druck setzt – Burschen haben eher mit einem muskulösen Körperideal zu kämpfen. Als ein weiterer Einflussfaktor wird beschrieben, dass es bei Mädchen (u. a. aufgrund von Missbrauchserfahrungen) in der Pubertät zu einer Ablehnung der weiblichen Geschlechtsrolle kommen kann, welche sich in weiterer Folge in Nahrungsverweigerung äußert, um die körperlichen Veränderungen aufzuhalten und den kindlichen Status zu erhalten. Als auslösender Faktor wird diätisches Verhalten angesehen, welches bei Frauen eher mit dem wahrgenommenen Gewicht zusammenhängt, während es bei Männern eher vom tatsächlichen Gewicht abhängig ist (Forrester-Knauss/Zemp Stutz 2012). Studien weisen darauf hin, dass

Mädchen und Frauen sich selbst viel breiter oder dicker wahrnehmen, als sie tatsächlich sind (Orbach 2016).

Bei der Betrachtung des Einflusses geschlechtsspezifischer Faktoren auf die psychische Gesundheit muss auch das Thema Suizid Beachtung finden.

5.4.6 Suizidversuche und Suizide

Obwohl Frauen häufiger Suizidversuche verüben, dreht sich das Geschlechterverhältnis bei Suiziden um: Männer sterben häufiger an Suizid als Frauen (Wolfersdorf/Plöderl 2016). Als zentraler Erklärungsansatz dafür gilt die Wahl der Suizidmethode (BMSGK 2019; Värnik et al. 2008). Obwohl kein Geschlechtsunterschied in der Absicht zu Sterben erkennbar ist, wählen Frauen im Vergleich zu Männern weniger letale Suizidmethoden, was sich in einer größeren Überlebenswahrscheinlichkeit niederschlägt (Wolfersdorf/Plöderl 2016). Insgesamt sind die Suizidraten seit den 1980er-Jahren in Österreich deutlich zurückgegangen, wobei der relative Rückgang zwischen 1986 und 2020 bei Frauen mit 70 Prozent stärker ausgeprägt ist als bei Männern (59 %) (BMSGK 2021d). Bei der Betrachtung von Geschlechtsunterschieden bei Suiziden sind jedoch auch andere Faktoren zu berücksichtigen: Beispielsweise steigen auch bei Frauen die Suizidraten mit dem Alter an, während Suizidversuche eher von jungen Frauen begangen werden. In Deutschland konnte bereits im Jahr 2008 gezeigt werden, dass jeder zweite Suizid einer Frau von einer Frau im Alter über 60 Jahren begangen wurde. Suizid im Alter ist nicht mehr nur allein ein Problem des alternenden einsamen Mannes (Wolfersdorf/Plöderl 2016). Zu Suizidversuchen gibt es in Österreich keine verlässlichen Daten. Bei stationären Aufenthalten in Krankenanstalten können Zusatzdiagnosen zu einem Suizidversuch bzw. zu einer absichtlichen Selbstverletzung vergeben werden. Diese werden bei Frauen deutlich häufiger vergeben als bei Männern, stellen aber keinen sauberen Indikator für Suizidversuche dar, da auch Selbstverletzungen ohne suizidale Absicht inkludiert sind (Zahlen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; BMSGK 2021d). Es ist daher sehr schwierig, verlässliche Aussagen zu Suizidversuchen von Frauen zu tätigen.

5.4.7 COVID-19 und die psychische Gesundheit von Frauen und Mädchen

In internationalen und österreichischen Studien wurde im Laufe der COVID-19-Pandemie immer wieder darauf hingewiesen, dass Frauen durch die Pandemie stärker in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt werden als Männer, wobei jüngere Frauen und Mädchen davon noch stärker betroffen seien. So wird unter anderem ein Zuwachs an Stress, Angst-

und Depressionssymptomen sowie Suizidgedanken oder Suizidversuchen berichtet. Studien liefern außerdem Hinweise auf eine Zunahme problematischen Essverhaltens und von Essstörungen bei Mädchen und jungen Frauen (Brotto et al. 2021; Dale, Rachel et al. 2021; Dale, R. et al. 2021; Kowal et al. 2020; Lueger-Schuster et al. 2022; Pieh et al. 2021; Santomauro et al. 2021; Schuler et al. 2022; Zandonella/Hoser 2022).

Für die besonders hohe psychische Belastung von Mädchen und jungen Frauen während der Pandemie gibt es bisher keine klar belegten Erklärungen. Hypothesen besagen unter anderem, dass die kontakteinschränkende Maßnahmen Mädchen in ihren Möglichkeiten, sich emotionale Unterstützung durch ihr soziales Netzwerk zu holen, möglicherweise stärker eingeschränkt haben. Studien weisen auch darauf hin, dass Mädchen mehr als gleichaltrige Burschen ihren Social-Media-Konsum verstärkten und eine längere Schlafzeit vorwiesen, während Burschen häufiger körperlich aktiv blieben (Samji et al. 2022). In den meisten Studien zeigen Mädchen außerdem ein größeres Ausmaß an Sorgen und Ängsten bezüglich COVID-19 (Halldorsdottir et al. 2021). Auch ein bereits vor der Pandemie bestehendes höheres Ausmaß an emotionaler Belastung könnte eine Rolle für die stärkere Belastung während der Pandemie spielen (Shanahan et al. 2022).

Für die stärkeren negativen Auswirkungen auf Frauen im Erwerbsalter gibt es ebenfalls einige Anhaltspunkte: Beispielsweise scheint die ungleiche Verteilung von Care-Arbeit negative Auswirkungen zu haben. Frauen, die sich während der Lockdowns und Schulschließungen um ihre schulpflichtigen Kinder kümmern mussten, sind besonders stark von negativen Auswirkungen wie depressiven Symptomen, Angst und Erschöpfung betroffen (Vloo et al. 2021; Zamarro/Prados 2021). Dies trifft insbesondere auf alleinerziehende Frauen zu (Zandonella 2021). Auch die psychische Gesundheit von Frauen, welche die Pflege von Angehörigen übernommen haben, litt in der Pandemie stärker (Zwar et al. 2022). Durch die COVID-19-Krise werden die Schieflage in der Verteilung von unbezahlter Care-Arbeit und die Mehrfachbelastung von Frauen sowie deren Auswirkungen noch deutlicher (Repnik/Schulz-Zak 2020).

Niedriges Einkommen, niedriger sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit und Migrationshintergrund tragen zu einer besonders hohen psychischen Belastung während der Pandemie bei. Besonders gravierend scheinen diese Effekte vor allem für Frauen zu sein: In der Studie von Zandonella (2021) zur psychosozialen Situation der Wiener:innen in der Pandemie zeigt sich, dass Frauen im unteren Drittel der Gesellschaft nicht nur am häufigsten von einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit betroffen sind, mit zunehmender

Dauer der Krise verschlechterte sich ihre psychische Gesundheit auch noch einmal deutlicher als in allen anderen Bevölkerungsgruppen. Fehlende sozioökonomische Ressourcen stellen für Frauen mit zunehmender Dauer der Pandemie somit ein besonders hohes Risiko in Hinblick auf ihre psychische Gesundheit dar (Zandonella 2021).

Im Rahmen dieser Studie berichten zudem 30 Prozent aller befragten Frauen, dass es während der Pandemie zu Hause mindestens einmal zu verbalen, körperlichen oder sexuellen Übergriffen gekommen sei (Männer: 19 %). Bei zwei Drittel der betroffenen Personen wirkte sich dies in einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit mit Symptomen wie Ängsten, Depressionen und Suizidgedanken aus (Zandonella 2021).

5.4.8 Maßnahmen für die psychische Gesundheit von Mädchen und Frauen

Um dem negativen Einfluss von Ungleichheit und Rollenstereotypen auf die psychische Gesundheit von Mädchen und Frauen entgegenzuwirken, braucht es gezielte gesellschaftspolitische Maßnahmen.

Für Mädchen stellt ein negatives Körperbild, welches sich bereits im Jugendalter manifestiert, einen zentralen Risikofaktor dar. Die im Aktionsplan Frauengesundheit verankerten Maßnahmen „Bewusstseinsbildungs-, Sensibilisierungs- und Informationsprogramme zu **Selbst- und Körperwahrnehmung** sichern und ausbauen“ sowie „Gesetzliche Maßnahmen zur Unterstützung eines **positiven Selbstbilds**“ erscheinen demnach als zentrale Ansatzpunkte. Um bestehende Rollenstereotype, welche sich ebenfalls negativ auf die psychische Gesundheit von Frauen und Mädchen auswirken, aufzubrechen, braucht es vielfältige Ansätze. Die im Aktionsplan Frauengesundheit geforderten Maßnahmen „Konzepte zur Sensibilisierung von Angehörigen pädagogischer Berufe entwickeln und die **Auseinandersetzung mit Rollenbildern** in die pädagogische Arbeit integrieren“ sowie „Schulische Unterstützungssysteme in Hinblick auf **Genderkompetenz** weiterentwickeln“ könnten einen Beitrag dazu leisten.

Die Maßnahme „**Arbeitsbedingungen für Frauen verbessern** sowie erwerbstätige Frauen durch den Ausbau von sozialen Dienstleistungen entlasten“ aus dem Aktionsplan Frauengesundheit trägt dem Umstand Rechnung, dass Erwerbsarbeit und Arbeitsplatzsicherheit einen Schutzfaktor für psychische Gesundheit darstellen, Frauen aufgrund von Betreuungs- und Pflegetätigkeiten jedoch wesentlich häufiger als Männern in unzureichendem Maße

zugänglich sind und dass Frauen wesentlich häufiger in prekären oder atypischen Beschäftigungsverhältnissen arbeiten. Ein **flächendeckendes Kinderbetreuungsangebot** zu garantieren, erscheint hier als besonders zentral und kann auch einen Beitrag zur Verringerung des Risikofaktors Mehrfachbelastung darstellen. Weitere Ansatzpunkte zur Verringerung von Mehrfachbelastung stellen die Maßnahmen „Aufsuchende **Entlastungsgespräche sowie Bestärkungsangebote für pflegende Angehörige** im häuslichen Setting flächendeckend etablieren“ und „Arbeitgeber:innen für die Situation pflegender Angehöriger sensibilisieren und Maßnahmen umsetzen“ dar, welche zur Verbesserung der Situation von Frauen beitragen, die die Pflege von Angehörigen übernommen haben. Armut als zentraler Risikofaktor auf für die psychische Gesundheit von Frauen muss mit entsprechenden Maßnahmen entgegengetreten werden, die einerseits mit Maßnahmen zur Förderung von Arbeitsbedingungen und der Erwerbsquote bei Frauen einhergehen, andererseits den **Abbau des Gender-Pay-Gaps** betreffen. Um Altersarmut zu vermeiden, braucht es gute Möglichkeiten zur **Anrechenbarkeit von Kinderbetreuungs- und Pflegezeiten für Pensionsansprüche**. Zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von älteren und alten Frauen könnte die Umsetzung der Maßnahmen „Verbesserung der Lebenssituation und **Sicherstellung der Teilhabe-Chancen älterer Frauen** nachhaltig fördern“, „Gendaspekte in Projekten zur sozialen Teilhabe und zur Gesundheitsförderung älterer Frauen verstärkt berücksichtigen“ sowie „Eine **alters- und frauenfreundliche öffentliche Kommunikation** von Politik und Medien forcieren“ einen Beitrag leisten.

Allgemein gilt es den Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung sicherzustellen und möglichst vom Vorhandensein sozioökonomischer Ressourcen zu entkoppeln. Dazu können die Maßnahmen „**Psychische Gesundheitsversorgung als Sachleistung** sicherstellen“, „Die Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen als fixen Bestandteil aller Gesundheits- und Sozialprogramme etablieren (Anamnesegespräche und Vorsorgeuntersuchung)“ sowie „**Begleitende psychische Betreuung als gleichberechtigten Bestandteil der Krankenbehandlung** sicherstellen“ des Aktionsplan Frauengesundheit beitragen.

Niedriger sozioökonomischer Status, niedriges Einkommen, finanzielle Sorgen, Mangel an sozialer oder emotionaler Unterstützung, niedriger Bildungsstand, Arbeitslosigkeit und erlebte Diskriminierung gelten als zentrale soziale und sozioökonomische Risikofaktoren für die Entstehung einer psychischen Erkrankung (Silva et al. 2016). Dies betrifft nicht alle Mädchen und Frauen im selben Ausmaß und birgt ein **besonderes Risiko** für Frauen mit einem **Mangel an sozioökonomischen Ressourcen** bzw. für Frauen in ökonomischen **Abhängigkeitsverhältnissen**, mit **Migrations- bzw. Fluchterfahrung**, für Personen, **deren Sexualität**

oder Genderidentität nicht den heteronormativen Vorstellungen entspricht, für wohnungslose Frauen, Alleinerziehende und ältere bzw. alte Frauen. Während der Pandemie wirken sich diese bekannten Risikofaktoren nochmals verstärkend auf die ohnehin bereits negativen Effekte durch die Pandemie aus (Dale et al. 2021; Kowal et al. 2020; Pieh et al. 2020; SORA 2021). Entsprechend gilt es, **zielgruppenorientierte niederschwellige psychosoziale Angebote** abzusichern und auszubauen.

Ausgewählte Best-Practice-Beispiele für Maßnahmen zur psychischen Gesundheit bei Mädchen und Frauen

- Wiener Essstörungshotline | WiG Wiener Gesundheitsförderung
<https://www.wig.or.at/programme/selbsthilfe-beratung/hotline-fuer-essstoerungen>
- Verbot des Einsatzes von untergewichtigen Models in Israel und Frankreich
- „Watchgroups“ gegen sexistische Werbung in Wien, Salzburg und der Steiermark
- Projekt Gesundheit für wohnungslose Frauen und Familien in Wien (Institut für Frauen- und Männergesundheit: FEM und MEN)
- Frühe Hilfen
- FEM Elternambulanz | FEM Frauengesundheitszentrum
- FEM Süd / FEM erstsprachige und kultursensible Beratung
- Projekt selbstwert*wert plus zur psychosozialen Unterstützung von Mädchen und jungen Frauen <https://femsued.at/arbeitsbereiche/selbstwert-plus/>

5.5 Gewalt gegen Mädchen und Frauen in Österreich und ihre gesundheitlichen Auswirkungen

Unter „Gewalt gegen Frauen“ sind alle Handlungen geschlechtsbezogener Gewalt zu verstehen, die Frauen körperlichen, sexuellen oder psychischen Schaden oder Leid zufügen (siehe Aktionsplan Frauengesundheit, Wirkungsziel 3: Gewaltprävention – Hilfe und Unterstützung für Gewalt betroffene Frauen ausbauen). 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 et al. 2006).

Im folgenden Kapitel werden unterschiedliche Gewaltformen (Partnergewalt, psychische Gewalt, physische Gewalt, sexuelle Gewalt, Female Genital Mutilation and Cutting (FGM/C) und Intersex Genital Mutilations (IGM)) in unterschiedlichen Kontexten (Partnerschaft, digitaler Raum) in Hinblick auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen beleuchtet. In Kapitel 5.5.3 wird auf die Gewaltprävention eingegangen. Das Kapitel schließt mit der Darstellung der Frauen- und Mädchengruppen, die Gewalt besonders ausgesetzt sind.

Die Autonomen Österreichischen Frauenhäuser haben im Jahr 2021 die verfügbaren statistischen Daten und eine Schätzung zu Gewalt an Frauen in Österreich zusammengefasst (https://www.a oef.at/images/04a_zahlen-und-daten/Factsheet_Gewalt-an-Frauen-und-Maedchen-in-Oesterreich.pdf):

- Frauenhelpline 2021: Von 8.601 (= N) konkreten Anrufen kamen 7.130 Anrufe (82 % von N) von Frauen und Mädchen. 82 Prozent dieser Anrufe waren von Frauen und Mädchen mit Gewalterfahrungen (AÖF 2021).
- 2021 wurden 13.680 Betretungs- und Annäherungsverbote von der Polizei ausgesprochen (höchste Anzahl seit 2014). In Wien waren von den 3.281 Fällen im Jahr 2020 83 Prozent weibliche Opfer (<https://www.interventionsstelle-wien.at/download/?id=807>).
- 2020 wurden 20.587 Opfer familiärer Gewalt von den Gewaltschutzzentren und Interventionsstellen betreut. 81,5 Prozent der Opfer waren Frauen und Mädchen (Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie 2021)
- 2022²⁷ wurden 28 Morde an Frauen (darunter an einem kleinen Mädchen), davon 27 mutmaßlich durch den (Ex-)Partner, einen Bekannten oder ein Familienmitglied begangen (<https://www.interventionsstelle-wien.at/download/?id=807>).

5.5.1 Gewaltformen und ihre gesundheitlichen Auswirkungen

Mit der bisher größten Studie an 42.000 Frauen in 28 EU-Mitgliedstaaten legte die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) im Jahr 2014 sehr umfangreiche Daten zur Prävalenz von Gewalt gegen Frauen u. a. in Österreich vor (FRA-Studie 2014). Unterschiedliche Formen von Gewalt können zusammen auftreten oder in enger wechselseitiger Beziehung stehen. Alle Formen und Muster von Gewalt gehen mit erhöhten gesundheitlichen

²⁷ 2021: 31 Morde an Frauen, davon 30 – mutmaßlich – durch den (Ex-)Partner, einen Bekannten oder ein Familienmitglied (https://www.a oef.at/images/04a_zahlen-und-daten/Frauenmorde_2021_Liste-AOEF.pdf)

Belastungen einher (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>) (Zandonella/Hoser 2022).

Die Studie von SORA zur **häuslichen Gewalt während der Pandemie** zeigt, dass Frauen häufiger als Männer von verbalen, körperlichen und sexuellen Übergriffen während der Pandemie betroffen waren (Zandonella/Hoser 2022). Im Durchschnitt berichten 30 Prozent der Frauen von zumindest einer erlebten Gewaltform. Bei den Männern sind es 20 Prozent.

Statistisch gesehen tritt der größte Anteil der **Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften** auf. Während COVID-19 verschlimmerte sich die Situation (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.04>). In Österreich erlebten 15 Prozent der Frauen, die bereits verheiratet oder in einer Partnerschaft lebten (in der Altersgruppe 15 bis 49 Jahre) physische und/oder sexuelle intime Partnergewalt (WHO 2021a). Auf **intime Partnergewalt** sind **75 verlorene gesunde Lebensjahre pro 100.000 Einwohnerinnen** zurückzuführen. Die Gewalterfahrungen haben v. a. Selbstverletzungen und mentale Erkrankungen (v. a. Depressionen) zur Folge (GHDx 2019).

Zu den **gesundheitlichen Auswirkungen physischer und/oder sexueller intimer Partnergewalt** zählen Kopfschmerzen, Schmerzsyndrome, Magen-Darm-Beschwerden, eingeschränkte Mobilität und ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand (Riedl et al. 2019). **Folgen intimer Partnergewalt** sind toxischer Stress und PTSD (Cook et al. 2011; Sabri/Granger 2018). Psychische Folgen sind bei intimer Partnergewalt stärker ausgeprägt als bei nicht nahestehenden Personen als Täter. Dazu gehören: Verlust des Selbstvertrauens (50 % vs. 40 %), Gefühl der Verletzlichkeit (48 % vs. 47 %), Beziehungsschwierigkeiten (41 % vs. 31 %) und Schlafstörungen (41 % vs. 29 %) sowie Depressionen (35% vs. 23%) (FRA-Studie 2014).

Zu den häufigsten **psychischen Gewalterfahrungen** zählen, dass eine Frau von dem:der Partner:in „unter vier Augen herabgesetzt oder gedemütigt wird, dass der Partner/die Partnerin darauf besteht, zu wissen, wo sie sich aufhält, und zwar so, dass dies über ein gewöhnliches Interesse hinausgeht, sowie wütend zu werden, wenn sie mit anderen Männern bzw. Frauen“ spricht (FRA-Studie). Von Stalking als einer Form der psychischen Gewalt waren 15 Prozent der gewaltbetroffenen Frauen in Österreich (18 % der Frauen in der EU) betroffen. Drei von vier Fällen werden jedoch nicht zur Anzeige gebracht (FRA-Studie).

- Eine Prävalenzstudie aus dem Jahr 2011 zeigte, dass mehr Frauen (85,6 % von N = 1.292) als Männer (78,4 % von N = 1.042) in Österreich von psychischer Gewalt betroffen waren (https://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/bmwfi_gewaltpraevalenz-2011.pdf).
- 38 Prozent der befragten Frauen aus Österreich berichten von psychischer Gewalt in der Partnerschaft (N = 1.500 Frauen im Alter zwischen 18 und 74 Jahren; im Vergleich EU-Durchschnitt: 43 % von N = 42.000 Frauen) (FRA-Studie).

Physische Gewalt erlebten Frauen vor allem im sozialen Nahraum (Partnerschaft, Familie). Die FRA-Studie zeigt, dass 31 Prozent der befragten Frauen über eine oder mehrere Formen körperlicher Gewalt (ab 15 Jahren) berichten. Neben „Schubsen und Stoßen“ sind die häufigsten Formen „Schlagen, Packen oder an den Haaren ziehen“ (FRA-Studie).

Langzeitfolgen von physischer Gewalt sind Viktimisierung, Verlust von Selbstvertrauen, ein Gefühl der Verletzlichkeit und Ängstlichkeit. Depressionen, Panikattacken, Konzentrationsstörungen und Beziehungsschwierigkeiten traten bei Ausübung der Gewalt durch den:die Partner:in häufiger auf als wenn es eine andere Person war (FRA-Studie).

In Österreich haben in Anlehnung an eine Prävalenzstudie (Kapella et al. 2011) 29,5 Prozent der Frauen und nur 8,8 Prozent der Männer **sexuelle Gewalt** erlebt (https://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/bmwfi_gewaltpraevalenz-2011.pdf).

20 Prozent der Frauen (EU-Durchschnitt) haben körperliche und/oder sexuelle Gewalt entweder durch einen:eine Partner:in oder durch eine andere Person erfahren (FRA-Studie). 10 Prozent der Frauen, die keine sexuelle Gewalt in der Partnerschaft erlebt haben, berichten von sexueller Gewalt in der Kindheit (FRA-Studie). Sexueller Missbrauch in der Kindheit und Mobbing bedingen **119 verlorene gesunde Lebensjahre pro 100.000 Einwohnerinnen**. Die Folge sexuellen Missbrauchs sind v. a. Depressionen (GHDx 2019). Jede fünfte Frau (29 %) wurde in der EU seit dem 15. Lebensjahr ungewollt berührt, umarmt oder geküsst (FRA-Studie). Die österreichweite Prävalenzstudie zeigte, dass 35 Prozent der Frauen sexueller Belästigung ausgesetzt sind (https://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/bmwfi_gewaltpraevalenz-2011.pdf).

Die deutsche BZgA-Studie zur Jugendsexualität zeigt, dass 56 Prozent der weiblichen Befragten (Männer: 53 %) nichtkörperliche sexualisierte Gewalt erlebten. Bei körperlicher sexualisierter Gewalt geben 18 Prozent der Mädchen und jungen Frauen (Burschen und junge Männer: 5 %) an, körperliche Gewalt erfahren zu haben. 60 Prozent waren unter 18 Jahre, als sie das erste Mal körperliche sexualisierte Gewalt erfuhren. Häufiger betroffen als heterosexuell Frauen und Mädchen (18 %) sind Frauen, die homo- und/oder bisexuell orientiert sind (34 %) ([Forschung Sexuaufklärung: Praevalenzen sexualisierter Gewalt \(sexualaufklaerung.de\)](https://www.sexualaufklaerung.de)).

Nach sexueller Gewalt leben Frauen in Angst vor Übergriffen (FRA-Studie). Sexuelle Übergriffe stehen in signifikantem Zusammenhang mit **PTBS, Suizidalität, Zwangsstörungen, bipolaren Störungen, Depressionen, Angstzuständen, Essstörungen und Substanzmissbrauch/-abhängigkeit** (Bhuptani/Messman-Moore 2019).

Zur sexuellen Gewalt gehören auch spezifische Formen wie zum Beispiel Stealthing (heimliche Entfernung des Kondoms während des Geschlechtsverkehrs) (Bonar et al. 2021). Neuere Formen sexueller Gewalt sind Sexting²⁸ (Versenden von Nacktbildern) und Upskirting²⁹ (heimliches Fotografieren oder Filmen unter den Rock oder in den Ausschnitt einer Person), die sich v. a. im digitalen Raum abspielen.

Female Genital Mutilation and Cutting (FGM/C) ist eine Form geschlechtsbezogener Gewalt. Von FGM/C sind in Österreich schätzungsweise 12 bis 18 Prozent (735 bis 1.083) der Mädchen, die aus Ländern stammen (ca. N = 6.000 bis 8.000), in denen FGM/C praktiziert wird, bedroht (EIGE 2021b). FGM/C ist ein Menschenrechtsproblem, das Mädchen und Frauen weltweit betrifft. Es gibt abhängig von soziokulturellen Faktoren große Unterschiede in Bezug auf die Art der Durchführung, die Begleitumstände und die Größe der betroffenen Bevölkerungsgruppen (United Nations Children's Fund 2016).

²⁸ Sexting ist in Österreich unter 14 Jahren strafbar, da es als Verbreitung von Kinderpornografie gilt (<https://www.sexuellegewalt.at/informieren/rechtliche-informationen/>).

²⁹ Upskirting ist mit dem Gesetzespaket „Hass im Netz“ seit 2021 strafbar (<https://www.sexuellegewalt.at/informieren/rechtliche-informationen/>).

Alle Formen der FGM/C haben negative gesundheitliche Folgen auf die sexuelle Gesundheit der Betroffenen (Nzinga et al. 2021). Folgen sind unter anderem Schmerzen beim Sex und beim Urinieren, Probleme bei der Menstruation und Komplikationen während Geburten (Netzwerk Integra 2022) (<https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/EU-Studie-FGM.pdf>).

Das Europäische Institut für Gleichstellungsfragen stellte im Jahr 2021 Empfehlungen für Österreich in Hinblick auf die bessere Prävention und im Umgang mit FGM/C auf. Demnach sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Ausarbeitung eines nationalen Aktionsplans gegen FGM/C unter Einbeziehung aller wichtigen Stakeholder:innen sowie von Betroffenen (EIGE 2021); dies könnte an die Aufgaben der FGM/C-Koordinationsstelle (<https://fgm-koordinationsstelle.at/ueberuns/>) angeknüpft werden.
- Schulung der Gesundheits- und Sozialberufe zur rechtlichen, gesundheitlichen und ethischen Lage in Hinblick auf FGM/C (EIGE 2021)
- Vertrauensaufbau zu den durchschnittlich häufiger FGM/C praktizierenden Gemeinschaften über Multiplikatorinnen, Multiplikatoren und Vertrauenspersonen (EIGE 2021)
- Forschung, die sich nicht ausschließlich auf die sexuelle Funktionsfähigkeit beschränkt, sondern auch die Lebensqualität und Auswirkungen auf die verschiedenen Formen der Gesundheit in den Blick nimmt (Esho et al. 2019)
- gute Information zu den bestehenden Anlauf- und Beratungsstellen sowie flächendeckender Ausbau dieser Angebote (https://toolbox-opferschutz.at/Anlaufstellen_weibliche_Opfer_Genitalverst%C3%BCmmelung_Oesterreich)

Ausgewählte Best-Practice-Beispiele gegen FGM/C

- Als strukturelle Maßnahme können Strukturen wie der FGM-Beirat in Wien auch für andere Kommunen in Österreich als Best-Practice-Beispiel für eine Ausrollung angedacht werden ([Female genital mutilation \(FGM\) - Wiener Programm für Frauengesundheit](#)). Dort treffen sich Expertinnen und Experten der Gynäkologie, Frauengesundheit, Psychologie und Pädiatrie, Vertreter:innen der Ärztekammer Wien, des Österreichischen Hebammengremiums und relevanter Abteilungen der Stadtverwaltung wie

Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheit, Frauen, Integration, Kinder- und Menschenrechte.

- Empfehlenswerte Informationsmaterialien sind beispielsweise Leitfäden (<https://toolbox-opferschutz.at/sites/toolbox-opferschutz.at/files/inline-files/fgm-leitfaden.pdf>) oder
- Flyer in verschiedenen Sprachen (<https://www.rotekreuz.at/ich-brauche-hilfe/gegen-gewalt-an-frauen-und-maedchen-projekt-womencare>).
- Weitere Good-Practice-Beispiele sind das Projekt INTACT (<https://www.frauengesundheitszentrum-salzburg.at/index.php/aktuelle-projekte/266-aktuelle-projekte> ; <https://femsued.at/arbeitsbereiche/intact/>) und
- Women CARE: Maßnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung (Rotes Kreuz, <https://www.rotekreuz.at/ich-brauche-hilfe/gegen-gewalt-an-frauen-und-maedchen-projekt-womencare>).

Gewalt im digitalen Raum ist eine der neueren Formen von Gewalt. Jüngste Formen sexualisierter Gewaltformen im Internet sind Cybergrooming³⁰ und das Versenden von Dick Pics (ungefragtes Versenden von Bildern des Penis). In Österreich sind laut einer Querschnittstudie 32 Prozent der befragten Mädchen und Frauen von Gewalt im Netz betroffen (N = 1.018). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass v. a. 15- bis 18-jährige Mädchen (63,3 %) von Gewalt im Netz überdurchschnittlich häufig betroffen sind (Studie Weisser Ring 2018). LGBTIQ*-Frauen und -Mädchen sind signifikant häufiger (47 %) von Gewalt im Netz betroffen als heterosexuelle (31 %). Von Gewalterfahrungen häufiger betroffen sind zudem Frauen und Mädchen, deren Erstsprache eine andere als Deutsch ist (42 % vs. 32 %).

- In der BZgA-Studie zur Jugendsexualität zeigt sich, dass 29 Prozent der Mädchen (doppelt so viel wie gleichaltrige Burschen) über das Internet sexuell belästigt wurden. Mit 41 Prozent ist die Gruppe der 19-jährigen Frauen am häufigsten betroffen

³⁰ „Grooming ist die Anbahnung sexueller Kontakte durch Erwachsene an Kinder und Jugendliche. Passiert dieses Annähern über digitale Medien, also in sozialen Netzwerken, Chatrooms, Messengern wie WhatsApp oder in Spielenetzwerken, spricht man von Cyber-Grooming. Konkret ist damit gemeint, dass sich Erwachsene meist als Jugendliche oder junge Erwachsene ausgeben und so versuchen, sich das Vertrauen zu erschleichen. Ihre Absicht dahinter ist oft eine sexuelle Belästigung.“ (<https://www.rataufdraht.at/themenuebersicht/handy-internet/cyber-grooming>)

(https://publikationen.sexualaufklaerung.de/fileadmin/redakteur/publikationen/dokumente/Jugendsexualitaet/Faktenblaetter_Redesign/13316313.pdf).

- Persönliche Beschimpfungen (u. a. aufgrund ihres Geschlechts) (22,8 %) und sexuell anzügliche Mitteilungen ohne Zustimmung (10,9 %) sind die häufigsten Formen der Gewalt. (Weisser Ring/Forschungszentrum Menschenrechte 2018)

72 Prozent der betroffenen Frauen berichten von **Folgen der Gewalterfahrungen**. Die häufigsten Folgen sind Wut und Zorn (39 %), Traurigkeit und Depression (20 %), starke Ängste und Panikgefühle (10 %), Lustlosigkeit und Antriebslosigkeit (10 %) sowie Schuld- und Schamgefühle bzw. extreme Selbstzweifel (10 %). Zu den häufigsten psychosomatischen Folgen zählen Angespanntheit, Nervosität und Schreckhaftigkeit (22 %). (Weisser Ring/Forschungszentrum Menschenrechte 2018)

5.5.2 Besonders oder anders betroffene Gruppen von Frauen und Mädchen

Über alle Frauengruppen hinweg sind Frauen und Mädchen, die sozioökonomisch benachteiligt (niedriges Bildungsniveau, niedrige Einkommenssituation) sind, von allen Gewaltformen häufiger betroffen (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>). Besonders von Gewalt betroffen sind laut Studien folgende Gruppen:

- Das EU-Projekt „Zugang von **Frauen mit Behinderungen**³¹ zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen“ (Laufzeit 2013 bis 2015), an dem sich auch Österreich beteiligte, zeigte auf, dass Menschen mit Behinderungen von Gewalt besonders betroffen sind. Besonders häufig wurde über sexualisierte Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend berichtet (Mandl et al. 2014). Eine Studie aus Deutschland zur Gewalt bei psychisch und kognitiv beeinträchtigten Frauen, die in Einrichtungen leben, zeigt, dass psychisch erkrankte Frauen dreimal so häufig wie Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend erlitten (36 %) und dass sie etwa doppelt so häufig von elterlicher psychischer Gewalt in Kindheit und Jugend betroffen waren (66 %) (BMFSFJ 2014). Ein Review attestiert, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen häufiger

³¹ siehe auch Maßnahmen zur Realisierung des Wirkungsziels 4: Institutionen (insbesondere Beratungsstellen) für frauenspezifische Aspekte bei Behinderung sensibilisieren (Aktionsplan Frauengesundheit)

von Gewalt in Partnerschaften und sexuellen Übergriffen betroffen sind und dass sie ein höheres Risiko für zukünftige Viktimisierung, posttraumatische Belastungsstörungen und verschlimmerte Symptome psychischer Erkrankungen haben (Van Deinse et al. 2018).

- **Sexarbeiterinnen** sind laut einem Systematic Review anders und partiell auch besonders von einer hohen „Burden of Violence“ betroffen. Polizeilicher Gewalt sind v. a. jene besonders stark ausgesetzt, die im öffentlichen Raum arbeiten. Besonders von Gewalt betroffen sind Sexarbeiterinnen, die eine andere Herkunftsnation haben und unter besonders hohem finanziellen Druck arbeiten. Wohnungslose Sexarbeiterinnen sind sexueller und physischer Gewalt stärker ausgesetzt als Frauen mit einem Eigenheim. Die soziale Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion, die auf den Beruf der Sexarbeit zurückgeführt wird, ist eine Form der psychischen Gewalt. Kriminalisierung von Sexarbeit führt zu einer höheren Gewaltexposition (Deering et al. 2014).
- **Ältere und alte Frauen** sind besonders häufig von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Pflegeheimen betroffen, da sie dort stärker vertreten sind als Männer. Freiheitsbeschränkungen in ihren unterschiedlichen Formen als mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen stellen ebenfalls Gewaltakte dar (Hilbe/Jaquemar 2013). Ältere und alte Frauen, die in keiner institutionellen Betreuung sind, können aufgrund von Altersarmut in starker finanzieller Abhängigkeit stehen, was das Risiko von Gewalt erhöht (Partnergewalt gegen ältere Frauen).
- **Frauen mit Fluchtgeschichte und in laufenden Asylverfahren** zeigen eine hohe Gewaltbetroffenheit (insb. sexuelle Gewalt siehe auch Araujo et al. 2019; De Schrijver et al. 2018; Okenwa-Emegwa et al. 2021). Repräsentative Studien fehlen für Österreich und auch EU-weit noch. Missverhältnisse in Hinblick auf Macht sind ein zentraler Risikofaktor für Gewalt in der Gruppe von geflüchteten und asylsuchenden Frauen. Die Täter sind häufig (Ex-)Partner und Mitarbeitende bei Asylbehörden (Tan/Kuschminder 2022). Ein Ausbau von Angeboten wie der Organisation *LEFÖ* – eine Organisation von und für Migrant*innen sowie des Vereins *orientexpress* (siehe <https://www.orientexpress-wien.com/home>) ist notwendig, um geflüchtete und asylsuchende Frauen zu stärken, Gewalt zu erkennen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren über die Situation geflüchteter Frauen aufzuklären und Handlungskompetenzen zu vermitteln (siehe <https://lefoe.at/fortbildungen/>).

5.5.3 Gewaltprävention

Ein Drittel der Opfer von Gewalt in der Partnerschaft (33 %) und ein Viertel der Opfer von Gewalt von anderen Personen (26 %) kontaktierten nach dem schwerwiegendsten Vorfall

von Gewalt entweder die Polizei oder eine andere Einrichtung wie zum Beispiel eine Organisation zur Opferbetreuung. In den meisten Fällen melden Frauen in Partnerschaften Gewalt erst, wenn sie bereits wiederkehrend ist (FRA-Studie). Hauptgründe, Fälle nicht zu melden, sind Gefühle der Scham (siehe auch Zandonella 2021) oder Verlegenheit, die wiederum zu negativen psychischen Folgen beitragen. Schuldzuweisung an das Opfer („Victim Blaming“) führt zu verstärkter Scham und Selbstbeschuldigung bei den Opfern. Zuschreibungen (u. a. durch Medien), wonach durch Gewalterfahrungen psychologische Probleme folgen, können diese tatsächlich auslösen oder verstärken (Bhuptani/Messman-Moore 2019; gewaltinfo.at 2022).

Die BZgA-Studie zur Jugendsexualität zeigt, dass 25 Prozent der jungen Frauen und Mädchen mit niemandem über die sexuellen Gewalterfahrungen gesprochen haben und 17 Prozent erst nach Jahren. „In Fällen erzwungenen Geschlechtsverkehrs sprachen 21 Prozent der weiblichen Befragten ‚einige Tage nach dem Übergriff‘ mit einer anderen Person darüber, 19 Prozent nach einigen Wochen oder Monaten und 25 Prozent erst nach Jahren oder 23 Prozent niemals.“ (BZgA 2022a) Der Freundeskreis (72 %) ist die meistgenannte Personengruppe im persönlichen Umfeld, aus der sich Betroffene nach der Tat jemandem anvertrauen. Je höher der schulische Bildungsgrad, desto eher kennen die Befragten mindestens eine der Einrichtungen. Befragte mit Migrationsgeschichte kennen seltener Hilfsangebote.

Ein großer Teil von Gewaltopfern wird im Gesundheitsbereich sichtbar. Gewalt in der Partnerschaft, Gewalt gegenüber Kindern, sexualisierte Gewalt gegenüber Frauen sowie gegenüber Menschen mit Behinderungen bleibt lange Zeit unentdeckt. Häufig sind Gesundheitsfachkräfte die ersten und nicht selten die einzigen Ansprechpersonen für die Betroffenen. Dem **Gesundheitswesen** kommt eine **Schlüsselrolle** in puncto Früherkennung von Gewalt zu. Dennoch zeigt eine Studie an der Innsbrucker Universitätsklinik, dass nur 4,8 Prozent der von häuslicher Gewalt betroffenen Patientinnen und Patienten in der Vergangenheit vom Krankenhauspersonal auf Gewalterfahrungen angesprochen wurden (Riedl et al. 2019).

Im EU-Durchschnitt waren 42 Prozent der Frauen während der Schwangerschaft Gewalt von einem früheren Partner bzw. einer früheren Partnerin ausgesetzt. Speziell in dieser Zeit haben Frauen einen engen Kontakt zu Personal im Gesundheitswesen. Die Studie zeigte zudem, dass es 87 Prozent der Frauen akzeptabel finden, wenn Ärztinnen und Ärzte routinemäßig zum Thema Gewalt nachfragen (Riedl et al. 2019). Besondere Beachtung brauchen zudem Menschen mit Migrationserfahrung und ethnische Minoritäten (Roma, Sinti). Das zeigen internationale Studien. Neben dem fehlenden Zugang zur allgemeinen Gesundheits-

versorgung fehlt ihnen auch Wissen. Menschen ohne sicheren Aufenthaltstitel haben außerdem Angst, durch Gewalterfahrungen sozial stigmatisiert und aus dem Land ausgewiesen zu werden (Partnergewalt gegen ältere Frauen). Ein wichtiges Setting zur Gewaltprävention ist das Setting Nachbarschaft und soziale Gruppen innerhalb von Communities.

In Weiterentwicklung der seit 2004 gesetzlich verankerten Kinderschutzgruppen sind die Krankenanstalten seit 2011 verpflichtet, „Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt“ einzurichten (§ 8e KAKuG; BGBl. I Nr. 69/2011). Nachdem die Bundesvorgabe nunmehr in allen Landesgesetzen verankert ist, obliegt es den Krankenanstalten, die Opfer- bzw. Gewaltschutzgruppen in den einschlägigen Spitalsambulanzen zu implementieren. In der Praxis zeigen sich Schwierigkeiten in der Umsetzung dieser Vorschrift. Ein österreichweites standardisiertes Konzept könnte die Umsetzung stärken (GÖG 2022b).

Ausgewählte nationale und internationale Best-Practice-Beispiele zur Gewaltfrüherkennung im Gesundheitswesen

- Um Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich zu schulen und mit genügend Informationen und Skills auszustatten, wurde die Toolbox Opferschutz entwickelt: <https://toolbox-opferschutz.at/>.
- Das Projekt „Dr. Viola“ fokussiert nicht auf Früherkennung, sondern auf einen möglichst niederschweligen Zugang zu Hilfe: [Ich muss zu Dr. Viola | tirol kliniken \(tirol-kliniken.at\)](http://ichmusszudrviola.tirol.kliniken.at)
- In Deutschland gibt es das Projekt S.I.G.N.A.L.: [Bundesmodellprojekt MIGG | S.I.G.N.A.L. e. V. - Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt \(signal-intervention.de\)](http://bundesmodellprojekt.migg.de): Schulungen für niedergelassene Arztpraxen
- Im UK gibt es IRISi - [IRISi - Social enterprise to improve the healthcare response to gender based violence](http://iris-socialenterprise.org): Schulungen und Bereitstellung von Ansprechpersonen für den niedergelassenen Bereich, die bei Gewaltfällen supervidieren und auch die Fallführung übernehmen können.

Zur **strukturellen Verankerung** soll Gewaltprävention in die Curricula von Gesundheits- und Sozialberufen einfließen (Sammut et al. 2021). Als Pilotprojekt entwickelte das Frauengesundheitszentrum Graz in Kooperation mit der FH Joanneum ein Modul für das Curriculum des Studiums Gesundheits- und Krankenpflege (Frauengesundheitszentrum 2022a). Au-

ßerdem wurden im **Projekt „Gesundheit verträgt keine Gewalt —Hinschauen und Nachfragen hilft!“ Fortbildungen/Schulungen zur Gewaltprävention für Vertreter:innen verschiedener Gesundheitsberufe** entwickelt und durchgeführt. Im Rahmen eines Fortbildungskatalogs wurde Expertise gebündelt, indem buchbare Fortbildungsangebot entwickelt wurden (siehe [2021_1_21_Fortbildungskatalog_end.pdf](#); [frauengesundheitszentrum.eu](#)). Durch die Bereitstellung und Verbreitung von Materialien wie der Checkliste zu Gewalt an Frauen für Ärztinnen und Ärzte kann zur Sensibilisierung ein wichtiger Beitrag geleistet werden (Stadt Wien 2022a).

Für eine spezialisiertere Versorgung zeigen nationale und internationale Beispiele, dass Gewaltschutzambulanzen eine wichtige Struktur sind. Das Justizministerium hat angekündigt, dass eine flächendeckende Einführung von **Gewaltschutzambulanzen** in Österreich umgesetzt werden soll. In Deutschland umfasst diese Struktur neben der medizinischen Beweisaufnahme Netzwerkarbeit und psychosoziale Unterstützungsleistungen (www.charite.de/die_charite/).

Abhängig von der Gewalterfahrung bestehen unterschiedliche rechtliche Anknüpfungspunkte (Strafrecht, Zivilrecht, Medienrecht, Urheberrecht, UN-Kinderrechts- und Menschenrechtskonvention). Dennoch sind die Verfahren langwierig, kostspielig und bestimmte Gewalttaten werden strafrechtlich nicht verfolgt (Zusendung von Dick Pics)³². Anders als in Deutschland wird in diesem Strafgesetzbuch Stealthing nicht als expliziter Tatbestand genannt. Expertinnen und Experten in Österreich sind sich uneins, ob bei Stealthing § 205a StGB (Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung) zur Anwendung kommen kann (Parlament 2021).

Darüber hinaus bedarf es eines niederschweligen, mehrsprachigen Beratungsangebots für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen und der stärkeren Ressourcenausstattung von Frauenhäusern sowie der Sensibilisierung von Polizistinnen und Polizisten zum Thema Gewalt an Frauen und Mädchen (Stadt Wien 2022b).

³² In Deutschland ist das Versenden von Dick Pics eine unaufgeforderte Verbreitung von pornografischen Schriften und laut § 184 des Strafgesetzbuches eine Straftat. Betroffene können in einem Onlineportal schnell und einfach eine formell korrekte Anzeige vorbereiten (Dickstinction - Access to justice).

Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist vielfältig und spielt sich in unterschiedlichen Kontexten ab. Jede Form von Gewalt wirkt sich maßgeblich auf die verschiedenen Dimensionen der Gesundheit aus. Bestimmte Gruppen sind besonders oder anders von Gewalt betroffen, was in der Gewaltprävention und -aufklärung gezielt berücksichtigt werden muss.

5.6 Zugang zu guten Gesundheitsinformationen und -angeboten für Mädchen und Frauen im Überblick

Der niederschwellige Zugang zu guten Informationen und Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung ist eine zentrale Gesundheitsdeterminante, die für alle im Frauengesundheitsbericht behandelten Themenbereiche entscheidend ist, damit alle Mädchen und Frauen gute und selbstbestimmte Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen können (siehe Wirkungsziel 2 „Frauen treffen informierte, gesundheitsbewusste und selbstbestimmte Entscheidungen in Gesundheitsfragen“ des Aktionsplan Frauengesundheit)³³.

Dieses Kapitel beleuchtet zusammenfassend den Einfluss soziodemografischer und individueller Gesundheitskompetenz zum Zugang zu guten Gesundheitsinformationen und -angeboten für Frauen und Mädchen. Daten aus Österreich gibt es bis auf die individuelle Gesundheitskompetenz dazu nicht. Daher stützen sich die Inhalte des Kapitels mehrheitlich auf internationale Studien.

Der Zugang zu guten Gesundheitsinformationen und -angeboten wird insbesondere von strukturellen Barrieren³⁴ im Gesundheits-, aber auch Sozial- und Pflegewesen beeinflusst. In der Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region ist festgehalten, dass nach wie vor Frauen in ländlichen Regionen, Frauen, die Minderheiten angehören, eine Migrationsgeschichte haben, asylsuchend sind oder in Haft sind, einen schlechteren Zugang zu guten Gesundheitsinformationen und -angeboten haben (United Nations

³³ Auch das Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken und sein Wirkungsziel „Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen“ widmet sich diesem Feld.

³⁴ Allgemeine **Zugangsbarrieren** zu Beratungen und Gesundheitsdienstleistungen sind, dass nicht alle Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt sind, dass Beratungsangebote geografisch ungleich verteilt sind und nicht jedes Angebot erreichbar ist, sowie organisatorische Hindernisse (z. B. Zeiten der Beratungsangebote, Wartezeiten): [Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2445).

Economic Commission for Europe, zitiert nach Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region).

Soziokulturelle Faktoren nehmen unter anderem darauf Einfluss, wie der Zugang zu Informationen und Angeboten für Mädchen und Frauen möglich ist. Studien zeigen, dass Informationen und Angebote zu noch stigmatisierten/tabuisierten Themen wie der mentalen und sexuellen Gesundheit oder Essstörungen für Mädchen und Frauen schwieriger zugänglich sind als andere Themen, wie z. B. Bewegung (Hadfield/Wittkowski 2017; Rowlands et al. 2015). Im Bereich der Informationen zu Sexualitäten trifft das insbesondere auf Frauen zu, die homo-, inter- oder transsexuell sind (Meads et al. 2019). Ein systematischer Review zeigt, dass neben der Stigmatisierung mentaler Krankheiten und damit zusammenhängender Scham, sich Hilfe zu suchen, eine negative Einstellung gegenüber den Angeboten eine der größten Barrieren für Frauen und Mädchen mit Fluchtgeschichte in High-Income-Ländern darstellt (DeSa et al. 2022).

Im Jahr 2021 wurde im UK eine Umfrage mit dem Titel „Frauengesundheit – Lasst uns darüber reden“ durchgeführt, die Aufschluss darüber gibt, welche Bedarfe und Bedürfnisse Frauen über 16 Jahre (v. a. cisgender) in Hinblick auf Gesundheitsinformationen zur Frauengesundheit haben (n = 95.051; Results of the 'Women's Health – Let's talk about it' survey (www.gov.uk)). Ein zentraler Bedarf besteht darin, die Qualität und die Dissemination für die breite Bevölkerung zu verbessern.

Angelehnt an die Umfrage zeigt sich, dass der Wohnort als **soziodemografische Determinante** Einfluss auf den Zugang zu Gesundheitsinformationen haben kann. Am besten erreichbar sind Gesundheitsservices für Frauen, die im großstädtischen Bereich leben. Dass der Faktor auch in Österreich eine Rolle spielt, zeigen die Daten zur kassenärztlichen Versorgung im Fachbereich Gynäkologie: Während in dicht besiedelten Regionen sowie in kleineren Städten nur in etwa jede vierte Ärztin bzw. jeder vierte Arzt im niedergelassenen Bereich eine Wahlarztpraxis hat, ist es in ländlichen Regionen bereits jede:r zweite. Seit 2010

steigt der Anteil der Wahlärztinnen und Wahlärzte insbesondere in ländlichen Regionen, während es immer weniger Kassenärztinnen und Kassenärzte gibt³⁵ (Regiomed 2020).

In **ländlicheren Regionen** ist in Hinblick auf die örtliche Erreichbarkeit und die Öffnungszeiten der Zugang zu den Frauengesundheitsservices im UK am schlechtesten. Für Frauen im Alter von 40 bis 49 bzw. von 50 bis 59 Jahren, Frauen mit Beeinträchtigungen sowie Frauen, die nicht cisgender oder Teil einer anderen Gruppe als die „White Respondents“ sind, trifft dies am stärksten zu (Results of the ‘Women’s Health – Let’s talk about it’ survey (www.gov.uk)).

Mit Blick auf einen **kultursensiblen Zugang** braucht es ausgebildete Gesundheitsdienstleister:innen, die auch als kulturelle und sprachliche Mediatorinnen und Mediatoren agieren können (Chakraverty et al. 2020). Dafür sind Trainingskurse für im Gesundheitsbereich Tätige Voraussetzung, damit diese frauenzentrierte und kultursensible Information und Kommunikation anwenden können, ohne Frauen zu stigmatisieren (Homeyard et al. 2016; Kasper et al. 2022). In Gaiswinkler/Weigl (2019) wird gezeigt, dass das Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund in ihren Einstellungen, Haltungen, ihrem Wissen und Verhalten in Bezug auf Gesundheit und Krankheit sehr heterogen ist. Gleichzeitig ist eine Tendenz vorhanden, Gesundheit in erster Linie als Abwesenheit von Krankheit und Schmerz zu verstehen. Erfahrungen, die Frauen mit dem Gesundheitssystem machen, prägen nicht nur ihre Einstellung dazu, sondern in der Folge auch ihre Bereitschaft, einschlägige Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Für Frauen, die negative Erfahrungen machen, ist ein vertrauensvoller Kontakt in weiterer Folge nur schwer herzustellen. Eine Erhebung der gendersensiblen Informations- und Kommunikationskompetenz von Gesundheits- und Sozialberufen in Österreich kann die Grundlage dafür darstellen.

Die individuelle Gesundheitskompetenz (siehe Glossar) ist ein zentraler Faktor im Umgang mit Gesundheitsinformationen, wird aber auch maßgeblich von organisatorischen Aspekten beeinflusst. Dafür haben sich Standards im Gesundheitskompetenzbereich für unterschied-

³⁵ Die Definition des Grads der Urbanität findet sich in folgender Quelle: Methodology - Degree of urbanisation - Eurostat (europa.eu).

liche Settings (Schulen, Krankenhäuser, Betriebe etc.) etabliert. Geschlechtsspezifische Aspekte werden in den Konzepten jedoch noch kaum berücksichtigt (Rahmenbedingungen in Organisationen und Settings - ÖPGK (oepgk.at)).

Die in der österreichischen Erhebung zur Gesundheitskompetenz³⁶ (HLS₁₉-AT) erfragten Kompetenzen sind Schlüsselfaktoren für eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung. Beim Suchen und Finden von Gesundheitsinformationen zeigen sich signifikante Unterschiede in Hinblick auf das Geschlecht:

- **Frauen nutzen** seltener ihr soziales Umfeld (6 % vs. 8 %) und digitale Quellen (41 % vs. 44 %) im Vergleich zu Männern, aber **häufiger schriftliche Unterlagen** (10 % vs. 7 %) ($p < 0,05$). Das trifft v. a. auf Frauen zu, die älter als 60 Jahre sind, eine oder mehrere chronische Erkrankungen haben und maximal einen Pflichtschulabschluss haben (Griebler et al. 2021).
- **Frauen** verwenden **häufiger soziale Medien** (v. a. Frauen zwischen 18 und 29 Jahren, die in einer schwierigen finanziellen Situation sind) in Zusammenhang mit Gesundheit, Männer häufiger digitale Geräte und Gesundheits-Apps ($p < 0,05$) (Griebler et al. 2021).

Darüber hinaus weisen die Ergebnisse des österreichischen Teils der Gesundheitskompetenzbefragung auf besondere Bedarfe von Frauen in Hinblick auf einzelne Items der digitalen, kommunikativen und navigationsbezogenen Gesundheitskompetenz hin (siehe Tabelle 5).

³⁶ Folgen geringer Gesundheitskompetenz sind, dass Frauen weniger oft zum Screening auf Geschlechtskrankheiten gehen, seltener Schwangerenvorsorge in Anspruch nehmen und sich mit auffälligen Testergebnissen bei der Gebärmutterhalskrebsvorsorge weniger beraten lassen – im Vergleich zu Frauen mit einer höheren Gesundheitskompetenz (Kilfoyle et al. 2016). Ein ebenfalls positiver Zusammenhang zwischen der GK und der Bereitschaft, an einer HPV-Impfung teilzunehmen, wurde bei Frauen im Collegalter dokumentiert (Lee et al. 2015).

Tabelle 5: Besondere Bedarfe von Frauen in Hinblick auf die Gesundheitskompetenz

Kompetenzbereich	Ergebnisse HLS19-AT
Digitale Gesundheitskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen geben häufiger an als Männer, dass es ihnen schwerfällt, zu beurteilen, ob hinter angebotenen Informationen wirtschaftliche Interessen stecken (52,1 % der Frauen vs. 47,3 % der Männer) und • ob die gefundenen Informationen vertrauenswürdig sind (49,3 % der Frauen vs. 44,5 % der Männer), und • unterschiedliche Internetseiten aufzusuchen, um zu prüfen, ob dort gleiche Informationen zu einem Thema stehen (24,1 % der Frauen vs. 20 % der Männer). • Das trifft v. a. für Frauen im Alter 60+ zu, die maximal einen Pflichtschulabschluss haben, in einer schwierigen finanziellen Situation sind und denen der Umgang mit chronischen Erkrankungen schwerfällt (Griebler et al. 2021).
Kommunikative Gesundheitskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen geben häufiger an als Männer, dass es ihnen schwerfällt, von Ärztinnen und Ärzten Informationen zu bekommen (12 % der Frauen vs. 9,7 % der Männer), die sie benötigen, und diesen während des Gesprächs Fragen zu stellen (7 % der Frauen vs. 5 % der Männer). • Das trifft v. a. auf Frauen im Alter zwischen 30 und 59 Jahren zu, die in einer schwierigen finanziellen Situation sind und Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen haben (Griebler et al. 2021).
Navigationskompetenz innerhalb des Gesundheitssystems	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen geben häufiger an als Männer, dass es ihnen schwerfällt, Informationen darüber zu verstehen, wie das Gesundheitssystem funktioniert (34,7 % der Frauen vs. 29,8 % der Männer), • und sich für sich selbst einzusetzen, wenn ihre Gesundheitsversorgung nicht ihren Bedürfnissen entspricht (32,6 % der Frauen vs. 28 % der Männer). • Das trifft v. a. auf Frauen im Alter zwischen 30 und 59 Jahren zu, die in einer schwierigen finanziellen Situation sind und Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen haben (Griebler et al. 2021).

Quelle: Auswertungen des HLS₁₉-AT (Griebler et al. 2021); Darstellung: GÖG

Die beschriebenen Kompetenzbereiche haben einen Einfluss auf die selbstbestimmte Entscheidungsfindung. Sie weisen darauf hin, dass es nach wie vor schwierig ist, überhaupt GGI zu finden. Eine Konsequenz fehlender geschlechtergerechter GGI (ÖPGK 2020) ist, dass unklar bleibt, ob die Aussagen auf Frauen und Männer gleichermaßen zutreffen oder nicht. Die BZgA hat ein Frauen- und Mädchengesundheitsportal eingerichtet, das auch für Österreich beispielgebend sein kann (BZgA 2022d). Strukturelle Grundvoraussetzung für eine geschlechtergerechte Information sind

- die konsequente Berücksichtigung von Frauen in wissenschaftlichen Studien (siehe Kapitel 3.2),
- Ressourcen, um Fragestellungen/Probleme (z. B. Endometriose), die Frauen besonders betreffen, zu beforschen,
- die durchgängige Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Unterschieden in medizinischen Leitlinien und
- eine konsequente Aufbereitung von Daten in Gesundheitsformationen nach Geschlecht (siehe Qualitätskriterium Guter Gesundheitsinformation „Berücksichtigung von Alters- und Geschlechterunterschieden“ (ÖPGK 2020).

Um in Zukunft Barrieren besser zu verstehen, braucht es Motivforschung. Was damit gemeint ist, zeigt ein Beispiel aus Norwegen: Dort wurde eine qualitative Fokusgruppenstudie mit Frauen aus Somalia und dem Sudan durchgeführt, um Barrieren in Hinblick auf den fehlenden Zugang zu spezialisierten Angeboten im Bereich FGM/C (siehe Glossar) zu identifizieren. Die Ergebnisse zeigten, dass die Unsicherheit über FGM/C als Ursache für Gesundheitsprobleme, Unkenntnis über Angebote, mangelnde Kompetenz der Allgemeinmediziner:innen zum Thema FGM/C und negative Interaktionen mit Gesundheitspersonal Barrieren darstellen (Ziyada/Johansen 2021).

Für alle im Frauengesundheitsbericht behandelten Themen zeigt sich der Bedarf eines flächendeckenden, unabhängigen Beratungsangebots zu Diagnosen, Behandlungen und Gesundheitsförderungs- sowie Präventionsangeboten, die in einfacher Sprache vermittelt werden und kultursensibel sind. Durch die Zugangsbarrieren der Angebote im öffentlichen Raum werden Beratungen im privaten Raum abgewickelt (Lombardo et al. 2014). Es braucht Beratung und Information, die mit Mädchen und Frauen partizipativ entwickelt werden, um deren Bedarfe zu adressieren. Die Angebote und Informationen sind dann am wirkungsvollsten, wenn sie in den Lebenswelten der Mädchen und Frauen zu finden sind (Communities, Schulen, Arbeitsplatz) (Lombardo et al. 2014).

6 Gesundheitliche Auswirkungen von Krisen auf Frauen

Historisch ist zu beobachten, dass große gesellschaftliche Krisen wie Kriege, Pandemien, Naturkatastrophen oder Wirtschaftskrisen zu gesellschaftlichen Verschiebungen führen, die sich auch auf das Geschlecht ungleich auswirken. Mit der COVID-19-Pandemie war zu beobachten, welche Effekte diese auf verschiedenen Ebenen (medizinisch und gesellschaftlich) hatte und wie davon Frauen, Männer oder marginalisierte Gruppen unterschiedlich betroffen waren (siehe Kapitel 6.1). Während sich mit der COVID-19-Pandemie mittlerweile eine gewisse Routine eingestellt hat, lassen sich kriegsbedingte oder klimabedingte Auswirkungen für Gebiete, die geografisch in Österreich bzw. Mitteleuropa liegen, nur skizzieren. Anhand aktuellerer Fokussierungen werden für den Bereich Klima zunehmend auch Frauen- und Genderperspektiven betrachtet (siehe Kapitel 6.2).

6.1 COVID-19-Pandemie

Seit Anfang 2020 bestimmt die COVID-19-Pandemie tiefgreifend das Leben der gesamten Bevölkerung in Österreich. Frauen waren und sind immer noch aufgrund ihres Geschlechts mit besonderen Gesundheitsrisiken und -folgen konfrontiert (Connor et al. 2020). Seit Beginn sind sie einem höherem Ansteckungsrisiko ausgesetzt (Haas et al. 2021), da sie in der formellen wie informellen Pflege- und Betreuungsarbeit sowie in systemrelevanten Berufen (Repnik 2020), in denen Homeoffice kaum möglich ist, überrepräsentiert sind. Einige Studien haben gezeigt, dass Frauen ein geringeres Risiko für schwere Erkrankungen und höhere Überlebenschancen bei einer SARS-CoV-2-Infektion haben als Männer (Haitao et al. 2020; Richardson et al. 2020). Wie jedoch eine Übersichtsarbeit, die den Zusammenhang zwischen Geschlecht, Depression, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und COVID-19 mit Fokus auf Long COVID untersucht, zeigt, haben Frauen bis zu einem Alter von etwa 60 Jahren ein doppelt so hohes Risiko, an Long COVID zu erkranken (Bucciarelli et al. 2022). In höheren Altersgruppen ist das Risiko ähnlich hoch. Die Ursachen für Long-COVID-Symptome sind bis dato noch nicht vollständig geklärt. Vermutet wird eine Entzündungs- oder aber auch eine Autoimmunreaktion, die durch das Virus selbst ausgelöst werden. Die Autoimmunhypothese könnte die höhere Inzidenz von Long COVID bei Frauen erklären (Bucciarelli et al. 2022).

Über die epidemiologischen Aspekte der Pandemie hinaus müssen bei Diskussionen über die gesundheitlichen Auswirkungen von COVID-19 auf Frauen auch die besonderen Bedingungen berücksichtigt werden, die ihren Gesundheitszustand beeinflussen (Connor et al. 2020). Die Konsequenzen der COVID-19-Pandemie trafen vulnerable Gruppen (Menschen mit Migrationshintergrund, Alleinerziehende, bildungsferne Familien), die bereits vorher überproportional von Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung bedroht waren, besonders stark. So entfielen knapp 55 Prozent der Jobverluste in Österreich im Jahr 2020 auf Frauen, obwohl sie nur 45 Prozent der Beschäftigten ausmachen – gleichzeitig wurden neue Arbeitsplätze vor allem mit Männern besetzt. Homeschooling und Lockdowns erschwerten es Frauen mit Betreuungspflichten zusätzlich, ihrem Beruf nachzugehen, was für viele Frauen bedeutete, ihre Arbeitszeit zu reduzieren oder ihren Job aufzugeben.

Ein weiteres Beispiel für prekäre Verhältnisse während der Pandemie, die vor allem Frauen betrafen, stellen die Arbeitsbedingungen von Sexdienstleisterinnen dar. Für sie gab es während der COVID-19-Pandemie keine Möglichkeit, ihrer Arbeit legal nachzugehen. Durch einen Mangel an Ersatz und Sozialleistungen wurden diese in großem Umfang in die Illegalität gedrängt. Diese Verschiebung hatte auch zur Folge, dass Beratungsstellen und Polizei einen erheblich schwereren Zugang zu Sexarbeiterinnen hatten (AG Prostitution 2021). Sexarbeiterinnen verloren durch das Arbeitsverbot oft auch die einzige Möglichkeit, über ihre Situation mit anderen, zum Teil vertrauten Menschen zu sprechen. (Haas et al. 2021)

Auch ältere und alte Frauen waren von den Auswirkungen der Pandemie anders betroffen als Männer. Eine vom BMSGPK in Auftrag gegebene Studie evaluierte die Auswirkungen der Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie auf ältere Menschen. Anhand von SHARE-Daten zeigen Studienergebnisse, dass insbesondere Frauen in der Altersgruppe 55 bis 64 Jahre von Veränderungen der beruflichen Situation während der Pandemie betroffen waren. Hinzu kamen bei Frauen oftmals Mehrfachbelastungen durch die Pflege von Angehörigen und/oder freiwilliges Engagement, das sich bei älteren Frauen unter 65 teilweise verdoppelt hatte. Hochaltrige Frauen gaben an, die Maßnahmen als weniger einschränkend zu empfinden als Männer. Sie hielten Maßnahmen auch konsequenter ein als Männer. Dies betraf insbesondere den privaten, sozialen Bereich, wie Treffen mit Freundinnen und Freunden, private Feiern und die Vermeidung öffentlicher Orte. Die Ergebnisse der Hochaltrigenstudie (ÖPIA 2022b) zeigen, dass ältere und alte Frauen angeben, häufiger einsam zu sein, dass sie jedoch häufiger Lebensfreude und Glücksgefühle empfinden.

Durch die geschlechtsspezifischen Auswirkungen der Pandemie wurde einmal mehr sichtbar, dass sich soziale Ungleichheiten in Krisenzeiten verschärfen und sich heteronormative

Geschlechterrollen verfestigen. Um die damit einhergehenden gesundheitlichen Risikofaktoren für Frauen abzumildern, bräuchte es einerseits geschlechtsspezifische und bedarfsorientierte Maßnahmen, die diese Risikofaktoren berücksichtigen. Andererseits wären eine gleichmäßige Aufteilung unbezahlter und bezahlter Arbeit sowie die Aufwertung „systemrelevanter“ Berufe, die nach wie vor hauptsächlich von Frauen ausgeübt werden, notwendig (BMSGPK o. J.; Fink et al. in BMSGPK 2021).

6.2 Klimakrise

Nachdem Klimapolitik lange Zeit als geschlechtsneutral betrachtet wurde, gewinnt die Genderperspektive auf Klimawandel und Klimaschutz seit einigen Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit. Das gilt in erster Linie für die internationale Klimapolitik, hier haben die Klimaverhandlungen der Vereinten Nationen die Wahrnehmung der Relevanz von Genderaspekten für Klimagerechtigkeit vorangetrieben und das Thema Gender und Klima als regelmäßigen Tagesordnungspunkt auf die Agenda der Vertragsstaatenkonferenzen gesetzt (Umweltbundesamt 2020). In einem Bericht des Europäischen Parlaments aus dem Jahr 2017 – Bericht über Frauen, die Gleichstellung der Geschlechter und Klimagerechtigkeit (Europaparlament 2022) wird davon ausgegangen, dass die Auswirkungen des Klimawandels die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Diskriminierung, Gesundheitsgefahren, Verlust der Existenzgrundlage, Migration, Armut, Menschenhandel, Gewalt, sexuelle Ausbeutung, Ernährungsunsicherheit und Zugang zu Infrastruktur und grundlegenden Dienstleistungen verschärfen werden. Frauen, denen durchschnittlich weniger finanzielle Ressourcen zur Anpassung zur Verfügung stehen, bekommen die Auswirkungen des Klimawandels am stärksten zu spüren. Dies kann dazu führen, dass sich mittel- und langfristig ihre Lebensqualität und auch ihre in Gesundheit verbrachten Lebensjahre reduzieren.

Die ungleiche Beteiligung von Frauen an Entscheidungsprozessen und ihre ungleiche gesellschaftliche und sozioökonomische Präsenz verschärfen die strukturellen Ungleichheiten zudem und hindern sie daran, in vollem Umfang zur Formulierung, Planung und Durchführung von gesundheitsbezogener Klimapolitik beizutragen und daran mitzuwirken. Es bedarf daher einer gesonderten Anstrengung, um die geschlechtsspezifischen Auswirkungen des Klimawandels zu identifizieren und systematisch zu adressieren mit dem Ziel, bestehende Ungleichheiten auszugleichen und einer Verstärkung entgegenzuwirken.

Maßnahmen im Bereich der Klimawandelanpassung müssen daher die Teilhabe aller Frauen und Mädchen sicherstellen. Entsprechend dem Bericht müssen sie als wirkungsvolle Akteurinnen in die Entwicklung, Umsetzung und Durchführung von nationalen, regionalen und lokalen Initiativen miteinbezogen werden, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit sicherzustellen. Insbesondere bei der Erarbeitung und Entscheidung von Abschwächungs- und Anpassungsstrategien zu sozialen und gesundheitlichen Folgen wie auch von Strategien für eine Klimagerechtigkeit sollten Frauen eine zentrale Rolle bekommen.

7 Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet den Umstand, dass Menschen – unabhängig von individuellen und sozialen Merkmalen – über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen (Richter/Hurrelmann 2009 in Griebler et al. 2017). Gesundheitliche Chancengerechtigkeit stellt somit kein alleinstehendes Thema dar, sondern ist als themenübergreifende Dimension zu verstehen.

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt, sind Frauen aufgrund ihres Geschlechts und der damit einhergehenden Anforderungen und Vorstellungen mit einer Vielzahl an potenziellen Risikofaktoren, die die Gesundheit beeinflussen, konfrontiert. Neben dem Geschlecht gibt es weitere Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit, die bereits vielfach belegt wurden (GÖG 2022a). Soziale Ungleichheiten, die im Zusammenhang mit den Intersektionen zwischen Geschlecht, sozioökonomischem Status und/oder weiteren Differenzkategorien (u. a. Migrations- oder Fluchterfahrung, Hautfarbe, sozialer Status und Bildungsstand, Alter, Behinderung, Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung) stehen, zeigen sich in vielen Lebensbereichen, die die Gesundheit betreffen. Sie haben einen Einfluss darauf, inwieweit Mädchen und Frauen selbstbestimmte und informierte Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit treffen können. Einerseits bestimmen gesundheitliche Ungleichheiten den Zugang zu bestimmten Ressourcen. Im Zusammenhang mit Frauengesundheit geht es hier beispielsweise um folgende Aspekte:

- Zugang zu Gesundheitsinformationen und Erlangen von Gesundheitskompetenz
- Zugang zu Menstruationsartikeln sowie zu rechtzeitiger Information,
- selbstbestimmte Entscheidung über Reproduktion und Sexualität
- Zugang zu reproduktiven Behandlungsmöglichkeiten sowie zu Verhütungsmitteln im Sinne einer selbstbestimmten Familienplanung
- Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen auch bei niedriger Versorgungsdichte

Andererseits führen soziale Ungleichheit, Diskriminierung und Stigmatisierung zu Risikofaktoren für die Gesundheit durch die oftmals damit einhergehenden hohen psychischen Belastungen (siehe Kapitel 5.4) sowie durch das höhere Risiko, Gewalt ausgesetzt zu sein (siehe Kapitel 5.5 und 5.3.6). Neben dem höheren Risiko für psychische Erkrankungen können Gewalterfahrungen und hohe psychische Belastungen auch Auswirkungen darauf haben, wie Frauen Übergänge in andere Lebensphasen erleben (siehe Kapitel 5.3.3).

Wichtig bei der Betrachtung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ist, dass die oben genannten sozialen Kategorien nicht als additive Perspektiven verstanden werden, die isoliert voneinander konzeptualisiert werden können (Walgenbach 2014b). Im Sinne der Intersektionalität muss die Wechselwirkung dieser Kategorien in die Analyse miteinbezogen werden. Bei der Entwicklung von Maßnahmen für Mädchen- und Frauengesundheit im Sinne der Chancengerechtigkeit muss folglich auf besondere Bedürfnisse und Ressourcen geachtet werden, welche beispielsweise Frauen und Mädchen mit Behinderung, wohnungslose Frauen und Mädchen sowie Frauen und Mädchen mit Migrations- oder Fluchterfahrung mitbringen können. Hier braucht es spezifische niederschwellige, bedürfnis- und zielgruppenorientierte Angebote.

8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Mit dem vorliegenden Frauengesundheitsbericht werden nach über zehn Jahren wieder Informationen zur gesundheitlichen Situation von Mädchen und Frauen bereitgestellt. In der zusammenfassenden Schlussbetrachtung sind die Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Limitationen zum Bericht komprimiert zusammengefasst.

Ergebnisse

Demografische Charakteristika

Von ihren im Durchschnitt 84 Lebensjahren verbringen Frauen nach selbsteingeschätztem Gesundheitszustand rund 20 Jahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit. Sie leben während der Familiengründungs- und Familienversorgungsjahre überwiegend in Partnerschaften, ab ihrem sechzigsten Lebensjahr geht die Lebensform in einer Partnerschaft jedoch stark zurück und rund ein Drittel lebt im Alter zwischen 60 und 79 Jahren allein. Ab dem achtzigsten Lebensjahr lebt mehr als die Hälfte der Frauen allein.

Obwohl die Erwerbstätigenquote von Frauen inzwischen bei 67 Prozent liegt, ist ein Großteil davon Teilzeitarbeit (49,6 %). Die hohe Teilzeitquote ist unter anderem wiederum mit unbezahlter Betreuungsarbeit zu erklären, die aufgrund von Geschlechterstereotypen und Rollenbildern nach wie vor von Frauen ausgeführt wird.

Obwohl geschlechtsspezifische Lohnunterschiede in den letzten Jahren verringert werden konnten, liegt der Gender-Pay-Gap in Österreich bei 18,9 Prozent. Die Gründe dafür sind laut Statistik Austria statistisch nur zu einem Drittel erklärbar. Zwei Drittel des gesamten Gender-Pay-Gap können nicht über Merkmale wie Branche, Beruf, Alter, Dauer der Unternehmenszugehörigkeit und Arbeitszeitausmaß erklärt werden. Geringe Einkommen und unbezahlte Sorgearbeit von Frauen wirken sich auf ihre Pensionszahlung aus. In Österreich liegt eine große geschlechtsspezifische Pensionslücke von über 40 Prozent vor. Frauen erhalten pro Monat im Durchschnitt 900 Euro und pro Jahr über 10.000 Euro weniger Pension als Männer.

Geringe Einkommen, unbezahlte Sorgearbeit und geringe Pensionszahlungen sind Gründe für Armut und verstärken gleichzeitig das Armutsrisiko für Frauen. Innerhalb der Gruppe von Frauen sind Alleinerzieherinnen, Frauen mit Behinderungen, Frauen mit Migrationshintergrund und allein lebende ältere Frauen besonders betroffen. 91 Prozent der alleinerziehenden Haushalte mit Kindern unter 15 Jahren sind Frauen.

Körper- und Selbstbilder

Bei Mädchen entwickelt sich zunehmend eine Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Gewichtsstatus und dem Körper selbstbild. In der HBSC-Studie 2018 gaben 21 Prozent der 11-jährigen Mädchen, 33 Prozent der 13-jährigen Mädchen, 36 Prozent der 15-jährigen Mädchen und 31 Prozent der 17-jährigen Mädchen an, dass sie sich zu dick fühlen, obwohl sie laut Body-Mass-Index (BMI) normalgewichtig oder sogar untergewichtig sind. Dies trifft insgesamt auf fast doppelt so viele Mädchen wie Burschen zu. Die Infragestellung des Selbstwerts wird zunehmend am Aussehen festgemacht. Schlankheit und Schönheit werden mit beruflichem Erfolg und einem hohen sozialen Status gleichgesetzt. (Inter-)Nationale Studienergebnisse zeigen Zusammenhänge zwischen der Nutzung von sozialen Medien und einer erhöhten Körperunzufriedenheit sowie einem gestörten oder veränderten Essverhalten. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass Medien ein Mitauslöser neben komplexen Aspekten wie genetischen, sozialen und familiären bzw. individuellen Dispositionen sind und nicht als alleinige Ursache für Körperunzufriedenheit oder ein gestörtes oder verändertes Essverhalten anzuführen sind.

Sexuelle Gesundheit, Menstruationsgesundheit und reproduktive Gesundheit

Sexuelle Gesundheit ist ein grundlegender Bestandteil der allgemeinen Gesundheit. In Österreich ist die Datenlage diesbezüglich im Allgemeinen lückenhaft. Daten zu nicht reproduktionsbezogenen Aspekten der Sexualität, zur sexuellen Identität sowie zur Vielfalt gelebter Sexualitäten fehlen größtenteils. Da die sexuelle Gesundheit von Frauen nach wie vor stark aus der reproduktiven und der Risikoperspektive (z. B. Schwangerschaftsvorbeugung) betrachtet wird, gilt es, einen positiven Zugang zur weiblichen Sexualität zu fördern, der insbesondere Themen wie weibliche Lust, sexuelles Verlangen und einen aktiven Umgang mit dem Orgasmus-Gap umfasst und Mädchen und Frauen in ihrer Selbstbestimmtheit stärkt. Sexuelle Erfahrungen von Mädchen und jungen Frauen führen zu einer Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Körper, der sich im Laufe der Lebensphasen verändert. Sexuelle Bildung für Frauen und Mädchen sollte Raum geben, um über Mythen zu tabuisierten und

stigmatisierten Themen wie Menstruation, Sex und Möglichkeiten der Verhütung zu sprechen. Ergänzend sollten sie auch Unterstützung durch Frauenärztinnen und Frauenärzte erfahren, die sie in einer selbstbestimmten Sexualität stärken.

Menstruationsgesundheit umfasst sowohl den medizinischen Umgang mit Menstruation als auch psychosoziale, gesellschaftliche und systemische Faktoren, die mit der Menstruation bzw. dem weiblichen Zyklus in Zusammenhang stehen und die Gesundheit beeinflussen. Repräsentative Zahlen aus Deutschland (2019) zeigen, dass 84 Prozent der Mädchen mit 13 Jahren oder jünger ihre erste Regelblutung (Menarche) hatten. Für Zyklusstörungen und Menstruationsbeschwerden haben sich in der medizinischen Praxis eigene Krankheitsbilder und Diagnosen etabliert. Frauen und Mädchen berichten häufig von Menstruationsbeschwerden. In Österreich wurde bisher keine repräsentative Studie zu Menstruationsgesundheit durchgeführt. Daten und Informationen wären erforderlich, um den grundlegenden Gesundheitsbereich der Frauen und Mädchen in den Vordergrund zu rücken und zu fördern. Mangelndes Wissen sowie eine unangemessene medizinische Versorgung verstärken die Gesundheitsprobleme und ihre Auswirkungen. Mädchen und Frauen benötigen einen höheren Grad an Aufklärung und Informationen. Informationsmangel besteht auch in Zusammenhang mit menstruationsassoziierten gynäkologischen Erkrankungen wie beispielsweise Endometriose. Zur Menstruationsgesundheit gehören auch die Wechseljahre von Frauen, die in Ländern wie Österreich häufig noch negativ konnotiert und stereotypisiert sind. Sie gehen meistens mit der Abwertung von Alterungsprozessen von Frauen einher. Auswirkungen von Menstruationsbeschwerden sind vielfältig und können sich auf eine Reduktion der Lebensqualität auswirken, z. B. in Form von finanziellen Problemen aufgrund von Produktivitätsverlusten oder Beziehungsproblemen, Problemen in der beruflichen Laufbahn oder Problemen in intimen Beziehungen. Menstruation ist nach wie vor ein tabuisiertes und stigmatisiertes Thema in der Gesellschaft. Das führt zu sozial konstruierten Mythen sowie zu einer negativen Einstellung und vielfach sogar Pathologisierung eines natürlichen körperlichen Prozesses bei Frauen und Mädchen. Menstruationsgesundheit betrifft neben dem Zugang zu Wissen auch einen leistbaren und niederschweligen Zugang zu Menstruationsartikeln. Insbesondere Frauen und Mädchen in sozioökonomisch benachteiligten Lebenssituationen haben Schwierigkeiten, sich Menstruationsartikel zu leisten. Mit 1. Jänner 2021 wurde in Österreich ein erster Schritt bezüglich Leistbarkeit durch die Senkung des Steuersatzes auf Menstruationsartikel gesetzt.

Reproduktive Gesundheit umfasst nach dem ICPD (International Conference of Population and Development) Programme of Action einen Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Beschwerden oder Erkrankungen,

die das Fortpflanzungssystem und seine Funktionen betreffen. Für Frauen bedeutet das freie Entscheidung über das eigene reproduktive Leben und die Verhütungsmittel, freie Entscheidung über Familienplanung und Zahl der Kinder, Zugang zu Aufklärungsprogrammen, Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung und Beratung sowie ein Leben frei von sexuellem Zwang. Die WHO hat im Jahr 2022 zudem die Verbesserung des Zugangs zu einer umfassenden Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen als wesentlich für die Erreichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) in Bezug auf Gesundheit und Wohlergehen (SDG3) und Gleichstellung der Geschlechter (SDG5) definiert. Die Versorgung und Begleitung von ungewollt Schwangeren ist darin Teil einer grundlegenden Gesundheitsversorgung. Ein niederschwelliger, flächendeckender und sicherer Zugang für Mädchen und Frauen ist demnach auch in Österreich erforderlich. Seit Juli 2020 kann in Österreich zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch das Medikament Mifegyne auch von niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen für betroffene Frauen und Mädchen verschrieben werden.

Psychische Gesundheit

Frauengesundheit steht in starker Assoziation zu psychischer Gesundheit. Durch die COVID-19-Krise wurde dieser Zusammenhang auch medial verstärkt aufgegriffen. Die Lebenszeitprävalenz, an einer Depression zu erkranken, liegt für Frauen je nach Studie etwa zwei- bis dreimal so hoch wie jene für Männer. Trotz teils schwankender Prävalenzangaben zeigt sich in Studien zur Epidemiologie von Essstörungen nach Geschlecht durchgängig eine deutlich höhere Prävalenzrate von Essstörungen bei Frauen. Im Rahmen einer breit angelegten Studie mit österreichischen Schülerinnen und Schülern zwischen 10 und 18 Jahren wurde für 30,9 Prozent der Mädchen ein erhöhtes Risiko für das Entwickeln einer Essstörung festgestellt (Burschen: 14,6 %). Um dem erhöhten Risiko psychischer Erkrankungen bei Mädchen und Frauen entgegenzuwirken, braucht es gezielte gesellschaftspolitische Maßnahmen. Für Mädchen stellt ein negatives Körperbild, welches sich bereits im Jugendalter manifestiert, einen zentralen Risikofaktor dar. Ebenso sind Gewalterfahrungen ein hoher Risikofaktor zur Ausprägung psychischer Erkrankungen. Gute Bildung, hohes Einkommen und ein hoher Sozialstatus sind Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit wie auch Erwerbsarbeit, Arbeitsplatzsicherheit und verlässliche soziale Beziehungen.

Gewalt gegen Mädchen und Frauen

Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist vielfältig und spielt sich in unterschiedlichen Kontexten ab. Nur ein Drittel der Opfer von Gewalt in der Partnerschaft (33 %) und ein Viertel

der Opfer von Gewalt von anderen Personen (26 %) kontaktierten nach dem schwerwiegendsten Vorfall von Gewalt entweder die Polizei oder eine andere Einrichtung wie zum Beispiel eine Organisation zur Opferbetreuung. Ein großer Teil der Gewaltopfer wird im Gesundheitsbereich sichtbar. Gewalt in der Partnerschaft, Gewalt gegenüber Kindern, sexualisierte Gewalt gegenüber Frauen sowie gegenüber Menschen mit Behinderungen bleibt lange Zeit unentdeckt. Häufig sind Gesundheitsfachkräfte die ersten und nicht selten die einzigen Ansprechpersonen für die Betroffenen. Dem Gesundheitswesen kommt eine Schlüsselrolle in puncto Früherkennung von Gewalt zu. Jede Form von Gewalt wirkt sich maßgeblich auf die verschiedenen Dimensionen der Gesundheit aus. Bestimmte Gruppen sind besonders oder anders von Gewalt betroffen, was in der Gewaltprävention und -aufklärung gezielt berücksichtigt werden muss.

Zugang zu Beratung und Information

Der niederschwellige Zugang zu guter Gesundheitsinformation und guten Gesundheitsangeboten im Bereich Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung ist eine zentrale Gesundheitsdeterminante, die für alle im Frauengesundheitsbericht behandelten Themenbereiche entscheidend ist, damit alle Mädchen und Frauen gute und selbstbestimmte Entscheidungen für Ihre Gesundheit treffen können. Es braucht im Gesundheits- und Sozialbereich Tätige, die für frauenspezifische Gesundheitsthemen ausgebildet sind, und Trainingskurse für Angehörige der Gesundheitsberufe, die eine frauenzentrierte Information und Kommunikation anwenden können, ohne Frauen zu stigmatisieren. Eine Erhebung der gendersensiblen Informations- und Kommunikationskompetenz von Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe in Österreich kann die Grundlage dafür darstellen.

Schlussfolgerungen

Bei der Erstellung des Frauengesundheitsberichts erwies sich die Datenlage als besondere Herausforderung. Die verwendeten Daten und Informationen stammen häufig nicht aus Österreich, da sie entweder nicht vorhanden, nicht repräsentativ oder schwer zugänglich sind. Zu zentralen frauenspezifischen Gesundheitsfragen wie beispielsweise Menstruationsgesundheit, sexueller Gesundheit, detaillierten Informationen zu psychischen Belastungen, Auswirkungen von Gewalt auf Gesundheit oder dem Zugang zu guten Gesundheitsinformationen sowie zu frauenspezifischen Erkrankungen wie beispielsweise Endometriose wären zur Ableitung von Maßnahmen entsprechende Datengrundlagen notwendig. Für die zukünft-

tige Datengenerierung ist entscheidend, dass Daten für Frauen und Mädchen in ihren unterschiedlichen Lebensphasen und Lebenslagen erhoben werden, um zielgruppengenaue Analysen zu ermöglichen. Die weitere Umsetzung der Maßnahmen des Aktionsplans Frauengesundheit sowie die Themen der gesellschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, der Frauen- und Gendergesundheitsforschung, der Entwicklungen im Digital-Health- und KI-Bereich, der frauen- und genderspezifischen Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung erfordern neue Schwerpunktsetzungen im Gesundheitsbereich. Dem großen Bereich der Chancengerechtigkeit und Intersektionalität müsste in Folgeberichten ausreichend Raum gegeben werden. Frauenrelevante Gesundheitsthemen sind in nächsten Schwerpunktsetzungen nach den verschiedenen Lebensphasen und Lebenslagen von Mädchen und Frauen zu differenzieren. Sozioökonomisch benachteiligte Frauen und Mädchen, Frauen in Armut, Frauen und Mädchen in unterschiedlichen Altersphasen, Frauen mit Flucht- und Migrationsgeschichte, Frauen mit Behinderungen, alleinerziehende Frauen, wohnungslose Frauen, Sexarbeiterinnen, Frauen mit nichtbinärer Geschlechtsidentität haben verschiedene soziale Ausgangs- und Lebenslagen, die sich auch unterschiedlich darauf auswirken, wie gesund sie ihr Leben verbringen können. Eine präzisere Zielgruppenbetrachtung muss in nächsten Arbeiten und zukünftigen Maßnahmen das Gießkannenprinzip ablösen, um allen Frauen und Mädchen gleiche gesundheitliche Chancen zu ermöglichen.

Limitationen

Der vorliegende Frauengesundheitsbericht gibt nach über zehn Jahren wieder Auskunft über die gesundheitliche Lage von Mädchen und Frauen in Österreich. Es ist der erste Schritt, um einen Überblick herzustellen; im Bericht werden jedoch nicht alle wichtigen Aspekte der Frauengesundheit abgedeckt. Der Bericht ist nach dem Ansatz sozioökonomischer Determinanten erstellt und ist kein medizinischer Bericht. Jene Themen sind behandelt, die entweder nur Frauen oder auffallend häufiger Frauen sowie eine breite Gruppe von Frauen betreffen. Mit den Schwerpunktsetzungen auf die Gesundheit von Mädchen und Frauen zu Themen, die in klassischen Gesundheitsberichten kaum oder nicht vorkommen, konzentriert sich die Themenauswahl auf Körper- und Selbstbilder, sexuelle Gesundheit, Psychische Gesundheit, Gewalterfahrungen, Zugang zu Beratung und Information sowie Auswirkungen von Krisen. Auf wichtige Bereiche wie strukturelle Bedingungen, Forschung, Entwicklungen wie Digital-Health- und KI-Systeme, Versorgung, Gendermedizin, Gesundheitsförderung und Prävention wird punktuell verwiesen, sie bilden allerdings keinen Schwerpunkt. Dem großen Bereich der Chancengerechtigkeit und Intersektionalität

konnte im Frauengesundheitsbericht nicht ausreichend Raum gegeben werden. Frauenrelevante Gesundheitsthemen sind in nächsten Schwerpunktsetzungen nach den verschiedenen Lebensphasen und Lebenslagen der Mädchen und Frauen zu differenzieren. Sozioökonomisch benachteiligte Mädchen und Frauen, Frauen in Armut, Mädchen und Frauen in unterschiedlichen Altersphasen, Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderungen, alleinerziehende Frauen, wohnungslose Frauen, Sexarbeiterinnen, Frauen mit nichtbinärer Geschlechtsidentität sind nicht gleich in ihren sozialen Ausgangs- und Lebenslagen, Bedarfen und Bedürfnissen, die sich darauf auswirken, wie gesund sie ihr Leben verbringen können.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Strukturelle Meilensteine für Frauen und deren Gesundheit.....	26
Tabelle 2: Die zehn häufigsten Todesursachen bei Frauen nach 3-stelligen ICD-10-Krankheitsbildern, 2021	33
Tabelle 3: Unterschiede in der Gesundheit zwischen Frauen, Männern und Personen mit nichtbinärer Geschlechtsidentität.....	42
Tabelle 4: Frauenspezifische Erkrankungen – Patientinnen in Akutkrankenanstalten, Österreich 2021	70
Tabelle 5: Besondere Bedarfe von Frauen in Hinblick auf die Gesundheitskompetenz....	126
Tabelle 6: Entlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) bei stationären Aufenthalten von Frauen in Akutkrankenanstalten.....	175
Tabelle 7: Demografische, medizinische und soziale Merkmale von Geborenen sowie Müttern, 2011 bis 2021	178

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Armutsgefährdung bei Frauen ab 18 Jahren, 2008–2021	20
Abbildung 2: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand bei Frauen ab 18 Jahren, nach Einkommen.....	21
Abbildung 3: Anzahl der unter- oder normalgewichtigen Schüler:innen, die sich als zu dick empfinden	48
Abbildung 4: Modell Einflussfaktoren auf Menstruationsgesundheit.....	65
Abbildung 5: Gestationsdiabetes (ICD-10: O24.4): Rate der Patientinnen in österreichischen Akutkrankenanstalten, 2008–2021	88
Abbildung 6: Lebenszufriedenheit und emotionales Wohlbefinden nach Alter und Geschlecht	101

Literaturverzeichnis

- AG Prostitution (2021): *Regelung der Prostitution in Österreich. Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Prostitution“ im Rahmen der Task Force Menschenhandel*. Hg. v. Bundeskanzleramt, Sektion III Frauenangelegenheiten und Gleichstellung Wien.
- Åhs, Jill W. / Dhejne, Cecilia / Magnusson, Cecilia / Dal, Henrik / Lundin, Andreas / Arver, Stefan / Dalman, Christina / Kosidou, Kyriaki (2018): Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. In: *PLoS one* 13/10:e0204606.
- Annborn, A. / Finnbogadóttir, H. R. (2022): Obstetric violence a qualitative interview study. In: *Midwifery* 105/:103212.
- Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Gaiswinkler, Sylvia / Klein, Charlotte / Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja / Strizek, Julian (2021): *Epidemiologiebericht Sucht 2021. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich.
- AÖF (2021): *Gewalt an Frauen und Mädchen in Österreich*. AÖF - Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser, Wien.
- Araujo, J. O. / Souza, F. M. / Proença, R. / Bastos, M. L. / Trajman, A. / Faerstein, E. (2019): Prevalence of sexual violence among refugees: a systematic review. In: *Rev Saude Publica* 53/:78-doi: 10.11606/s11518-18787.2019053001081. eCollection 2019053002019.
- Arbeitskreis Frauengesundheit (2009): 16. AKF-Jahrestagung 2009: Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit. Aus dem Programm. [Online]. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF). <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2009/12/20/16-akf-jahrestagung-2009-frauengesundheit-in-sozialer-ungleichheit/> [Zugriff am 07.11.2022].
- Ärzttekammer, Österreichische (Hg.) (2022): BKNÄ: HPV-Impfaktion – Aufholjagd. *Österreichische Ärztezeitung* 10/ 25.05.2022. <https://aerztezeitung.at/ausgabe/2022-oaz-10>.
- Aubeeluck, Aimee / Maguire, Moira (2002): The Menstrual Joy Questionnaire Items Alone Can Positively Prime Reporting of Menstrual Attitudes and Symptoms. In: *Psychology of Women Quarterly* 26/2:160-162.
- Beaujouan, Eva / Berghammer, Caroline (2019): The Gap Between Lifetime Fertility Intentions and Completed Fertility in Europe and the United States: A Cohort Approach. In: *Population Research and Policy Review* 38/4:507-535.
- Berghammer, Caroline / Schmidt, Eva-Maria (2019): *Familie, Partnerschaft und Geschlechterrollen: Alles im Wandel*. Quo vadis, Österreich? Wertewandel zwischen 1990 und 2018. Wien: Czernin.
- Bernat, Erwin (2015): Das österreichische Fortpflanzungsmedizingesetz wurde liberalisiert. In: *Der Gynäkologe* 48/9:686-691.
- Bhuptani, Prachi H. / Messman-Moore, Terri L. (2019): Blame and Shame in Sexual Assault. In: *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention*. O'Donohue, William T. / Schewe, Paul A. (Hrsg.). Cham: Springer International Publishing. S. 309-322.

- BKA (2019): *Pränatal diagnostik Spezielle vorgeburtliche Untersuchungen*. Hg. v. Bundeskanzleramt. Wien.
- BKA (2022): *Einkommen und der Gender Pay Gap*. [Online]. Bundeskanzleramt. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gender-statistiken/armuts-oder-ausgrenzungsgefaehrdung> [Zugriff am 21.10.2022].
- BMASGK (2018a): *Aktionsplan Frauengesundheit. 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich*. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Wien.
- BMASGK (2018b): *Gender-Gesundheitsbericht Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid*. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.
- BMASGK (2018c): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018*. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.
- BMASGK (2019): *Gender-Gesundheitsbericht Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid*. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Wien.
- BMASK (2012): *Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012-2020. Strategie der österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- BMFSFJ (2013): *Bericht der Bundesregierung zur Situation der Frauenhäuser, Fachberatungsstellen und anderer Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMFSFJ (2014): *Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen – Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention – Endbericht*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMG (2015): *Aktionsplan Frauengesundheit. 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich. Zwischenbericht*. Hg. v. Gesundheit, Bundesministerium für. Wien.
- BMGF (2017): *9. Bericht Österreichs an die Vereinten Nationen zu CEDAW. Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau*. Hg. v. Bundesministerin für Gesundheit und Frauen. Wien.
- BMSGPK (2020): *Österreichische HBSC-Ergebnisse im internationalen Vergleich. HBSC-Factsheet 06: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2021a): *Ernährungsverhalten und Körper selbstbild österreichischer Schülerinnen und Schüler. HBSC-Factsheet 08: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.

- BMSGPK (2021b): *Kennzahlen zu Lebensbedingungen 2020 Indikatoren für soziale Inklusion in Österreich*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2021c): Krebsvorsorge bei Gebärmutterhalskrebs. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Krebsvorsorge-bei-Geb%C3%A4rmutterhalskrebs.html> [Zugriff am 31.08.2022].
- BMSGPK (2021d): *Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2021*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2021e): *Sukie – Studie zum Stillverhalten und zur Kinderernährung in Österreich Endbericht*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2022a): Aktionsplan Frauengesundheit. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Frauen--und-Gendergesundheit/Aktionsplan-Frauengesundheit.html> [Zugriff am 21.10.2022].
- BMSGPK (2022b): *Die wichtigsten Informationen zum Thema Kinderimpfungen*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Bonar, E. E. / Ngo, Q. M. / Philyaw-Kotov, M. L. / Walton, M. A. / Kusunoki, Y. (2021): Stealthing Perpetration and Victimization: Prevalence and Correlates Among Emerging Adults. In: *J Interpers Violence* 36/21-22:Np11577-np11592.
- Bonell, Sarah / Barlow, Fiona Kate / Griffiths, Scott (2021): The cosmetic surgery paradox: Toward a contemporary understanding of cosmetic surgery popularisation and attitudes. In: *Body Image* 38/:230-240.
- Bosdou, Julia K / Anagnostis, Panagiotis / Goulis, Dimitrios G / Lainas, Georgios T / Tarlatzis, Basil C / Grimbizis, Grigoris F / Kolibianakis, Efstratios M (2020): Risk of gestational diabetes mellitus in women achieving singleton pregnancy spontaneously or after ART: a systematic review and meta-analysis. In: *Human Reproduction Update* 26/4:514-544.
- Briken, Peer / Matthiesen, Silja / Pietras, Laura / Wiessner, Christian / Klein, Verena / Reed, Geoffrey M. / Dekker, Arne (2020): Prävalenzschätzungen sexueller Dysfunktionen anhand der neuen ICD-11-Leitlinien. In: *Deutsches Arzteblatt international* 117/39:658-658.
- Brotto, Lori A. / Chankasingh, Kyle / Baaske, Alexandra / Albert, Arianne / Booth, Amy / Kaida, Angela / Smith, Laurie W. / Racey, Sarai / Gottschlich, Anna / Murray, Melanie C. M. / Sadarangani, Manish / Ogilvie, Gina S. / Galea, Liisa (2021): The influence of sex, gender, age, and ethnicity on psychosocial factors and substance use throughout phases of the COVID-19 pandemic. In: *PloS one* 16/11:e0259676.
- Buber-Ennser, Isabella / Neuwirth, Norbert / Testa, Maria Rita / [Hrsg.] (2013): *Familienentwicklung in Österreich 2009 - 2013: Partnerschaft, Kinderwunsch, Kinderbetreuung und ökonomische Situation*. GGP - Generations and Gender

Programme. Wien: Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital Österr. Inst. für Familienforschung.

Bucciarelli, Valentina / Nasi, Milena / Bianco, Francesco / Seferovic, Jelena / Ivkovic, Vladimir / Gallina, Sabina / Mattioli, Anna Vittoria (2022): Depression pandemic and cardiovascular risk in the COVID-19 era and long COVID syndrome: Gender makes a difference. In: *Trends in Cardiovascular Medicine* 32/1:12-17.

BZgA (2006): *Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

BZgA (2011): *Standards für die Sexualaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

BZgA (2018): *Sexuality Education in the WHO European Region. Austria*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Federal Centre for Health Education), BZgA.

BZgA (2021a): *Faktenblatt Medien der Sexualaufklärung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

BZgA (2021b): *Faktenblatt Sexualaufklärung und Verhütungsberatung im Elternhaus*. (BZgA), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

BZgA (2022a): *Faktenblatt Kommunikationsverhalten nach erlebter sexualisierter Gewalt*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

BZgA (2022b): *Faktenblatt Sexualaufklärung, die erste Regelblutung und der erste Samenerguss*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

BZgA (2022c): *Faktenblatt Sexuelle Erfahrungen im Jugendalter*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

BZgA (2022d): Frauengesundheitsportal. [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://www.frauengesundheitsportal.de/> [Zugriff am 10.11.2022].

BZgA (2022e): Im Fokus: Frauenärztinnen und Frauenärzte. [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/forschungsthemen/jugendsexualitaet-im-ueberblick/jugendsexualitaet-9-welle-ergebnisse-im-detail/im-fokus-frauenaerztinnen-und-frauenaerzte/> [Zugriff am 17.11.2022].

Cardoso, Lauren F. / Scolese, Anna M. / Hamidaddin, Alzahra / Gupta, Jhumka (2021): Period poverty and mental health implications among college-aged women in the United States. In: *BMC Women's Health* 21/1:14.

Cerwenka, Susanne / Dekker, Arne / Pietras, Laura / Briken, Peer (2021): Single and Multiple Orgasm Experience Among Women in Heterosexual Partnerships. Results of the German Health and Sexuality Survey (GeSiD). In: *The Journal of Sexual Medicine* 18/12:2028-2038.

- Chakraverty, Digo / Baumeister, Annika / Aldin, Angela / Jakob, Tina / Seven, Ümran Sema / Woopen, Christiane / Skoetz, Nicole / Kalbe, Elke (2020): Gender-specific aspects of health literacy: Perceptions of interactions with migrants among health care providers in Germany. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17/:2189-doi:10.3390/ijerph17072189.
- Changes for women (2022): Situation in Österreich. [Online]. Netzwerk Beratung und finanzielle Unterstützung für Frauen in besonderen Notlagen. <https://www.changes-for-women.org/#47> [Zugriff am 17.11.2022].
- Cheung, Ada S. / Leemaqz, Shalem Y. / Wong, John W. P. / Chew, Denise / Ooi, Olivia / Cundill, Pauline / Silberstein, Nicholas / Locke, Peter / Zwickl, Sav / Grayson, Ren / Zajac, Jeffrey D. / Pang, Ken C. (2020): Non-Binary and Binary Gender Identity in Australian Trans and Gender Diverse Individuals. In: *Archives of Sexual Behavior* 49/7:2673-2681.
- Chih, Hui Ju / Elias, Flavia T. S. / Gaudet, Laura / Velez, Maria P. (2021): Assisted reproductive technology and hypertensive disorders of pregnancy: systematic review and meta-analyses. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 21/1:449 -doi: 10.1186/s12884-12021-03938-12888.
- Connor, Jade / Madhavan, Sarina / Mokashi, Mugdha / Amanuel, Hanna / Johnson, Natasha R. / Pace, Lydia E. / Bartz, Deborah (2020): Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. In: *Social Science & Medicine* 266/:113364.
- Cook, Joan M. / Dinnen, Stephanie / O'Donnell, Casey (2011): Older women survivors of physical and sexual violence: a systematic review of the quantitative literature. In: *Journal of women's health* 20/7:1075-1081.
- Corazza, Elisabeth / Dhanani, Anja / Erhard, Barbara / Fischer, Claudia / Gruber, Barbara / Loibl, Elvira / Platzer, Anna / Schagerl, Marlene / Schmidl, Rita (2020): *Frauengerechte Qualitätsstandards in der Wohnungslosenhilfe*. Wien: Wiener Frauenarbeitskreis der BAWO (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe).
- Costa, Claudia / Freitas, Ângela / Stefanik, Iwa / Krafft, Thomas / Pilot, Eva / Morrison, Joana / Santana, Paula (2019): Evaluation of data availability on population health indicators at the regional level across the European Union. In: *Population Health Metrics* 17/1:11.
- Crenshaw, Kimberle (1989): Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. In: *University of Chicago Legal Forum* 1/8:139-166.
- Dale, R. / Budimir, S. / Probst, T. / Stippl, P. / Pieh, C. (2021): Mental Health during the COVID-19 Lockdown over the Christmas Period in Austria and the Effects of Sociodemographic and Lifestyle Factors. In: *Int J Environ Res Public Health* 18/7:3679-doi: 10.3390/ijerph18073679.
- Dale, Rachel / O'Rourke, Teresa / Humer, Elke / Jesser, Andrea / Plener, Paul L. / Pieh, Christoph (2021): Mental Health of Apprentices during the COVID-19 Pandemic in Austria and the Effect of Gender, Migration Background, and Work Situation. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18/17:8933.

- de Salis, I. / Owen-Smith, A. / Donovan, J. L. / Lawlor, D. A. (2018): Experiencing menopause in the UK: The interrelated narratives of normality, distress, and transformation. In: *J Women Aging* 30/6:520-540.
- De Schrijver, Lotte / Beken, Tom / Krahé, Barbara / Keygnaert, Ines (2018): Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection and Refugees: A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence. In: *Int J Environ Res Public Health* 11/15:1979-doi: 10.3390/ijerph15091979.
- Deering, Kathleen N. / Amin, Avni / Shoveller, Jean / Nesbitt, Ariel / Garcia-Moreno, Claudia / Duff, Putu / Argento, Elena / Shannon, Kate (2014): A Systematic Review of the Correlates of Violence Against Sex Workers. In: *American Journal of Public Health* 104/5:e42-e54.
- derstandard (2019): Umfrage zeigt bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. [Online]. <https://www.derstandard.at/story/2000111965979/umfrage-zeigt-bessere-vereinbarkeit-von-familie-und-beruf> [Zugriff am 17.11.2022].
- DeSa, Sarah / Gebremeskel, Akalewold T. / Omonaiye, Olumuyiwa / Yaya, Sanni (2022): Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review. In: *Systematic Reviews* 11/1:62-<https://doi.org/10.1186/s13643-13022-01936-13641>.
- DGÄPC (2021): *DGÄPC-STATISTIK 2020 – 2021 Zahlen, Fakten und Trends der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie*. Köln: Geschäftsstelle DGÄPC
- DGGG, OEGG, SGGG, (2019): *Leitlinieninformationen. Diagnostik und Therapie der Endometriose*. AWMF online https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-045l_S2k_Diagnostik_Therapie_Endometriose_2020-09.pdf: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) und Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).
- Diaz, A. / Laufer, M. R. / Breech, L. L. (2006): Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. In: *Pediatrics* 118/5:2245-2250.
- Dumoulin, C. / Cacciari, L. P. / Hay-Smith, E. J. C. (2018): Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. In: *Cochrane Database Syst Rev* 10/:CD005654.
- Eades, Claire E. / Cameron, Dawn M. / Evans, Josie M. M. (2017): Prevalence of gestational diabetes mellitus in Europe: A meta-analysis. In: *Diabetes Research and Clinical Practice* 129/:173-181.
- EIGE (2021a): *Gleichstellungsindex 2020. Österreich*. Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE), Litauen.
- EIGE (2021b): *Weibliche Genitalverstümmelung. Wie viele Mädchen sind in Österreich gefährdet?* Factsheet. Luxemburg.
- Engel, J. / Berkes, E. / Tinneberg, H. R. (2015): Klassifikation der Endometriose. In: *Der Gynäkologe* 48/3:200-208.

- erdbeerwoche GmbH (2017): 1.Umfrage zu Menstruation unter 1100 Jugendlichen. [Online]. erdbeerwoche GmbH. <https://www.ready-for-red.at/umfrage-menstruation/> [Zugriff am 26.09.2022].
- erdbeerwoche GmbH (2020): erdbeerwoche-Menstruations-Umfrage 2020. [Online]. erdbeerwoche GmbH. <https://erdbeerwoche.com/erdbeerwoche-menstruations-umfrage> [Zugriff am 26.09.2022].
- Esho, Tammary C. / Muniu, Samuel K. / Yussuf, Mohammed / Okondo, Chantalle / Kabiru, Caroline W. (2019): Measurement of the sexual health and wellbeing of women who have undergone female genital mutilation/Cutting: A scoping review. In: *International Journal of Sexual Health* 31/1:92-108.
- ESHRE (2022): ESHRE Guideline Endometriosis. [Online]. European Society of Human Reproduction and Embryology. <https://www.eshre.eu/Guideline/Endometriosis> [Zugriff am 26.09.2022].
- Europaparlament (2022): Bericht über Frauen, die Gleichstellung der Geschlechter und Klimagerechtigkeit. [Online]. Europäisches Parlament. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2017-0403_DE.html [Zugriff am 21.10.2022].
- EVA (2022): Kompetenzzentren. [Online]. Endometriose Vereinigung Austria,. <https://www.eva-info.at/kompetenzzentren/> [Zugriff am 26.09.2022].
- Facchin, F. / Barbara, G. / Saita, E. / Mosconi, P. / Roberto, A. / Fedele, L. / Vercellini, P. (2015): Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. In: *Journal Psychosom Obstet Gynaecol* 36/4:135-141.
- Fadul, R. / Garcia, R. / Zapata-Boluda, R. / Aranda-Pastor, C. / Brotto, L. / Parron-Carreño, T. / Alarcon-Rodriguez, R. (2019): Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: A Case-Control Study. In: *Journal Sex Marital Ther* 45/1:73-83.
- Faltermaier, T / Hübner, I-M (2016): Psychosoziale Gesundheitstheorien aus Geschlechterperspektive. In: *Handbuch Geschlecht und Gesundheit Männer und Frauen im Vergleich*. Kolip, Petra / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Bern: Hogrefe. S. 57-45.
- Fathalla, Mahmoud F. (2020): Safe abortion: The public health rationale. In: *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 63/:2-12.
- Felder-Puig, Rosemarie / Maier, Gunter (2017): *HBSC Factsheet 03*. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP), Wien.
- Felder-Puig, Rosemarie / Ramelow, Daniela / Teutsch, Friedrich / Tropper, Karin / Maier, Gunter / Vritis, David / gugglberger, Lisa (2020): *Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsdeterminanten von österreichischen Lehrlingen Ergebnisse der Lehrlingsbefragung 2018/19*. Wien: Institut für Gesundheitsförderung und Prävention.
- Fiala, Christian / Parzer, Elisabeth (2019): *Österreichischer Verhütungsreport*. Leobersdorf: gynmed.

Forrester-Knauss, C. / Zemp Stutz, E. (2012): Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: which factors matter? In: *Bmc Public Health* 12/:809-<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/1412/1809>.

forschung.sexualaufklärung (2022): Jugendsexualität 9. Welle, zentrale Ergebnisse. [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/forschungsthemen/jugendsexualitaet-im-ueberblick/jugendsexualitaet-9-welle-zentrale-ergebnisse/> [Zugriff am 21.10.2022].

Foster, D. G. / Biggs, M. A. / Ralph, L. / Gerdts, C. / Roberts, S. / Glymour, M. M. (2018a): Socioeconomic Outcomes of Women Who Receive and Women Who Are Denied Wanted Abortions in the United States. In: *American Journal of Public Health* 112/9:1290-1296.

Foster, D. G. / Biggs, M. Antonia / Raifman, Sarah / Gipson, Jessica / Kimport, Katrina / Rocca, Corinne H. (2018b): Comparison of Health, Development, Maternal Bonding, and Poverty Among Children Born After Denial of Abortion vs After Pregnancies Subsequent to an Abortion. In: *JAMA Pediatrics* 172/11:1053-1060.

Foster, D. G. / Raifman, S. E. / Gipson, J. D. / Rocca, C. H. / Biggs, M. A. (2019): Effects of Carrying an Unwanted Pregnancy to Term on Women's Existing Children. In: *J Pediatr* 205/:183-189 e181.

Frauengesundheitszentrum (2022a): Gesundheit verträgt keine Gewalt, Projekte 2017 bis 2021. [Online]. Frauengesundheitszentrum. <http://www.frauengesundheitszentrum.eu/gesundheits-vertraegt-keine-gewalt-projekte-2017-2021/> [Zugriff am 21.10.2022].

Frauengesundheitszentrum (2022b): Selbstwert – Mädchen und junge Frauen stärken. [Online]. Frauengesundheitszentrum. <https://www.frauengesundheitszentrum.eu/selbstwert-maedchen-und-junge-frauen-staerken/> [Zugriff am 21.10.2022].

Frauengesundheitszentrum (2022): Die Klitoris — das Lustorgan von Frauen. [Online]. Frauengesundheitszentrum. https://www.frauengesundheitszentrum.eu/wp-content/uploads/2017/12/2020_10_7_Klitorisgrafiken-und-Text.pdf [Zugriff am 17.11.2022].

Gahagan, Jacqueline / Gray, Kimberly / Whynacht, Ardath (2015): Sex and gender matter in health research: addressing health inequities in health research reporting. In: *International Journal for Equity in Health* 14/1:12.

Gaiswinkler, Sylvia / Weigl, Marion (2019): *Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund*. Wien: Gesundheit Österreich.

Gerdts, Caitlin / Dobkin, Loren / Foster, Diana Greene / Schwarz, Eleanor Bimla (2016): Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy. In: *Women's Health Issues* 26/1:55-59.

gesundheit.gv.at (2022a): Ästhetische plastische Chirurgie: Häufige Eingriffe. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/plastische-chirurgie/aesthetisch-haeufige-eingriffe.html> [Zugriff am 17.11.2022].

- gesundheit.gv.at (2022b): Mangel- und Unterernährung im Alter. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/ernaehrung-im-alter/mangelernaehrung-senioren.html> [Zugriff am 17.11.2022].
- gesundheit.gv.at (2022c): Pränataldiagnostik. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/schwangerschaft/untersuchungen/pranataldiagnostik.html> [Zugriff am 17.11.2022].
- gesundheit.gv.at (2022d): Rheumatoide Arthritis: Symptome & Diagnose. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/koerper/rheuma/rheumatoide-arthritis-symptome-diagnose.html> [Zugriff am 17.11.2022].
- gesundheit.gv.at (2022e): Sport nach der Geburt. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/nach-der-geburt/sport-nach-der-geburt.html#rueckbildungs-beckenbodentraining> [Zugriff am 04.11.2022].
- gesundheit.gv.at (2022f): Tabelle der Verhütungsmethoden. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung/verhuetungsmittel.html> [Zugriff am 17.11.2022].
- gesundheitsinformation.de (2022a): Prämenstruelles Syndrom (PMS). [Online]. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). <https://www.gesundheitsinformation.de/praemenstruelles-syndrom-pms.html> [Zugriff am 21.10.2022].
- gesundheitsinformation.de (2022b): Regelschmerzen. [Online]. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). <https://www.gesundheitsinformation.de/regelschmerzen.html> [Zugriff am 07.11.2022].
- gesundheitsinformation.de (2022c): Starke Regelblutung. [Online]. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). <https://www.gesundheitsinformation.de/starke-regelblutung.html> [Zugriff am 07.11.2022].
- gewaltinfo.at (2022): Aimee de Simoni und Verena Vlach. Expertinnenstimme Die Opfer-Täter-Umkehr in der Medienberichterstattung. [Online]. Bundeskanzleramt, Sektion VI Familie und Jugend. https://www.gewaltinfo.at/themen/2012_08/medienberichterstattung.php [Zugriff am 10.11.2022].
- GHDx (2019): Global Health Data Exchange. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. [Online]. Global Burden of Disease Collaborative Network <https://ghdx.healthdata.org/geography/austria> [Zugriff am 14.11.2022].
- GÖG (2022a): Gesundheitliche Chancengerechtigkeit. [Online]. Gesundheit Österreich GmbH. https://goeg.at/Gesundheitliche_Chancengerechtigkeit [Zugriff am 10.11.2022].

- GÖG (2022b): Toolbox Opferschutz. Anlaufstellen für weibliche Opfer von Genitalverstümmelung in Österreich. [Online]. Gesundheit Österreich GmbH. [https://toolbox-opferschutz.at/Anlaufstellen weibliche Opfer Genitalverst%C3%BCmmelung Oesterreich](https://toolbox-opferschutz.at/Anlaufstellen_weibliche_Opfer_Genitalverst%C3%BCmmelung_Oesterreich) [Zugriff am 20.10.2022].
- GOV.UK (2022): Consultation outcome. Results of the 'Women's Health – Let's talk about it' survey. [Online]. <https://www.gov.uk/government/consultations/womens-health-strategy-call-for-evidence/outcome/results-of-the-womens-health-lets-talk-about-it-survey> [Zugriff am 03.11.2022].
- Grauvogl, Andrea / de Jong, Peter / Peters, Madelon / Evers, Silvia / van Overveld, Mark / van Lankveld, Jacques (2015): Disgust and Sexual Arousal in Young Adult Men and Women. In: *Archives of Sexual Behavior* 44/6:1515-1525.
- Griebler, Robert / Straßmayr, Christa / Mikšová, Dominika / Link, Thomas / Nowak, Peter / Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021): *Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS19-AT*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Griebler, Robert / Winkler, Petra / Gaiswinkler, Sylvia / Delcour, Jennifer / Juraszovich, Brigitte / Nowotny, Monika / Pochobradsky, Elisabeth / Schleicher, Barbara / Schmutterer, Irene (2017): *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014/15*. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Wien.
- Gučanin, Jelena / Zinke, Arnika (2017): Die umstrittene Idee einer Abtreibungsstatistik. Was sie bringen soll und was sie wirklich kann. Plus: Was die Parteien zum Thema Abtreibung denken. [Online]. WIENERIN [Zugriff am 13.09.2022].
- Haas, Sabine / Antony, Daniela / Antony, Gabriele / Gaiswinkler, Sylvia / Griebler, Robert / Marbler, Carina / Weigl, Marion / Winkler, Petra (2021): *Soziale Faktoren der Pandemie*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Habl, Claudia / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Haas, Sabine / Ladurner, Joy / Renner, Anna / Ladurner, Joy / Winkler, Petra (2014): Armut und Gesundheit. In: *Handbuch Armut in Österreich*. Dimmel, Nikolaus / Schenk, Martin / Stelzer-Orthofer, Christine (Hrsg.). Innsbruck - Wien - Bozen: StudienVerlag. S. 267-240.
- Hadfield, H. / Wittkowski, A. (2017): Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. In: *J Midwifery Womens Health* 62/6:723-736.
- Haitao, Tu / Vermunt, Jane V. / Abeykoon, Jithma / Ghamrawi, Ranine / Gunaratne, Madugodalaralage / Jayachandran, Muthuvel / Narang, Kavita / Parashuram, Santosh / Suvakov, Sonja / Garovic, Vesna D. (2020): COVID-19 and Sex Differences: Mechanisms and Biomarkers. In: *Mayo Clinic Proceedings* 95/10:2189-2203.
- Halldorsdottir, Thorhildur / Thorisdottir, Ingibjorg Eva / Meyers, Caine C. A. / Asgeirsdottir, Bryndis Bjork / Kristjansson, Alfgeir Logi / Valdimarsdottir, Heiddis B. / Allegrante, John P. / Sigfusdottir, Inga Dora (2021): Adolescent well-being amid the COVID-19 pandemic: Are girls struggling more than boys? In: *JCPP Advances* 1/2:e12027.

- Hennegan, J. / Shannon, A. K. / Rubli, J. / Schwab, K. J. / Melendez-Torres, G. J. (2019): Women's and girls' experiences of menstruation in low- and middle-income countries: A systematic review and qualitative metasyntesis. In: *PLoS Med* 16/5:e1002803.
- Higgins, J. A. / Trussell, J. / Moore, N. B. / Davidson, J. K. (2010): Virginität verloren, Zufriedenheit gewonnen? Physiologische und psychologische sexuelle Zufriedenheit beim heterosexuellen Debüt. In: *J Sex Res* 47/4:384-394.
- Hilbe, J / Jaquemar, S (2013): Prävalenz von Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in österreichischen Alten- und Pflegeheimen. In: *Österr Pflegez* 5/:25-29.
- Höfing-Hampel, Elisabeth (2010): Die Auswertung der Interviews. In: *Mädchenthemen im Sportunterricht*. (Hrsg.), Aufl. 1. Verlag Barbara Budrich. S. 81-116.
- Höfler, Sabine / Benghoug, Theresa / Winkler, Petra / Griebler, Robert (Hrsg.) (2015): *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien.
- Hoga, L. / Rodolpho, J. / Gonçalves, B. / Quirino, B. (2015): Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. In: *JBI Database System Rev Implement Rep* 13/8:250-337.
- Hojni, Markus / Delcour, Jennifer / Strizek, Julian / Uhl, Alfred (2020): *ESPAD Österreich 2019*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Homeyard, C. / Montgomery, E. / Chinn, D. / Patelarou, E. (2016): Current evidence on antenatal care provision for women with intellectual disabilities: A systematic review. In: *Midwifery* 32/:45-57.
- HPV-Allianz (2022): From ten to teen. Sei schlau, denk an HPV. Eine Aufklärungskampagne über Humane Papillomaviren. . [Online]. Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG). <https://www.hpv-info.at/> [Zugriff am 26.08.2022].
- IHME (2022): Explore results from the 2019 Global Burden of Disease (GBD) study. [Online]. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> [Zugriff am 03.11.2022].
- IQWiG (2020): Wechseljahrsbeschwerden. [Online]. <https://www.gesundheitsinformation.de/wechseljahrsbeschwerden.html> [Zugriff am 26.09.2022].
- IQWiG (2021): Endometriose. [Online]. <https://www.gesundheitsinformation.de/endometriose.html> [Zugriff am 26.09.2022].
- ISAPS (2022): ISAPS Global Statistics. [Online]. International Society of Aesthetic Plastic Surgery. <https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/> [Zugriff am 17.11.2022].
- ISIS (2013): *Einstellungen der Frauen zu Körper und Sexualität. Online-Befragung des Salzburger Frauengesundheitszentrums ISIS*. Salzburg: Salzburger Frauengesundheitszentrum ISIS.

- Johnston-Robledo, Ingrid / Chrisler, Joan C. (2020): The Menstrual Mark: Menstruation as Social Stigma. In: *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*. Bobel, Chris et al. (Hrsg.). Singapore: Springer Singapore. S. 181-199.
- Kapella, Olaf / Baierl, Andreas / Rille-Pfeiffer, Christiane / Geserick, Christine / Schmidt, Eva-Maria (2011): *Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern*. Hg. v. Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF) an der Universität Wien.
- Kasper, A. / Mohwinkel, L. M. / Nowak, A. C. / Kolip, P. (2022): Maternal health care for refugee women - A qualitative review. In: *Midwifery* 104/:103157.
- Kelly, Bre' on (2011): Menopause as a Social and Cultural Construction. In: *XULAnexUS* 8/2:Article 4 Available at: <https://digitalcommons.xula.edu/xulanexus/vol8/iss2/4>.
- Kern, Reinhard (2020): *Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung gemäß § 21 Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG). Jahresbericht 2020*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Kern, Reinhard (2021): *IVF-Register. Jahresbericht 2020*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Keukens, A / van Wely, M / van der Meulen, C / Mochtar, M H (2021): Pre-eclampsia in pregnancies resulting from oocyte donation, natural conception or IVF: a systematic review and meta-analysis. In: *Human Reproduction* 37/3:586-599.
- Kilfoyle, K. A. / Vitko, M. / O'Connor, R. / Bailey, S. C. (2016): Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review. In: *J Womens Health (Larchmt)* 25/12:1237-1255.
- kindsverlust (o.J.): *Ein Kind früh in der Schwangerschaft verlieren. Informationen zu möglichen Wegen bei einer frühen Fehlgeburt*. Fachstelle Kindsverlust während der Schwangerschaft, Geburt und erster Lebenszeit, Bern.
- Klein, Verena / Laan, Ellen / Brunner, Franziska / Briken, Peer (2022): Sexual Pleasure Matters (Especially for Women) — Data from the German Sexuality and Health Survey (GeSiD). In: *Sexuality Research and Social Policy*.
- Kleven, Henrik / Landais, Camille / Posch, Johanna / Steinhauer, Andreas / Zweimuller, Josef (2019): Child Penalties Across Countries: Evidence and Explanations. In: *AEA Papers and Proceedings* 109/:122-126.
- Klimont, Jeanette (2020): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Klimont, Jeannette / Baldaszi, Erika (2015): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Klimont, Jeannette / Ihle, Petra / Baldaszi, Erika / Kytir, Josef (2008): *Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Hg. v. Statistik Austria. Wien: BMG.

- Kliniksuche (2022): Klinikum Freistadt. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://kliniksuche.at/klinik/408/abteilungen/042ee0f6-6ccc-4a29-b55d-850c4fce2774/ambulanz> [Zugriff am 31.10.2022].
- Knittler, Käthe (2018): Atypische Beschäftigung 2017 - Allgemein und im Familienkontext. In: *Statistische Nachrichten 9/2018*. Bundesanstalt Statistik Österreich (Hrsg.). Wien. S. 744-753.
- Kolip, Petra (2006): Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung 1/4*:234-239.
- Kotowska, Maja / Urbaniak, Justyna / Falecki, Wojciech J. / Lazarewicz, Piotr / Masiak, Mateusz / Szymusik, Iwona (2021): Awareness of Endometriosis Symptoms-A Cross Sectional Survey among Polish Women. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health 18/18*:9919.
- Kowal, Marta / Coll-Martín, Tao / Ikizer, Gözde / Rasmussen, Jesper / Eichel, Kristina / Studzińska, Anna / Koszałkowska, Karolina / Karwowski, Maciej / Najmussaib, Arooj / Pankowski, Daniel / Lieberoth, Andreas / Ahmed, Oli (2020): Who is the Most Stressed During the COVID-19 Pandemic? Data From 26 Countries and Areas. In: *Applied Psychology: Health and Well-Being 12/4*:946-966.
- Kuyper, Lisette / Wijsen, Ciel (2014): Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. In: *Archives of Sexual Behavior 43/2*:377-385.
- Laan, Ellen T. M. / Klein, Verena / Werner, Marlene A. / van Lunsen, Rik H. W. / Janssen, Erick (2021): In Pursuit of Pleasure: A Biopsychosocial Perspective on Sexual Pleasure and Gender. In: *International Journal of Sexual Health 33/4*:516-516-536.
- Le Guen, Mireille / Schantz, Clémence / Régnier-Loilier, Arnaud / de La Rochebrochard, Elise (2021): Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. In: *Social Science & Medicine 284*:114247.
- Leinweber, Julia / Jung, Tina / Hartmann, Katharina / Limmer, Claudia (2021): Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit. In: *Public Health Forum 29/2*:97-100.
- Lindberg, Laura / Maddow-Zimet, Isaac (2012): Consequences of Sex Education on Teen and Young Adult Sexual Behaviors and Outcomes. In: *Journal of Adolescent Health 51/4*:332-338.
- Lohaus, A / Heinrichs, N (2016): Geschlechtsunterschiede bei Essstörungen. In: *Handbuch Geschlecht und Gesundheit Männer und Frauen im Vergleich*. Kolip, P / Hurrelmann, K (Hrsg.), Aufl. 2. Bern: Hogrefe. S. 229-239.
- Lombardo, A. P. / Angus, J. E. / Lowndes, R. / Cechetto, N. / Khattak, S. / Ahmad, F. / Bierman, A. S. (2014): Women's strategies to achieve access to healthcare in Ontario, Canada: a meta-synthesis. In: *Health Soc Care Community 22/6*:575-587.
- Lueger-Schuster, Brigitte / Zrnić Novaković, Irina / Lotzin, Annett (2022): Two Years of COVID-19 in Austria—Exploratory Longitudinal Study of Mental Health Outcomes and Coping Behaviors in the General Population. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health 19/13*:8223.

- Mahar, Elizabeth A. / Mintz, Laurie B. / Akers, Brianna M. (2020): Orgasm Equality: Scientific Findings and Societal Implications. In: *Current Sexual Health Reports* 12/1:24-32.
- Maier, Barbara / Wolf, Stephanie (2016): Kinderwunsch, Reproduktionsmedizin und Psyche - irrsinnig weiblich? In: *Irrsinnig weiblich - Psychische Krisen im Frauenleben*. Wimmer-Puchinger, Beate / Gutiérrez-Lobos, Karin / Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.). Berlin Heidelberg: Springer. S. 188-196.
- Mandl, Sabine / Schachner, Anna / Sprenger, Claudia / Planitzer, Julia (2014): *Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen. Abschließender Projektbericht*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte und queraum. kultur- und sozialforschung.
- Marmot, M. (2010): *Fair society, healthy lives : the Marmot Review : strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: Institute of Health Equity.
- Mauldon, Jane / Foster, Diana Greene / Roberts, Sarah C. M. (2015): Effect of Abortion vs. Carrying to Term on a Woman's Relationship with the Man Involved in the Pregnancy. In: *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 47/1:11-18.
- Mauvais-Jarvis, Franck / Merz, Noel Bairey / Barnes, Peter J / Brinton, Roberta D / Carrero, Juan-Jesus / DeMeo, Dawn L / De Vries, Geert J / Epperson, C Neill / Govindan, Ramaswamy / Klein, Sabra L (2020): Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. In: *The Lancet* 396/10250:565-582.
- Mayrhuber, Christine (2017): *Erwerbsunterbrechungen, Teilzeitarbeit und ihre Bedeutung für das Frauen-Lebenseinkommen*. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung Im Auftrag des Arbeitsmarktservice Österreich.
- McEvoy, Maria / McElvaney, Rosaleen / Glover, Rita (2021): Understanding vaginismus: a biopsychosocial perspective. In: *Sexual and Relationship Therapy* 36/5:1-22.
- Meads, C. / Hunt, R. / Martin, A. / Varney, J. (2019): A Systematic Review of Sexual Minority Women's Experiences of Health Care in the UK. In: *Int J Environ Res Public Health* 16/17:3032.
- Mechsner, Sylvia (2021): *Endometriose. Die unterschätzte Krankheit. Diagnose, Behandlung und was Sie selbst tun können*. München: Edel Verlagsgruppe GmbH.
- Mechsner, Sylvia (2022): Früherkennungsprogramm an der Charité: Endometriose endlich ernst nehmen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 119/15:660-666.
- Medizinische Universität Wien (2019): Endometriose: Bis zu 300.000 Frauen in Österreich betroffen. [Online]. <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2019/news-im-maerz-2019/endometriose-bis-zu-300000-frauen-in-oesterreich-betroffen/> [Zugriff am 26.09.2022].
- Meine Gesundheit (2022): Harninkontinenz bei und nach der Schwangerschaft. [Online]. Österreichische Gesundheitskasse. <https://www.meinegesundheit.at/cdscontent/?contentid=10007.860950&portal=meinegesundheitportal> [Zugriff am 04.11.2022].

- Merbach, Martin / Brähler, Elmar (2016): Geschlechtsunterschiede bei psychischen Störungen. In: *Handbuch Geschlecht und Gesundheit Männer und Frauen im Vergleich*. Kolip, P / Hurrelmann, K (Hrsg.), Aufl. 2. Bern: Hogrefe. S. 253-240.
- Mingoia, J. / Hutchinson, A. D. / Wilson, C. / Gleaves, D. H. (2017): The Relationship between Social Networking Site Use and the Internalization of a Thin Ideal in Females: A Meta-Analytic Review. In: *Frontiers in Psychology* 8/:1351. doi: 1310.3389/fpsyg.2017.01351.
- Missmer, S. A. / Tu, F. F. / Agarwal, S. K. / Chapron, C. / Soliman, A. M. / Chiuve, S. / Eichner, S. / Flores-Caldera, I. / Horne, A. W. / Kimball, A. B. / Laufer, M. R. / Leyland, N. / Singh, S. S. / Taylor, H. S. / As-Sanie, S. (2021): Impact of Endometriosis on Life-Course Potential: A Narrative Review. In: *Int J Gen Med* 14/:9-25.
- MKÖ (2022): Factsheets "Rat für Blase & Darm". [Online]. Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich. <https://www.kontinenzgesellschaft.at/factsheets.htm> [Zugriff am 04.11.2022].
- Netzwerk Frauenberatung (2022): Standorte. [Online]. Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen. <http://www.netzwerk-frauenberatung.at/index.php/standorte> [Zugriff am 24.10.2022].
- Neuwirth, Norbert / Baierl, Andreas / Rille-Pfeiffer, Christiane / Kaindl, Markus / Wernhart, Georg (2011): *Der Kinderwunsch in Österreich: Umfang, Struktur und wesentliche Determinanten ; eine Analyse anhand des Generations and Gender Programme (GGP). (Forschungsbericht / Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien, 5)*. Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-350179>, Wien, application/pdf
- Newhart, Michelle R. (2013): Menopause Matters: The Implications of Menopause Research for Studies of Midlife Health. In: *Health Sociology Review*:3292-3292-3318.
- Nimbi, Filippo Maria / Galizia, Roberta / Rossi, Roberta / Limoncin, Erika / Ciocca, Giacomo / Fontanesi, Lilibeth / Jannini, Emmanuele Angelo / Simonelli, Chiara / Tambelli, Renata (2021): The Biopsychosocial Model and the Sex-Positive Approach: an Integrative Perspective for Sexology and General Health Care. In: *Sexuality Research and Social Policy* 19/3:894-894-908.
- Nolen-Hoeksema, Susan / Rusting, Cheryl L. (1999): Gender differences in well-being. In: *Well-being: The foundations of hedonic psychology*.(Hrsg.). New York, NY, US: Russell Sage Foundation. S. 330-350.
- Nora Laufer, Noura Maan, Daniela Yeoh, (2019): *Regelmäßig teuer: Wie viel die Periode kostet*. Der Standard, <https://www.derstandard.at/story/2000096186420/regelmaessig-teuer-wie-viel-die-periode-kostet> 19.01.2019.
- Nowotny, Monika / Kern, Daniela / Breyer, Elisabeth / Benghoug, Theresa / Griebler, Robert (Hrsg.) (2019a): *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), Wien.

- Nowotny, Monika / Kern, Daniela / Breyer, Elisabeth / Bengough, Theresa / Griebler, Robert (Hrsg.) (2019b): *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien.
- Nzinga, Andy-Muller / De Andrade Castanheira, Stéphanie / Hermann, Jessica / Feipel, Véronique / Kipula, Augustin Joseph / Bertuit, Jeanne (2021): Consequences of Female Genital Mutilation on Women's Sexual Health – Systematic Review and Meta-Analysis. In: *The Journal of Sexual Medicine* 18/4:750-760.
- Oerter, R / Dreher, E (2008): Jugendalter. In: *Entwicklungspsychologie*. Oerter, R / Montada, L (Hrsg.), Aufl. 2. PVU Beltz.
- Offman, Alia / Kleinplatz, Peggy J. (2004): Does PMDD belong in the DSM? Challenging the medicalization of women's bodies. In: *Canadian Journal of Human Sexuality* 13/:17-27.
- ÖGF (2022): Schwangerschaftsabbruch. [Online]. Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. <https://oegf.at/verhuetung/schwangerschaftsabbruch/> [Zugriff am 17.11.2022].
- ÖGKM (2022): Osteoporose. Unser Skelett ist ein lebendiges System. [Online]. Österreichische Gesellschaft für Knochen und Mineralstoffwechsel. <https://www.oegkm.at/knochen/osteoporose/> [Zugriff am 18.11.2022].
- Okenwa-Emegwa, Leah / Tinghög, Petter / Vaez, Marjan / Saboonchi, Fredrik (2021): Exposure to Violence Among Syrian Refugee Women Preflight and During Flight: A Population-Based Cross-Sectional Study in Sweden. In: *SAGE Open* 11/3:21582440211031555.
- ÖPGK (2020): *Überblick über die 15 Qualitätskriterien für zielgruppenorientierte, evidenzbasierte Broschüren, Videos, Websites und Apps*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Frauengesundheitszentrum, Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), Wien.
- ÖPIA (2022a): *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie WELLE III 2019 – 2022. Die Herausforderungen des hohen Alters*. Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen.
- ÖPIA (2022b): *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. WELLE III 2019 – 2022. Die Herausforderungen des hohen Alters*. Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA).
- Orbach, Susie (2016): Wie die Beschäftigung mit dem eigenen Körper die psychische Gesundheit von Frauen untergräbt. In: *Irrsinnig weiblich - Psychische Krisen im Frauenleben*. Wimmer-Puchinger, B / Gutiérrez-Lobos, Karin / Riecher-Rössler, A (Hrsg.). Berlin Heidelberg: Springer. S. 44-38.
- Palmer, Melissa J / Clarke, Lynda / Ploubidis, George B / Wellings, Kaye (2019): Prevalence and correlates of 'sexual competence' at first heterosexual intercourse among young people in Britain. In: *BMJ Sexual & Reproductive Health* 45/2:127-137.
- Parlament (2021): Anfrage der Abgeordneten Petra Bayr, MA, MLS Genossinnen und Genossen an die Bundesministerin für Justiz betreffend „Stealthing“ ins

Strafgesetzbuch. [Online].
https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/J/J_05229/fnameorig_884583.htm
] [Zugriff am 10.11.2022].

- Peter, Christina / Brosius, Hans-Bernd (2021): Die Rolle der Medien bei Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Essstörungen. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 64/1:55-61.
- Pharmig (2022): *Pharmig Verhaltenscodex & Verfahrensordnung der Fachausschüsse VHC I. und II. Instanz*. Wien: PHARMIG – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs.
- Philipp, J. / Zeiler, M. / Waldherr, K. / Nitsch, M. / Dur, W. / Karwautz, A. / Wagner, G. (2014): The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)-Study: preliminary results from a pilot study. In: *Neuropsychiatr* 28/4:198-207.
- Pieh, Christoph / Plener, Paul / Probst, Thomas / Dale, Rachel / Humer, Elke (2021): Mental Health in Adolescents during COVID-19-Related Social Distancing and Home-Schooling. In: *SSRN Electronic Journal*3:DOI:10.2139/ssrn.3795639.
- Plan International (2021): Over one million girls in the UK struggled to afford or access period products during the pandemic. [Online]. Plan International. For children and equality for girls. <https://plan-uk.org/media-centre/over-one-million-girls-in-the-uk-struggled-to-afford-or-access-period-products-during-the-pandemic> [Zugriff am 21.10.2022].
- Prince, Heather E. / Annison, Erin (2022): The impact of menstruation on participation in adventurous activities. In: *Sport, Education and Society* 2022/Apr:<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13573322.13572022.12059756?scroll=top&needAccess=true>.
- Ralph, Lauren J. / Schwarz, Eleanor Bimla / Grossman, Daniel / Foster, Diana Greene (2019): Self-reported Physical Health of Women Who Did and Did Not Terminate Pregnancy After Seeking Abortion Services. In: *Annals of Internal Medicine* 171/4:238-247.
- Randhawa, A. E. / Tuft-Hewett, A. D. / Weckesser, A. M. / Jones, G. L. / Hewett, F. G. (2021): Secondary School Girls' Experiences of Menstruation and Awareness of Endometriosis: A Cross-Sectional Study. In: *J Pediatr Adolesc Gynecol* 34/5:643-648.
- Rechnungshof (2021): *Geburtshilfe-Versorgung in Niederösterreich und Wien. Bericht des Rechnungshofes*. Hg. v. Rechnungshof Österreich. Wien.
- Reiner-Lawugger, Claudia (2016): "So war das aber nicht geplant...". Traumatische Geburtserlebnisse, postpartale Psychosen und postpartale Depression. In: *Irrsinnig weiblich - Psychische Krisen im Frauenleben Hilfestellung für die Praxis*. Wimmer-Puchinger, Beate / Gutiérrez-Lobos, Karin / Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.). Berlin Heidelberg: Springer. S. 158-145.
- Reitzle, Lukas / Schmidt, Christian / Heidemann, Christin / Icks, Andrea / Kaltheuner, Matthias / Ziese, Thomas / Scheidt-Nave, Christa (2021): Gestationsdiabetes in Deutschland: Zeitliche Entwicklung von Screeningquote und Prävalenz. In: *Journal of Health Monitoring* 6/2:3-19.

- Repnik, Ulrike (2020): *Die Corona-Krise als Frauengesundheitskrise?* Stadt Wien, Wien.
- Repnik, Ulrike / Schulz-Zak, Denise (Hrsg.) (2020): *Frauengesundheit und Corona. Sammelband des Wiener Programms für Frauengesundheit.* Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele/Wiener Programm für Frauengesundheit in der Abteilung Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien, Wien.
- Richardson, Safiya / Hirsch, Jamie S. / Narasimhan, Mangala / Crawford, James M. / McGinn, Thomas / Davidson, Karina W. / and the Northwell, Covid-Research Consortium (2020): Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. In: *JAMA* 323/20:2052-2059.
- Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (2006): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte.* 1 Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Riecher-Rössler, Anita (2016): Weibliche Rollen und Psychische Gesundheit. In: *Irrsinnig weiblich - psychische Krisen im Frauenleben Hilfestellung für die Praxis.* Wimmer-Puchinger, Beate / Gutiérrez-Lobos, Karin / Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 34-19.
- Riecher-Rössler, Anita (2017): Sex and gender differences in mental disorders. In: *The Lancet Psychiatry* 4/1:8-9.
- Riedl, D. / Exenberger, S. / Daniels, J. K. / Böttcher, B. / Beck, T. / Dejaco, D. / Lampe, A. (2019): Domestic violence victims in a hospital setting: prevalence, health impact and patients' preferences - results from a cross-sectional study. In: *Eur J Psychotraumatol* 10/1:1654063.
- RKI (Hg.) (2014): Hysterektomie. Robert Koch-Institut. *GBE Kompakt Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes* 5. Jahrgang/ 1/2014. Berlin.
- RKI (2020a): *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland.* Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI (2020b): *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.* Berlin: Robert Koch-Institut (RKI).
- RKI (2020c): Sexuelle und reproduktive Gesundheit. In: *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland.* Koch-Institut, Robert (Hrsg.). Berlin: RKI. S. 7-265-305.
- Roberts, Sarah C. M. / Biggs, M. Antonia / Chibber, Karuna S. / Gould, Heather / Rocca, Corinne H. / Foster, Diana Greene (2014): Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. In: *BMC Medicine* 12/1:144.
- Rowlands, Ingrid Jean / Loxton, Deborah / Dobson, Annette / Mishra, Gita Devi (2015): Seeking Health Information Online: Association With Young Australian Women's Physical, Mental, and Reproductive Health. In: *J Med Internet Res* 17/5:e120.
- Rubinsky, Valerie / Gunning, Jacqueline N. / Cooke-Jackson, Angela (2020): "I Thought I Was Dying:" (Un)Supportive Communication Surrounding Early Menstruation Experiences. In: *Health Communication* 35/2:242-252.

- Rust, Petra / Hasenegger, Verena / König, Jürgen (2018): *Österreichischer Ernährungsbericht 2017*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Sabri, Bushra / Granger, Douglas A. (2018): Gender-based violence and trauma in marginalized populations of women: Role of biological embedding and toxic stress. In: *Health care for women international* 39/9:1038-1055.
- Samji, Hasina / Wu, Judy / Ladak, Amilya / Vossen, Caralyn / Stewart, Evelyn / Dove, Naomi / Long, David / Snell, Gaelen (2022): Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth – a systematic review. In: *Child and Adolescent Mental Health* 27/2:173-189.
- Sammut, D. / Kuruppu, J. / Hegarty, K. / Bradbury-Jones, C. (2021): Which Violence Against Women Educational Strategies Are Effective for Prequalifying Health-Care Students?: A Systematic Review. In: *Trauma Violence Abuse* 22/2:339-358.
- Santomauro, Damian F. / Mantilla Herrera, Ana M. / Shadid, Jamileh / Zheng, Peng / Ashbaugh, Charlie / Pigott, David M. / Abbafati, Cristiana / Adolph, Christopher / Amlag, Joanne O. / Aravkin, Aleksandr Y. / Bang-Jensen, Bree L. / Bertolacci, Gregory J. / Bloom, Sabina S. / Castellano, Rachel / Castro, Emma / Chakrabarti, Suman / Chattopadhyay, Jhilik / Cogen, Rebecca M. / Collins, James K. / Dai, Xiaochen / Dangel, William James / Dapper, Carolyn / Deen, Amanda / Erickson, Megan / Ewald, Samuel B. / Flaxman, Abraham D. / Frostad, Joseph Jon / Fullman, Nancy / Giles, John R. / Giref, Ababi Zergaw / Guo, Gaorui / He, Jiawei / Helak, Monika / Hulland, Erin N. / Idrisov, Bulat / Lindstrom, Akiya / Linebarger, Emily / Lotufo, Paulo A. / Lozano, Rafael / Magistro, Beatrice / Malta, Deborah Carvalho / Månsson, Johan C. / Marinho, Fatima / Mokdad, Ali H. / Monasta, Lorenzo / Naik, Paulami / Nomura, Shuhei / O'Halloran, James Kevin / Ostroff, Samuel M. / Pasovic, Maja / Penberthy, Louise / Reiner Jr, Robert C. / Reinke, Grace / Ribeiro, Antonio Luiz P. / Sholokhov, Aleksei / Sorensen, Reed J. D. / Varavikova, Elena / Vo, Anh Truc / Walcott, Rebecca / Watson, Stefanie / Wiysonge, Charles Shey / Zigler, Bethany / Hay, Simon I. / Vos, Theo / Murray, Christopher J. L. / Whiteford, Harvey A. / Ferrari, Alize J. (2021): Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. In: *The Lancet* 398/10312:1700-1712.
- Schader, Marlene / Gallé, Felice (2021): Endometriose. [Online]. Frauengesundheitszentrum. <https://www.frauengesundheitszentrum.eu/endometriose/> [Zugriff am 26.09.2022].
- Schick, V. R. / Calabrese, S. K. / Rima, B. N. / Zucker, A. N. (2010): Genital Appearance Dissatisfaction: Implications for Women's Genital Image Self-Consciousness, Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Risk. In: *Psychol Women Q* 34/3:394-404.
- Schmidt, Renate-Berenike / Sielert, Uwe (2013): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. In: *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung*. Schmidt, Renate-Berenike / Sielert, Uwe (Hrsg.), Aufl. 2. Beltz Juventa832.
- Schoep, Mark E. / Nieboer, Theodoor E. / van der Zanden, Moniek / Braat, Didi D. M. / Nap, Annemiek W. (2019): The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 220/6:569.e561-569.e567.

- Scholz, Martha (2010): *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011*. Linz: Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit PGA im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Schönborn-Hotter, Katharina / Sonnberger, Lisa / Staffelmayr, Flo (2020): *Lina, die Entdeckerin*. Wien: Achse Verlag.
- Schuler, Daniela / Tuch, Alexandre / Sturny, Isabelle / Peter, Claudio (2022): Psychische Gesundheit. Kennzahlen mit Fokus Covid-19. In: *Obsan Bulletin* 2022/02:1-8.
- Schutzbach, Franziska (2021): *Die Erschöpfung der Frauen: Wider die weibliche Verfügbarkeit*. München: Droemer.
- Seedat, Soraya / Scott, Kate Margaret / Angermeyer, Matthias C. / Berglund, Patricia / Bromet, Evelyn J. / Brugha, Traolach S. / Demyttenaere, Koen / de Girolamo, Giovanni / Haro, Josep Maria / Jin, Robert / Karam, Elie G. / Kovess-Masfety, Viviane / Levinson, Daphna / Medina Mora, Maria Elena / Ono, Yutaka / Ormel, Johan / Pennell, Beth-Ellen / Posada-Villa, Jose / Sampson, Nancy A. / Williams, David / Kessler, Ronald C. (2009): Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. In: *Archives of General Psychiatry* 66/7:785-795.
- Seiler-Ramadas, R. / Grabovac, I. / Niederkrotenthaler, T. / Dorner, T. E. (2020): Adolescents' Perspective on Their Sexual Knowledge and the Role of School in Addressing Emotions in Sex Education: An Exploratory Analysis of Two School Types in Austria. In: *The Journal of Sex Research* 57/9:1180-1188.
- Shah, P. S. / Shah, J. (2010): Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. In: *J Womens Health (Larchmt)* 19/11:2017-2031.
- Shallcross, R. / Dickson, J. M. / Nunns, D. / Mackenzie, C. / Kiemle, G. (2018): Women's Subjective Experiences of Living with Vulvodynia: A Systematic Review and Meta-Ethnography. In: *Arch Sex Behav* 47/3:577-595.
- Shanahan, Lilly / Steinhoff, Annetkatrin / Bechtiger, Laura / Murray, Aja L. / Nivette, Amy / Hepp, Urs / Ribeaud, Denis / Eisner, Manuel (2022): Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. In: *Psychological Medicine* 52/5:824-833.
- Sieverding, M. / Kendel, F. (2012): Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55/9:1118-1124.
- Silva, Manuela / Loureiro, Adriana / Cardoso, Graça (2016): Social determinants of mental health: a review of the evidence. In: *The European Journal of Psychiatry* 30/4:259-292.
- Sladden, Tim / Philpott, Anne / Braeken, Doortje / Castellanos-Usigli, Antón / Yadav, Vithika / Christie, Emily / Gonsalves, Lianne / Mofokeng, Tlaleng (2021): Sexual Health and Wellbeing through the Life Course: Ensuring Sexual Health, Rights and Pleasure for All. In: *International Journal of Sexual Health* 33/4:565-565-571.

- Society for Menstrual Cycle Research (2011): *The Menstrual Cycle: A Feminist Lifespan Perspective* http://www.menstruationresearch.org/wp-content/uploads/2016/11/fact_4-2011-menstruation.pdf.
- Stadt Wien (2022a): Checkliste zu Gewalt an Frauen für Ärztinnen und Ärzte. [Online]. Stadt Wien. <https://www.wien.gv.at/menschen/frauen/beratung/frauennotruf/checkliste-gewalt.html> [Zugriff am 31.10.2022].
- Stadt Wien (2022b): Frauenbefragung. [Online]. Stadt Wien. <https://frauenbefragung.wien.gv.at/> [Zugriff am 10.11.2022].
- Stadt Wien (2022c): Rollenbilder in der Gesellschaft. [Online]. Stadt Wien. <https://www.wien.gv.at/menschen/frauen/stichwort/sexismus/rollenbilder/> [Zugriff am 10.11.2022].
- statista (2022): Welche der folgenden Gründe sprechen dagegen, dass man selbst Kinder bekommt? [Online]. Statista GmbH. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1094502/umfrage/gruende-gegen-das-kinderkriegen-in-oesterreich/#professional> [Zugriff am 17.11.2022].
- Statistik Austria (2019): Bildung. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gender-statistiken/bildung> [Zugriff am 21.10.2022].
- Statistik Austria (2020a): Demographische Merkmale. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gender-statistiken/demographische-merkmale> [Zugriff am 21.10.2022].
- Statistik Austria (2020b): Einkommen. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gender-statistiken/einkommen> [Zugriff am 21.10.2022].
- Statistik Austria (2020c): Pensionen. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gender-statistiken/pensionen> [Zugriff am 21.10.2022].
- Statistik Austria (2020d): *Tabellenband EU-SILC 2020 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2018 bis 2020. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Statistik Austria (2021a): Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gender-statistiken/armuts-oder-ausgrenzungsgefaehrung> [Zugriff am 21.10.2022].
- Statistik Austria (2021b): Demographische Querschnittsindikatoren. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-indikatoren-und-tafeln/demographische-querschnittsindikatoren> [Zugriff am 21.10.2022].
- Statistik Austria (2021c): Erwerbstätigkeit. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gender-statistiken/erwerbstaetigkeit> [Zugriff am 21.10.2022].

- Statistik Austria (2021d): Familienformen. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/familien-haushalte-lebensformen/familienformen> [Zugriff am 21.10.2022].
- Statistik Austria (2021e): Lebensformen. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/familien-haushalte-lebensformen/lebensformen> [Zugriff am 21.10.2022].
- Statistik Austria (2021f): *Personen mit Internetnutzung* Erstellt am 08.11.2021.
- Statistik Austria (2021g): Vereinbarkeit von Beruf und Familie. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gender-statistiken/vereinbarkeit-von-beruf-und-familie> [Zugriff am 21.10.2022].
- Statistik Austria (2022a): *Arbeitsmarktstatistiken. Ergebnisse der Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung und der Offene-Stellen-Erhebung*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Statistik Austria (2022b): Bevölkerung nach Alter/Geschlecht. [Online]. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht> [Zugriff am 21.10.2022].
- Statistik Austria (2022c): *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Statistik Austria (2022d): *Todesursachenstatistik*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Steiner, Judith (2022): *Aborte im frühen Schwangerschaftsstadium. Umgang und Verarbeitung in Österreich aus/mit ethischer Perspektive und Beschreibung eines Modells namens g_arten der n_unsichtbaren*. Master of Arts. Karl-Franzens-Universität, Graz.
- Strafgesetzbuch: *Strafgesetzbuch*, BGBl. Nr. 60/1974 in der geltenden Fassung.
- Strilić, Martina (2012): *Einstellungen zu Sexualität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. „Das Erste Mal – Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen 10 Jahre danach“*. Wien: Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF).
- Swami, V. (2012): Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample. In: *PloS one* 7/11:e49779.
- Tan, Sze Eng / Kuschminder, Katie (2022): Migrant experiences of sexual and gender based violence: a critical interpretative synthesis. In: *Globalization and Health* 18/1:68.
- Thurston, R. C. / Joffe, H. (2011): Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. In: *Obstet Gynecol Clin North Am* 38/3:489-501.

- Tsevat, Danielle G. / Wiesenfeld, Harold C. / Parks, Caitlin / Peipert, Jeffrey F. (2017): Sexually transmitted diseases and infertility. In: *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 216/1:1-9.
- Tyros, Georgios / Mastrafsi, Styliani / Gregoriou, Stamatia / Nicolaidou, Electra (2020): Incidence of anogenital warts: epidemiological risk factors and real-life impact of human papillomavirus vaccination. In: *International Journal of STD & AIDS* 32/1:4-13.
- UCSF (2022): The Turnaway Study. [Online]. University of California San Francisco.
- Umweltbundesamt (2020): *Interdependente Genderaspekte der Klimapolitik. Gendergerechtigkeit als Beitrag zu einer erfolgreichen Klimapolitik: Wirkungsanalyse, Interdependenzen mit anderen sozialen Kategorien, methodische Aspekte und Gestaltungsoptionen Abschlussbericht*. Dessau-Roßlau: Umweltbundesamt.
- UN (2019): *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Concluding observations on the ninth periodic report of Austria*. United Nations.
- UNESCO (2014): *Puberty education & menstrual hygiene management. Good policy and practice in health education*. Paris: UNESCO.
- UNESCO (2021): *The journey towards comprehensive sexuality education Global status report*. Geneva: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO).
- UNFPA (2021a): *Bodily autonomy: a cornerstone for achieving gender equality and universal access to sexual and reproductive health and rights. Technical Brief*. United Nations Population Fund, www.unfpa.org.
- UNFPA (2021b): *ICPD AND HUMAN RIGHTS: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform*. United Nations Population Fund, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_and_human_rights_20_years.pdf.
- United Nations Children's Fund (2016): *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern*. New York: UNICEF.
- van Anders, Sari M / Herbenick, Debby / Brotto, Lori A / Harris, Emily A / Chadwick, Sara B (2022): The heteronormativity theory of low sexual desire in women partnered with men. In: *Archives of Sexual Behavior* 51/1:391-415.
- Van Deirse, Tonya B. / Macy, Rebecca J. / Cuddeback, Gary S. / Allman, Amanda J. (2018): Intimate partner violence and sexual assault among women with serious mental illness: A review of prevalence and risk factors. In: *Journal of Social Work* 19/6:789-828.
- Värnik, A. / Kölves, K. / van der Feltz-Cornelis, C. M. / Marusic, A. / Oskarsson, H. / Palmer, A. / Reisch, T. / Scheerder, G. / Arensman, E. / Aromaa, E. / Giupponi, G. / Gusmäo, R. / Maxwell, M. / Pull, C. / Szekely, A. / Sola, V. Pérez / Hegerl, U. (2008): Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 62/6:545.

- Vedam, S. / Stoll, K. / Taiwo, T. K. / Rubashkin, N. / Cheyney, M. / Strauss, N. / McLemore, M. / Cadena, M. / Nethery, E. / Rushton, E. / Schummers, L. / Declercq, E. (2019): The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. In: *Reprod Health* 16/1:77.
- Vloo, A. / Alessie, R. J. M. / Mierau, J. O. / Boezen, Marike H. / Mierau, Jochen O. / Franke, Lude / Dekens, Jackie / Deelen, Patrick / Lanting, Pauline / Vonk, Judith M. / Nolte, Ilja / Ori, Anil P. S. / Claringbould, Annique / Boulogne, Floranne / Dijkema, Marjolein X. L. / Wiersma, Henry H. / Warmerdam, Robert / Jankipersadsing, Soesma A. (2021): Gender differences in the mental health impact of the COVID-19 lockdown: Longitudinal evidence from the Netherlands. In: *SSM - Population Health* 15/:100878.
- Voicu, Ilona (2018): The social construction of menopause as disease: A literature review>. In: *Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology* 9/2:11-21.
- Volkshilfe (2022): Altersarmut in Österreich. Zahlen, Fakten, Anforderungen. [Online]. Volkshilfe Österreich. <https://www.volkshilfe.at/wer-wir-sind/aktuelles/newsaktuelles/altersarmut-in-oesterreich/> [Zugriff am 18.11.2022].
- Walgenbach, Katharina (2014a): Intersektionalität als Analyseperspektive heterogener Stadträume. In: *Die intersektionelle Stadt*. Elli, Scambor / Fränk, Zimmer (Hrsg.). Bielefeld: transcript Verlag. S. 81-92.
- Walgenbach, Katharina (2014b): Intersektionalität als Analyseperspektive heterogener Stadträume. In: *Die intersektionelle Stadt*. Elli, Scambor / Fränk, Zimmer (Hrsg.). Bielefeld: transcript Verlag 81-92.
- Wancata, Johannes (2017): *Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht*. Wien: Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien.
- Warzecha, Damian / Szymusik, Iwona / Wielgos, Miroslaw / Pietrzak, Bronislawa (2020): The Impact of Endometriosis on the Quality of Life and the Incidence of Depression—A Cohort Study. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17/10:3641.
- Weiss, R. (2020): Menopause Cafes: It's good to talk. In: *Maturitas* 132/:79-80.
- Weisser Ring / Forschungszentrum Menschenrechte (2018): *Gewalt im Netz gegen Frauen & Mädchen in Österreich*. Wien.
- WHO (2001): *Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward*. Madrid Statement. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO (2015): *Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen*. World Health Organization, Copenhagen.
- WHO (2017): *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Advocacy brief. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO (2021a): COVID-19 and violence against women. [Online]. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.04> [Zugriff am 26.09.2022].

- WHO (2021b): Endometriosis - Key Facts. [Online]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis> [Zugriff am 26.09.2022].
- WHO (2022a): *Abortion care guideline* 24.10.2022. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>: World Health Organization.
- WHO (2022b): Breastfeeding. [Online]. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2 [Zugriff am 24.10.2022].
- WHO (2022c): Menopause. [Online]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause> [Zugriff am 31.10.2022].
- Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (2021): *Statistik 2020*. Wien: Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie.
- Wiener Programm für Frauengesundheit (2015): „*Problemzone*“ Körper? *Eine Befragung von Wiener Schülerinnen und Schülern*. Wien: Wiener Programm für Frauengesundheit in der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.
- Wimmer-Puchinger, B (2016): Weiblicher Selbstwert auf dem gesellschaftlichen Prüfstand. In: *Irrsinnig weiblich - Psychische Krisen im Frauenleben Hilfestellung für die Praxis*. Wimmer-Puchinger, Beate / Gutiérrez-Lobos, Karin / Riecher-Rössler, A (Hrsg.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 3-18.
- Wimmer-Puchinger, Beate / Kral, Sophia (2018): *Wiener Grundsatzklärung zur Spontangeburt. Die Chance auf Spontangeburt erhöhen*. Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung der Stadt Wien, Wien.
- Wittchen, H. U. / Hoyer, J. (2011): Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In: *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Wittchen, Hans-Ulrich / Hoyer, Jürgen (Hrsg.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg 3-25.
- Wolfersdorf, M / Plöderl, M (2016): Geschlechtsunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In: *Handbuch Geschlecht und Gesundheit Männer und Frauen im Vergleich*. Kolip, P / Hurrelmann, K (Hrsg.), Aufl. 2. Bern: Hogrefe. S. 265-273.
- Wunderer, Eva / Hierl, Frida / Götz, Maya (2022): Einfluss sozialer Medien auf Körperbild, Essverhalten und Essstörungen. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 23/01:85-85-89.
- Zamarro, Gema / Prados, María J. (2021): Gender differences in couples' division of childcare, work and mental health during COVID-19. In: *Review of Economics of the Household* 19/1:11-40.
- Zandonella, Martina (2021): *Follow-up zur psychosozialen Situation der WienerInnen während der Pandemie*. Wien: SORA - Institute for Social Research and Consulting.
- Zandonella, Martina / Hoser, Bernhard (2022): *Zur psychosozialen Situation der Oberösterreicher*innen während der Pandemie. Teil 1*. Wien: SORA – Institute for Social Research and Consulting.

- Zentrum Polis (2012): *Frauenarmut in Österreich*. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, www.politik-lernen.at.
- Zięba, Ewa / Markowska, Małgorzata / Krawczyńska, Jadwiga / Zięba, Paulina / Nowak-Starz, Grażyna (2013): Evaluation of life quality associated with health of girls aged 13–14 in groups with menstrual disorders and no disorders in health and development in the light of the questionnaire KIDSCREEN-52. In: *Medical Studies/Studia Medyczne* 29/3:213-218.
- Ziyada, Mai Mahgoub / Johansen, R. Elise B. (2021): Barriers and facilitators to the access to specialized female genital cutting healthcare services: Experiences of Somali and Sudanese women in Norway. In: *PloS one* 16/9:e0257588.
- Zwar, L. / König, H. H. / Hajek, A. (2022): Gender Differences in Mental Health, Quality of Life, and Caregiver Burden among Informal Caregivers during the Second Wave of the COVID-19 Pandemic in Germany: A Representative, Population-Based Study. In: *Gerontology*:DOI: 10.1159/000523846.

Glossar

Armut und Gesundheit

In Armut lebende Menschen sind doppelt so häufig krank wie Menschen, die nicht in Armut leben, sie leiden häufiger unter Stress, was wiederum zu ernsthaften chronischen gesundheitlichen Problemen wie Bluthochdruck, Herzproblemen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen u. v. m. führen kann, und sie sind häufiger einsam, weil sie sich viele Freizeitaktivitäten nicht leisten können. Kinder aus armen Haushalten haben oft schlechtere Aufstiegschancen, leiden häufiger unter Übergewicht und anderen gesundheitlichen Problemen und es fehlt ihnen oft die Möglichkeit, an zentralen sozialen und gesellschaftlichen Veranstaltungen teilzunehmen. Zudem leben sie oft in unzureichenden Wohnräumen und Wohngegenden (Riffer/Schenk 2015).

Armutsgefährdung

Armutsgefährdet sind Personen, deren äquivalentes Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle (= 60 % des Medians) liegt (Statistik Austria, EU-SILC 2008-2021).

Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung

Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung (Zielgruppe der Europa 2030-Strategie): Armuts- oder ausgrenzungsgefährdet sind Personen, deren äquivalentes Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle (= 60 % des Medians) liegt, oder die erheblich materiell und sozial depriviert sind oder die in einem Haushalt mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität leben (Statistik Austria, EU-SILC 2008-2021).

Arthrose

Unter dem Begriff Arthrose werden verschiedene muskuloskelettale Erkrankungen zusammengefasst, die mit degenerativen Veränderungen an den Gelenken einhergehen. Arthrose führt zu einem langsamen, aber stetigen Abbau des Gelenkknorpels, dabei können auch angrenzende Knochen, Muskeln, Kapseln und Bänder betroffen sein. Dies führt insbesondere in fortgeschrittenen Stadien zu Schmerzen, Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag und damit zu einem erheblichen Verlust an Lebensqualität für die Betroffenen (RKI 2020).

Diabetes

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, bei der die Regulierung des Blutzuckerspiegels gestört ist. Die beiden häufigsten Diabetes-Typen sind Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Typ-1-Diabetes beginnt meist im Kindes- und Jugendalter. Er ist auf einen absoluten Insulinmangel zurückzuführen, bedingt durch eine vom Immunsystem gegen körpereigenes Gewebe gerichtete (autoimmune) Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen in der Bauchspeicheldrüse. Typ-2-Diabetes tritt überwiegend im Erwachsenenalter auf und ist durch einen relativen Insulinmangel gekennzeichnet (RKI 2020).

Endometriose

Endometriose ist eine chronische Erkrankung, die zwischen der Pubertät und den Wechseljahren auftritt ([Endometriose | Symptome, Diagnose & Behandlung \(gesundheitsinformation.de\)](#)). Bei von Endometriose Betroffenen liegt Gewebe, das der Gebärmutter Schleimhaut ähnlich ist, außerhalb der Gebärmutterhöhle. Die Ursachen sind bisher ungeklärt. Das führt zur Bildung von Hohlräumen in Eierstöcken

(Zysten), zur Entzündung von Gewebe und zu Verwachsungen an anderen Organen. Das Gewebe kann sich vergrößern und verbreiten (Schmidt et al. 2021).

Female Genital Mutilation and Cutting (FGM/C)	Unter weiblicher Genitalverstümmelung (FGM/C) werden die teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren weiblichen Genitalien oder andere Verletzungen der weiblichen Genitalien aus nicht-medizinischen Gründen verstanden (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation).
Gesundheitskompetenz	Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitspräventionen und Krankenversorgung Entscheidungen zu treffen, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen. Der Prozess wird maßgeblich von den Anforderungen der Umwelt (strukturelle Faktoren) beeinflusst (Sørensen et al. 2012; ÖPGK 2018).
Gestationsdiabetes	Beim Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) liegt eine meist vorübergehende Erhöhung der Blutzuckerwerte infolge von Insulinresistenz vor. Das Vorliegen eines Schwangerschaftsdiabetes ist mit einem erhöhten Risiko für Schwangerschaftskomplikationen verbunden, welche durch frühzeitige Diagnose und Behandlung vermindert werden können (RKI 2020).
Gewalt im Netz	„Gewalt im Netz ist jede sprachliche oder darstellende Äußerung, verbreitet oder zugestellt durch das Medium Internet, die von unmittelbaren und/oder mittelbaren EmpfängerInnen als bedrohlich, herabwürdigend oder verunglimpfend empfunden wird oder durch die die EmpfängerInnen sich in ihrer Lebensgestaltung auf unzumutbare Weise beeinträchtigt fühlen. Bezugspunkt ist nicht ausschließlich das individuelle Empfinden, sondern das Empfinden eines wahrnehmbaren Teils der rechtsverbundenen Sprachgemeinschaft.“ (https://www.weisser-ring.at/wp-content/uploads/2019/10/Studie_Bestandsaufnahme_Gewalt_im_Netz_gegen_Frauen_und_M%C3%A4dchen_in_%C3%96sterreich.pdf , S. 28)
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (kardiovaskuläre Erkrankungen, ICD-10: I00–I99) werden Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße verstanden. Dazu gehören neben der koronaren Herzkrankheit (chronische Unterversorgung des Herzmuskelgewebes mit Sauerstoff – Folgen können Angina pectoris, Herzinfarkt sein) und dem Schlaganfall auch Bluthochdruck (arterielle Hypertonie), Herzschwäche (Herzinsuffizienz), Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen, Erkrankungen der Lungengefäße (z. B. Lungenembolie) sowie angeborene Fehlbildungen des Herzens (RKI 2020).
Intersektionalität	Intersektionalität bezeichnet die Verschränkung(en) unterschiedlicher sozialer Kategorien wie Gender, Ethnizität, Alter, Herkunft, sozialer Status, Bildung, Behinderung und damit einhergehende soziale Ungleichheit. Intersektionalität überwindet die additive Perspektive, indem das gleichzeitige Zusammenwirken sozialer Ungleichheiten in den Fokus gerückt wird (Walgenbach 2014a). Der Begriff hat seine Ursprünge im Black (Crenshaw 1989).

Krankheitslast, Burden of Disease	Krankheitslast bezeichnet den Gesundheitsverlust, der in einer Bevölkerungsgruppe, einem Staat oder einer Weltregion durch bestimmte Gesundheitsprobleme entsteht. Dabei wird der Unterschied zwischen der tatsächlichen Gesundheit einer bestimmten Bevölkerung und ihrer bestmöglichen Gesundheit eruiert. Die Krankheitslast ist eine wichtige Vergleichsgröße. Sie ist unter anderem hilfreich für die Erarbeitung treffsicherer gesundheitspolitischer Interventionen und die Planung im Gesundheitssystem (https://gesundheitsziele-oesterreich.at/glossar/krankheitslast-burden-of-disease-engl/).
Mental Load	Mental Load bezeichnet die Last der alltäglichen unsichtbaren Verantwortung für das Organisieren von Haushalt und Familie im Privaten, das Koordinieren und Vermitteln in Teams im beruflichen Kontext sowie die Beziehungspflege und das Auffangen der Bedürfnisse und Befindlichkeiten aller Beteiligten in beiden Bereichen. Beispiel: Wer ein Kind zum Impftermin bei der Kinderärztin bringt, übernimmt Care-Arbeit und hilft mit. Die Mental Load trägt aber die Person, die darüber hinaus die Ärztin und ihre Adresse recherchiert hat, sich über Kinderimpfungen informiert und darüber entschieden hat, die an den Termin erinnert, ihn vereinbart hat, ohne dass er mit anderen Verabredungen kollidiert, die weiß, wo der Impfausweis liegt und dass das Kind für den Folgetag eine Entschuldigung fürs Schwimmen braucht (https://equalcareday.de/mental-load/).
Osteoporose	Osteoporose (ICD-10: M80–M82) ist eine systemische Skeletterkrankung, die den Knochenstoffwechsel betrifft. Mit ihr sind ein Abbau der Knochenmasse und eine Verschlechterung der Knochenstruktur verbunden. Bereits bei geringfügigen äußeren Anlässen kann es zu Knochenbrüchen (sogenannten Fragilitätsfrakturen) kommen. Charakteristische Knochenbrüche für die Osteoporose sind Wirbelkörperbrüche. Bei handgelenksnahen Brüchen der Speiche (distale Radiusfraktur) und hüftgelenksnahen Brüchen des Oberschenkelknochens (Hüftfrakturen) sind sowohl Osteoporose als Grunderkrankung als auch Stürze von Bedeutung (RKI 2020).
Partnergewalt	Partnergewalt wird häufig der häuslichen Gewalt zugeordnet und umfasst jegliche Formen der Gewalt wie physische Aggression, sexuelle Nötigung, psychischen Missbrauch und kontrollierende Verhaltensweisen in einer Partnerschaft (WHO 2021).
Physische Gewalt	Physische Gewalt umfasst alle Formen von Misshandlungen bis hin zum Mordversuch oder Mord (Physische Gewalt: gewaltinfo.at).
Prämenstruelles Syndrom (PMS)	Das prämenstruelle Syndrom ist eine Bezeichnung „für körperliche und psychische Beschwerden, die einige Tage bis zwei Wochen vor Einsetzen der Periode auftreten können. Symptome können Spannungsgefühle in den Brüsten und im Unterleib sein, aber auch Kopf-, Rücken-, Gelenks- oder Muskelschmerzen, Wassereinlagerungen, Schlaf- oder Verdauungsprobleme, Hautunreinheiten und Heißhunger.“ (https://www.gesundheitsinformation.de/praemenstruelles-syndrom-pms.html)
Psychische Gewalt	Psychische Gewalt beschreibt ein Spektrum psychisch beeinträchtigender oder verletzender Handlungen wie Einschüchterungen, Beschimpfungen und Demütigungen, Drohungen, kontrollierendes Verhalten, Isolierung und Eifersucht. Sie tritt häufig in Kombination mit

körperlicher und/oder sexueller Gewalt auf (RKI 2020);
<https://www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen/psychisch/>).

Sexuelle und sexualisierte Gewalt

„Sexuelle/sexualisierte Gewalt umfasst alle sexuellen Handlungen, die einer Person gegen ihren Willen aufgedrängt oder aufgezwungen werden. Der Begriff der sexualisierten Gewalt verdeutlicht, dass Formen der Gewalt ihren Ursprung nicht in der Sexualität haben, sondern eine „Form der Machtausübung ist, die mittels sexueller Handlungen ausgeübt wird“ (<https://www.sexuellegewalt.at/informieren/was-ist-sexuelle-gewalt-an-frauen/>).

Wechseljahre

„In den Wechseljahren (Klimakterium) einer Frau kommt es zu einer Änderung im Zusammenspiel der Hormone. Auf biologischer Ebene verringert der Körper die Produktion des Östrogens. Dies führt zu Verschiebungen der Menstruation (Monatsblutung) bis zum vollständigen Aufhören (Menopause). Dabei können unterschiedliche Beschwerden auftreten, wie Hitzewallungen, Schlafstörungen oder Stimmungsschwankungen. Gleichzeitig entfallen Beschwerden der Menstruation oder Verhütungssorgen. Die Wechseljahre werden von Frauen oft unterschiedlich wahrgenommen.“ (<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sexualorgane/weibliche-hormone-zyklus/wechseljahre-koerper-hormone.html>). Durch die Behandlung von Erkrankungen kann die Menopause frühzeitig künstlich indiziert werden (IQWiG 2020).

Abkürzungen

BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body-Mass-Index
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
bzw.	beziehungsweise
etc.	et cetera
EW	Einwohner:innen
FGM/C	Female Genital Mutilation and Cutting
FRA	Fundamental Rights Agency
GGI	Gute Gesundheitsinformation
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HiAP	Health in All Policies
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
LBI	Ludwig Boltzmann Institut
LGBTIQ*	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersexual, Queer
NCD	Noncommunicable Diseases
ÖGF	Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SDG(s)	Sustainable Development Goal(s)
SUPRA	Suizidprävention Österreich
SV	Sozialversicherung
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
vs.	versus
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

Anhang

- Tabelle: Entlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) bei stationären Aufenthalten von Frauen in Akutkrankenanstalten
- Tabelle: Demografische, medizinische und soziale Merkmale von Geborenen sowie Müttern, 2011 bis 2021

Tabelle 6: Entlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) bei stationären Aufenthalten von Frauen in Akutkrankenanstalten

Entlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) bei stationären Aufenthalten von Frauen in Akutkrankenanstalten	Anzahl Patientinnen	
	2008	2021
(O13) Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduziert] ohne bedeutsame Proteinurie, Leichte Präeklampsie, Schwangerschaftsbedingte Hypertonie o.n.A.	814	895
(O14.0) Mäßige Präeklampsie	346	461
(O14.1) Schwere Präeklampsie	405	277
(O14.2) HELLP-Syndrom	-	148
(O14.9) Präeklampsie, nicht näher bezeichnet	499	432
(O15.0) Eklampsie während der Schwangerschaft	40	11
(O15.1) Eklampsie unter der Geburt	12	7
(O15.2) Eklampsie im Wochenbett	10	8
(O15.9) Eklampsie, bei der der zeitliche Bezug nicht angegeben ist, Eklampsie o.n.A.	14	21
(O20.0) Drohender Abort, Blutung mit der Angabe, dass sie durch drohenden Abort bedingt ist	2.903	540
(O20.8) Sonstige Blutung in der Frühschwangerschaft	227	111
(O20.9) Blutung in der Frühschwangerschaft, nicht näher bezeichnet	508	250
(O21.0) Leichte Hyperemesis gravidarum, Hyperemesis gravidarum, leicht oder nicht näher bezeichnet, Beginn vor Beendigung der 20. Schwangerschaftswoche	1.892	1.162

Entlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) bei stationären Aufenthalten von Frauen in Akutkrankenanstalten	Anzahl Patientinnen	
	2008	2021
(O21.1) Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung, Beginn vor Beendigung der 20. Schwangerschaftswoche	779	435
(O21.2) Späterbrechen während der Schwangerschaft, Übermäßiges Erbrechen, Beginn nach 20 vollendeten Schwangerschaftswochen	117	37
(O22.0) Varizen der unteren Extremitäten in der Schwangerschaft, Varizen o.n.A. in der Schwangerschaft	291	60
(O22.1) Varizen der Genitalorgane in der Schwangerschaft, Varizen des Perineums, der Vagina und der Vulva in der Schwangerschaft	15	7
(O24.4) Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend, Gestationsbedingter Diabetes mellitus o.n.A.	1.889	4.937
(O25) Fehl- und Mangelernährung in der Schwangerschaft, Fehl- und Mangelernährung bei der Geburt und im Wochenbett	17	3
(O26.0) Übermäßige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft	29	5
(O26.1) Geringe Gewichtszunahme in der Schwangerschaft	95	-
(O26.5) Hypotonie-Syndrom der Mutter, Vena-cava-Kompressionssyndrom	140	14
(O26.6) Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	68	119
(O26.7) Subluxation der Symphysis (pubica) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	30	20
(O26.8) Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind, Erschöpfung und Ermüdung, Nierenkrankheit, Periphere Neuritis während der Schwangerschaft	800	1.102
(O42.0) Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	2.445	1.745
(O42.1) Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 24 Stunden	291	337
(O42.2) Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie	298	123
(O42.9) Vorzeitiger Blasensprung, nicht näher bezeichnet	2.758	4.869
(O60) Vorzeitige Entbindung, Geburtsbeginn (spontan) vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche	1.708	-

Entlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) bei stationären Aufenthalten von Frauen in Akutkrankenanstalten	Anzahl Patientinnen	
	2008	2021
(O60.0) Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	-	777
(O60.1) Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung	-	292
(O60.2) Vorzeitige Wehen mit termingerechter Entbindung	-	26
(O60.3) Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen	-	88
(O99.0) Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert, Krankheitszustände unter D50-D64	8.421	5.832

Limitationen: Nebendiagnosen müssen von Ärztinnen und Ärzten nicht gestellt werden, daher ist von einer Dunkelziffer bei Nebendiagnosen auszugehen.

Quelle: BMSGPK: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2008 und 2021;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 7: Demografische, medizinische und soziale Merkmale von Geborenen sowie Müttern, 2011 bis 2021

Merkmal	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Lebendgeborene zusammen	78.109	78.952	79.330	81.722	84.381	87.675	87.633	85.535	84.952	83.603	86.078
je 1.000 der Bevölkerung	9,3	9,4	9,4	9,6	9,8	10	10	9,7	9,6	9,4	9,6
Geschlecht											
männlich	40.395	40.822	40.953	42.162	43.604	45.051	45.253	43.796	43.580	42.934	44.237
weiblich	37.714	38.130	38.377	39.560	40.777	42.624	42.380	41.739	41.372	40.669	41.841
Staatsangehörigkeit des Kindes											
Österreich	65.923	65.929	65.516	66.482	69.366	70.165	69.798	68.056	67.115	66.404	68.812
nicht Österreich	12.186	13.023	13.814	15.240	15.015	17.510	17.835	17.479	17.837	17.199	17.266
nicht Österreich in Prozent	15,6	16,5	17,4	18,6	17,8	20	20,4	20,4	21	20,6	20,1
Altersgruppen der Mutter, Fertilitätsindikatoren											
unter 15 Jahre	11	7	10	15	15	8	10	11	3	2	6
15 bis unter 20 Jahre	2.178	2.034	1.872	1.671	1.698	1.585	1.465	1.169	1.106	1.064	881
20 bis unter 25 Jahre	11.957	11.477	11.374	11.305	11.023	11.422	10.760	9.970	9.171	8.486	7.966
25 bis unter 30 Jahre	23.975	24.096	23.699	24.498	25.040	25.867	26.134	25.316	24.621	24.575	24.756
30 bis unter 35 Jahre	24.235	25.359	26.113	27.622	28.912	29.844	29.782	29.234	29.550	29.526	31.025
35 bis unter 40 Jahre	12.689	12.836	13.033	13.424	14.284	15.434	16.048	16.220	16.770	16.357	17.602
40 bis unter 45 Jahre	2.908	2.958	3.028	2.996	3.191	3.291	3.216	3.345	3.460	3.339	3.639

Merkmal	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
45 Jahre und älter	156	185	201	191	218	224	218	270	271	254	203
Ø Fertilitätsalter der Mutter (alle Geburten)	30	30,2	30,3	30,4	30,6	30,6	30,7	30,9	31	31	31,2
Ø Fertilitätsalter der Mutter (Erstgeburten)	28,5	28,7	28,8	29	29,2	29,2	29,3	29,5	29,7	29,7	29,9
Gesamtfertilitätsrate	1,43	1,44	1,44	1,46	1,49	1,53	1,52	1,48	1,46	1,44	1,48
Totgeborene zusammen	294	260	272	273	281	290	294	277	261	317	309
je 1.000 Lebendgeborene	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
Säuglingssterblichkeit zusammen	281	252	245	249	259	269	256	231	250	262	235
je 1.000 Lebendgeborene	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	-
davon Frühneonatalsterblichkeit	154	145	154	157	165	163	137	136	161	171	-
davon Spätneonatalsterblichkeit	37	35	29	29	33	40	42	38	33	38	-
davon Post-Neonatalsterblichkeit	90	72	62	63	61	66	77	57	56	53	-
Todesursachen Säuglingssterblichkeit											
Infektionskrankheiten (A00–B99)	4	4	3	-	1	4	4	1	-	4	-
Krankheiten der Atmungsorgane (J00–J99)	4	3	2	1	1	1	5	3	1	0	-
Krankheiten der Verdauungsorgane (K00–K92)	-	-	3	1	1	-	1	-	2	1	-
Perinatale Todesursachen (P00–P96)	129	125	122	132	135	135	131	121	148	129	-
Angeborene Fehlbildungen (Q00–Q99)	100	78	83	84	87	92	71	75	68	72	-
Plötzlicher Kindstod (R95)	15	14	13	11	17	10	9	8	13	9	-
Gewaltsame Todesursachen (Y01–Y89)	-	4	2	-	1	-	2	1	2	1	-

Merkmal	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alle übrigen Todesursachen	29	24	17	20	16	27	33	22	16	23	-
Perinatalsterblichkeit	448	405	426	430	446	453	431	413	422	488	-
Lebendgeborene nach Entbindungsart											
Spontangeburt	50.912	51.032	51.369	52.457	52.773	55.267	54.975	53.956	52.933	51.791	53.044
Kaiserschnitt	22.665	23.230	23.253	24.346	24.840	25.688	25.789	24.910	25.312	25.005	26.046
Kaiserschnittquote (in Prozent)	29	29,4	29,3	29,8	29,7	29,5	29,6	29,4	30,1	30,1	30,5
Kaiserschnitt primär	-	-	-	-	12.256	13.359	13.158	12.974	13.961	13.744	14.394
Kaiserschnitt primär (in Prozent von allen Kaiserschnitten)					49	52	51	52	55	55	55
Kaiserschnitt sekundär	-	-	-	-	12.584	12.329	12.631	11.936	11.351	11.261	11.652
Kaiserschnitt sekundär (in Prozent von allen Kaiserschnitten)					51	48	49	48	45	45	45
Saugglocke	4.368	4.538	4.586	4.797	5.829	5.966	6.104	5.874	5.933	6.112	6216
Zangengeburt	77	71	55	57	58	46	60	41	35	33	16
Manualhilfe	87	81	67	65	141	89	59	23	9	9	7
nicht erfasst (Auslandsgeburt)	-	-	-	-	740	619	646	731	730	653	749
Frühgeborenenquote in Prozent	8,3	8,3	8,2	7,9	7,8	7,7	7,7	7,3	7,4	7	7,1
Todesursache Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett (O00-O99)					4	5	2	6	5	2	-

Merkmal	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Rauchen während der Schwangerschaft (Lebendgeborene)											
ja	-	-	-	-	7.872	5.178	9.017	6.522	5.293	5.073	4.616
nein	-	-	-	-	55.285	52.528	70.189	68.678	68.867	77.552	80.494
nicht erfasst (Auslandsgeburt)	-	-	-	-	740	619	646	731	730	653	749

Quelle: STATcube – Statistische Datenbank von Statistik Austria; Darstellung: GÖG

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)