

ÖBIG FORSCHUNGS- UND PLANUNGSGESELLSCHAFT MBH



Vorarlberger Mädchen- und Frauen- gesundheitsbericht 2009

Berichtszeitraum 1998 bis 2007

Im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung

ISBN 978-3-85159-131-6

ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH; A-1010 Wien, Stubenring 6,
Telefon +43 1 515 61-0, Fax +43 1 513-84-72; E-Mail: vorname.nachname@goeg.at;
<http://www.goeg.at>

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	X
Vorwort	XI
Kurzfassung	XV
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Ziele und Zielgruppen	1
1.3 Methode	2
1.4 Datenlage und Datenvalidität	2
2 Demographische und sozioökonomische Situation	4
2.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung	4
2.2 Sozialstruktur	5
2.2.1 Ausbildung	5
2.2.2 Haushalte	7
2.2.3 Familienstand	7
2.2.4 Einkommen	8
2.3 Erwerbstätigkeit	10
2.3.1 Erwerbsbeteiligung	10
2.3.2 Arbeitslosigkeit	12
2.3.3 Arbeitsausfälle	13
2.4 Mehrfachbelastungen von Frauen	14
3 Gesundheitszustand	16
3.1 Subjektive Einschätzung der Gesundheit	16
3.2 Basisindikatoren im Überblick	18
3.2.1 Lebenserwartung	18
3.2.2 Sterblichkeit	20
3.2.3 Krankenhaushäufigkeit	25
3.3 Ausgewählte Erkrankungen	27
3.3.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	27
3.3.2 Krebserkrankungen	31
3.3.3 Erkrankungen der Atmungsorgane	43
3.3.4 Erkrankungen des Bewegungsapparates	45
3.3.5 Psychische Erkrankungen	47
3.3.6 HIV/Aids	52

3.4	Ausgewählte altersbedingte Erkrankungen	54
3.4.1	Sonstige (frauenspezifische) Erkrankungen.....	59
3.5	Unfallgefahren.....	61
4	Gesundheitsrelevante Einflussfaktoren.....	63
4.1	Ernährung	63
4.2	Sport und Bewegung.....	67
4.3	Suchtverhalten	68
4.3.1	Rauchen.....	69
4.3.2	Alkohol	70
4.4	Reproduktive Gesundheit.....	73
4.4.1	Sexualverhalten und Schwangerschaftsabbruch	73
4.4.2	Schwangerschaft und Geburt	74
4.4.3	Künstliche Befruchtung.....	76
4.5	Gesundheitsvorsorge	77
5	Besondere berücksichtigungswürdige Thematiken	79
5.1	Gewalt gegen Frauen.....	79
5.1.1	Gesundheitliche Folgen von Gewalt	79
5.1.2	Häufigkeit von Gewalt gegen Frauen	80
5.1.3	Einrichtungen und Aktivitäten für gewaltbetroffene Frauen.....	83
5.2	Besondere soziale Lagen.....	85
5.2.1	Alleinerzieherinnen	85
5.2.2	Migrantinnen	87
5.2.3	Prostitution	93
5.3	Frauen mit Behinderung.....	94
6	Spezifische Gesundheitseinrichtungen für Mädchen und Frauen	99
7	Prävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Mädchen und Frauen.....	103
7.1	Gesundheitsförderungsprojekte des Landes Vorarlberg	103
7.2	Frauenspezifische Präventionsprojekte und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Vorarlberg	104
8	Potenzielle Handlungsfelder für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen	108
	Literaturverzeichnis	109
	Begriffsbestimmungen und Methoden.....	114
	Bemerkungen zu Daten und Datenqualität	117

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Höchste abgeschlossene Schulbildung der Wohnbevölkerung und der Erwerbstätigen (15- bis 64-Jährige) nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2007	6
Tabelle 2.2:	Familien nach Familientyp in Vorarlberg und Österreich 2007	7
Tabelle 2.3:	Erwerbstätigenquoten (Labour-Force-Konzept) in Vorarlberg und Österreich 2007	10
Tabelle 2.4:	Geringfügig Beschäftigte in Vorarlberg und Österreich 2006	11
Tabelle 2.5:	Gesundheitsberufe nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2007/2008	12
Tabelle 2.6:	Arbeitslosenquoten nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2005–2007	12
Tabelle 3.1:	Allgemeiner Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung 2006/2007	16
Tabelle 3.2:	Chronische Krankheit oder chronisches Gesundheitsproblem nach eigener Einschätzung 2006, in Prozent	17
Tabelle 3.3:	Ausgewählte Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1999 und 2006/2007	28
Tabelle 3.4:	Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach einzelnen Diagnosen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007	29
Tabelle 3.5:	Mortalität aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems nach einzelnen Diagnosen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007	30
Tabelle 3.6:	Krebsinzidenz nach Lokalisation und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2004	32
Tabelle 3.7:	Mortalität aufgrund von bösartigen Neubildungen nach Lokalisation und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007	33
Tabelle 3.8:	Lebenszeitprävalenz chronischer Lungenerkrankungen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	44
Tabelle 3.9:	Lebenszeitprävalenz von Erkrankungen des Bewegungsapparates nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	46
Tabelle 3.10:	Chronische Angstzustände oder Depression nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	48
Tabelle 3.11:	Schlafstörungen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	48
Tabelle 3.12:	Psychische Gesundheit nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	48
Tabelle 3.13:	Adipositas und Untergewicht nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1999 und 2006/2007	49
Tabelle 3.14:	Lebenszeitprävalenz Diabetes nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	60
Tabelle 4.1:	Körperliche Aktivität nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	68
Tabelle 4.2:	Lebendgeborene nach Art und Ort der Entbindung in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	75

Tabelle 4.3:	Anzahl der In-vitro-Fertilisations-(IVF-)Versuche 2007	76
Tabelle 4.4:	Ausgewählte Vorsorgeuntersuchungen in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	78
Tabelle 5.1:	Opfer ausgewählter Formen von Gewalt in Vorarlberg und Österreich 2007	81
Tabelle 5.2:	Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit in Vorarlberg und Österreich 2001 und 2008	88
Tabelle 5.3:	Erwerbstätigenquoten der 15- bis 64-Jährigen nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2007	88
Tabelle 5.4:	Anteil ausländischer Personen an der Arbeitslosenquote in Vorarlberg und Österreich 2007	89
Tabelle 5.5:	Übersicht über einzelne Gruppen von Menschen mit Behinderung 2007	95
Tabelle 5.6:	Bundes- und Landespflegegeldbezieher nach Pflegestufen in Vorarlberg und Österreich 2000–2007	97
Tabelle 6.1:	Institutionen und deren frauenspezifische Angebote in Vorarlberg	100
Tabelle 6.2:	Kontakt Daten der anbietenden Institutionen in Vorarlberg	101

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	Bevölkerungspyramide 2008 und 2018	4
Abbildung 2.2:	Altersstruktur der Bevölkerung in Vorarlberg und Österreich 2001, 2008 und 2021	5
Abbildung 2.3:	Alleinerziehende Elternteile nach Familienstand in Vorarlberg und Österreich 2007	8
Abbildung 2.4:	Durchschnittliche Jahres-Nettobezüge nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2007	9
Abbildung 2.5:	Durchschnittliche Krankenstandstage pro Fall nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 2002–2006	14
Abbildung 2.6:	Pflegende Angehörige nach Alter und Geschlecht 2005	15
Abbildung 3.1:	Allgemeiner Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung 1999 und 2006	17
Abbildung 3.2:	Lebenserwartung bei der Geburt 2006 in den benachbarten Regionen	19
Abbildung 3.3:	Lebenserwartung und behinderungsfreie Lebenserwartung nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	20
Abbildung 3.4:	Vorzeitige Sterblichkeit der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007	21
Abbildung 3.5:	Gesamtmortalität der unter 65-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	22
Abbildung 3.6:	Mortalität der 5- bis 19- und der 20- bis 44-Jährigen nach Haupt- todesursachen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007	23
Abbildung 3.7:	Mortalität der 45- bis 64- und der ab 65-Jährigen nach Haupttodesursachen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007	25
Abbildung 3.8:	Krankenhaushäufigkeit nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	26
Abbildung 3.9:	Krankenhaushäufigkeit nach häufigsten Hauptdiagnosen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007	27
Abbildung 3.10:	Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	30
Abbildung 3.11:	Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 1998–2007	31
Abbildung 3.12:	Inzidenz und Mortalität von Brustkrebs in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007	34
Abbildung 3.13:	Inzidenz und Mortalität von Brustkrebs nach Altersgruppen in Österreich 1998–2004/2007	35
Abbildung 3.14:	Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen des Darms nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007	36
Abbildung 3.15:	Inzidenz und Mortalität von Dickdarmkrebs nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 1998–2004/2007	37

Abbildung 3.16:	Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen der Lunge nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007	38
Abbildung 3.17:	Inzidenz und Mortalität von Lungenkrebs nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 1998–2004/2007	39
Abbildung 3.18:	Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen der Gebärmutter in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007	40
Abbildung 3.19:	Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007	41
Abbildung 3.20:	Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses nach Altersgruppen in Österreich 1997–2004/2007	42
Abbildung 3.21:	Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen der Eierstöcke in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007	43
Abbildung 3.22:	Mortalität aufgrund von COPD nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	44
Abbildung 3.23:	Mortalität aufgrund von COPD nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 1998–2007	45
Abbildung 3.24:	Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	46
Abbildung 3.25:	Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Essstörungen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	50
Abbildung 3.26:	Krankenhausaufenthalte von Mädchen und Frauen mit der Haupt- oder Nebendiagnose Essstörungen nach Altersgruppen in Vorarlberg und Österreich 2003–2006	50
Abbildung 3.27:	Suizidrate nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	51
Abbildung 3.28:	Suizidrate nach Altersgruppen und Geschlecht in Vorarlberg 1998–2007	52
Abbildung 3.29:	Aids-Neuerkrankungen und -Todesfälle nach Geschlecht in Österreich im Zeitverlauf 1983–2008	53
Abbildung 3.30:	Krankenhaushäufigkeit von Personen ab 50 Jahren mit der Haupt- oder Nebendiagnose Osteoporose nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	55
Abbildung 3.31:	Krankenhaushäufigkeit von Personen ab 50 Jahren mit der Hauptdiagnose Oberschenkelfraktur nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	56
Abbildung 3.32:	Krankenhaushäufigkeit von Personen ab 50 Jahren mit der Haupt- oder Nebendiagnose Harninkontinenz nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	57
Abbildung 3.33:	Krankenhaushäufigkeit von Personen ab 60 Jahren mit der Haupt- oder Nebendiagnose Demenz nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	58
Abbildung 3.34:	Unfälle nach Lebensbereichen und Geschlecht in Österreich 2007	61

Abbildung 3.35:	An Straßenverkehrsunfällen beteiligte Personen, bezogen auf 100.000 Einwohner, in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	62
Abbildung 4.1:	Ernährungsverhalten nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	64
Abbildung 4.2:	Übergewicht und Adipositas bei Kindern nach Geschlecht in Vorarlberger Pflichtschulen 1998–2008	65
Abbildung 4.3:	Body-Mass-Index nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	66
Abbildung 4.4:	Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich, 2006/2007	66
Abbildung 4.5:	15-jährige Schülerinnen und Schüler, die täglich rauchen, nach Geschlecht in Österreich 1990–2006	69
Abbildung 4.6:	Zigarettenkonsum nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	70
Abbildung 4.7:	Problematischer Alkoholkonsum nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007	71
Abbildung 4.8:	Potenziell alkoholassoziierte Mortalität nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2003–2007	72
Abbildung 4.9:	Potenziell alkoholassoziierte Krankenhaushäufigkeit nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 2003–2007	73
Abbildung 4.10:	Lebendgeborene nach dem Alter der Mutter in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007, Anteile in Prozent	74
Abbildung 4.11:	Frühgeburten in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	75
Abbildung 4.12:	Säuglingssterblichkeit in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007	76
Abbildung 5.1:	Alter der Frauen in Frauenhäusern in Vorarlberg und Österreich 2007	82
Abbildung 5.2:	Nationalität der Frauen in Frauenhäusern in Vorarlberg und Österreich 2007	83
Abbildung 5.3:	Body-Mass-Index nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Österreich 2006/2007	90
Abbildung 5.4:	Täglicher Zigarettenkonsum nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Österreich 2006/2007	90
Abbildung 5.5:	Körperliche Aktivität nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Österreich 2006/2007	91
Abbildung 5.6:	Pflegegeldbezieher nach Geschlecht und Altersgruppen in Vorarlberg und Österreich 2007, Anteile in Prozent	96

Abkürzungsverzeichnis

AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
ÄK	Ärztchammer
aks	Arbeitskreis für Vorsorge und Sozialmedizin
AMS	Arbeitsmarktservice
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BMS	Berufsbildende mittlere Schule
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation österreichischer Krankenanstalten
DOKLI	Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
Fonds-KA	Fonds-Krankenanstalten
GKK	Gebietskrankenkasse
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HVSVT	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
LKH	Landeskrankenhaus
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖBIG FP	ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH
ÖGIS	Österreichisches Gesundheitsinformationssystem
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
RKI	Robert-Koch-Institut
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organisation



Vorwort

Vorarlberg hat bereits 2003 einen Bericht über „Daten und Fakten zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage der Frau in Vorarlberg“ vorgelegt und damit als zweites Bundesland in Österreich den Themenkomplex „Frau und Gesundheit“ näher analysiert, frauenspezifische Gesundheitsaspekte aufgegriffen und den Lebenskontext der Frau ganzheitlich und interdisziplinär beleuchtet.

Mit dem Mädchen- und Frauengesundheitsbericht 2009 geben wir einen aktuellen Überblick zu demographischen Daten, wichtigen Gesundheitsindikatoren sowie zu gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren bei Mädchen und Frauen in verschiedenen Lebensabschnitten. Ergänzt wird der Bericht durch die Darstellung spezifischer Gesundheitseinrichtungen für Mädchen und Frauen sowie der Angebote, Dienste und Strukturen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Aus dem Bericht abgeleitet werden schließlich mögliche Handlungsfelder, insbesondere für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Gesundheit ist eine ressortübergreifende Querschnittsmaterie, für deren Ausrichtung aktuelle, moderne Gesundheitsberichterstattung eine bedeutsame Grundlage ist, denn nur auf der Analyse objektiver Daten und Fakten lassen sich realisierbare Vorschläge für sektoren- und fachübergreifendes Handeln ableiten.

Der Bericht orientiert sich in seiner Struktur an den „Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten“ der Weltgesundheitsorganisation.

Allen bei der Erstellung dieses Berichtes maßgeblich beteiligten Fachpersonen und Bereichsvertretern im Kernteam darf ich für das überzeugende Engagement und auch der Gesundheit Österreich als Auftragnehmerin für die sehr gute Kooperation herzlich danken.

Für den „eiligen“ Leser verweise ich auf die Kurzfassung, Interessierten aus der Fachwelt und der breiten Öffentlichkeit wünsche ich eine aufschlussreiche Lektüre.

LStH. Mag. Markus Wallner
Gesundheitslandesrat



Vorwort

Ich freue mich, mit dem vorliegenden Bericht eine aktuelle Bestandsaufnahme der für Frauen relevanten Gesundheitsdaten, der Rahmenbedingungen und Ansätze der Gesundheitsförderung für Frauen präsentieren zu können.

Die gesellschafts- und gesundheitspolitischen Forderungen nach einer geschlechterspezifischen und geschlechtersensiblen Sichtweise der Gesundheit sind in dem wachsenden Bewusstsein für Unterschiede zwischen Männern und Frauen in vielen Gesundheitsbereichen begründet. Es gibt Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen, die ausschließlich bei Frauen auftreten oder bei Frauen häufiger vorkommen und anders verlaufen als bei Männern. Auch können wir eine unterschiedliche Nutzung der Gesundheitsangebote feststellen.

Die Vorarlberger Landesregierung hat in den letzten Jahren immer wieder das Thema Frauen- und Gendergesundheit aufgegriffen und Projekte zur gesundheitlichen Prävention für Frauen durchgeführt. Fokus des Konzeptes „Frauengesundheit“ war der ganzheitliche Zugang nach der Definition der WHO und die regionale Beteiligung. Umgesetzt wurden Maßnahmen in den Bereichen Information, Aufklärung und Bewusstseinsbildung, Sensibilisierung für den eigenen Körper, Stärkung des Körperbewusstseins und themenspezifische Aufklärung.

Die im Jahr 2007 initiierte *Fachstelle Frauengesundheit* FEMAIL bietet eine neue Unterstützung für Frauen. Aufgegriffen werden drei grundlegende Handlungsfelder, nämlich Wissensmanagement, Netzwerkarbeit und Clearing in Sachen Frauen und Gesundheit. FEMAIL schuf in der Pilotphase die Grundlage für eine gelingende Vernetzung mit den regionalen Institutionen aus dem Gesundheits- und dem psychosozialen Bereich. Darüber hinaus wurde eine Informationsplattform zu den frauenspezifischen Gesundheitsangeboten im Land Vorarlberg entwickelt und eine Clearingstelle für Frauen mit Gesundheitsfragen eingerichtet.

Der Frauen- und Mädchengesundheitsbericht zeigt auch auf, dass einigen Frauen besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist, beispielsweise Alleinerzieherinnen, älteren und alleinstehenden Frauen, Frauen mit Behinderung und Frauen mit Migrationshintergrund.

Mit dem nun vorliegenden zweiten Vorarlberger Frauen- und Mädchengesundheitsbericht sind die Grundlagen für weitere Impulse geschaffen. Der Bericht soll Expertinnen und Experten aus den verschiedenen Berufsfeldern im Gesundheitswesen und der Medizin als eine Orientierung für die Planung weiterer Maßnahmen dienen.

Frauenlandesrätin Dr. Greti Schmid

Kurzfassung

Der vorliegende Bericht beleuchtet die Gesundheit von Mädchen und Frauen in Vorarlberg. Er bescheinigt den Vorarlberger Mädchen und Frauen einen insgesamt sehr guten Gesundheitszustand. Das belegen die subjektive Einschätzung der Gesundheit, die Lebenserwartung im österreichischen Spitzenfeld und die unterdurchschnittliche Gesamtsterblichkeit bzw. die unterdurchschnittliche vorzeitige Sterblichkeit. Auch die Gesamtmorbidität bzw. Krankenhaushäufigkeit liegt unter dem österreichischen

Durchschnitt. Die günstige Situation zeigt sich bei nahezu allen untersuchten Krankheiten, wie beispielsweise bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vielen Krebslokalisationen, Erkrankungen der Atmungsorgane und des Bewegungsapparates sowie bei psychischer Gesundheit. Auch die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere von gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen, liegt über dem österreichischen Durchschnitt.

Bevölkerungsstruktur und sozioökonomische Situation

In Vorarlberg leben derzeit rund 366.400 Personen; 50,7 Prozent davon sind Frauen. Das Land zeichnet sich durch eine im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt relativ junge Bevölkerung aus. Innerhalb der nächsten zehn Jahre wird sich die Altersstruktur in Vorarlberg weitgehend an den österreichischen Durchschnitt angenähert haben.

In Vorarlberg leben viele Menschen mit Migrationshintergrund. Mit Jahresbeginn 2008 hatten 12,7 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung keine österreichische Staatsbürgerschaft. Rund 31 Prozent der ausländischen Bevölkerung in Vorarlberg besitzen eine türkische Staatsbürgerschaft (3,9 % der Gesamtbevölkerung), und etwa ebenso viele sind EU-15¹-Bürgerinnen und -Bürger oder Schweizer/innen. Etwa ein Viertel der in Vorarlberg ansässigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund stammt aus Ex-Jugoslawien.

Die Haushalte sind in Vorarlberg im Durchschnitt größer als in Österreich insgesamt, und es werden mehr Kinder pro Frau geboren. Das Bildungsniveau der Vorarlberger Bevölkerung hat sich in den letzten Jahrzehnten ebenso wie im bundesweiten Trend deutlich erhöht, wenngleich

es bei beiden Geschlechtern unter dem österreichischen Durchschnitt liegt. Einer der auffallendsten Trends der letzten Jahrzehnte ist die kontinuierliche Zunahme der Anzahl berufstätiger Frauen; die Erwerbsbeteiligung der Vorarlbergerinnen liegt im österreichischen Durchschnitt. Vorarlbergerinnen arbeiten häufiger in Teilzeit oder in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen als im bundesweiten Durchschnitt und widmen sich häufiger den Aufgaben in der Familie. Das Einkommensniveau der Vorarlbergerinnen liegt unter dem österreichischen Durchschnitt, während das Einkommen der Vorarlberger Männer leicht über dem österreichischen Durchschnitt liegt. Geringeres Erwerbseinkommen und weniger Vollzeitbeschäftigung bewirken, dass sich die Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen in der Pension vergrößern. Bei der Bewertung der sozioökonomischen Situation von Frauen in Vorarlberg ist neben deren eigenem Einkommen gegebenenfalls auch das Familieneinkommen zu berücksichtigen.

¹ Im Bereich der Gesundheit ist es vielfach angezeigt, zum Vergleich Österreichs mit EU-Ländern nur die Mitgliedstaaten vor dem Beitritt der osteuropäischen Länder heranzuziehen.

Lebenserwartung und Krankheit insgesamt

Vorarlbergerinnen erfreuen sich einer vergleichsweise guten Gesundheit und einer relativ langen Lebenserwartung. Im Jahr 2007 betrug die Lebenserwartung für ein in Vorarlberg geborenes Mädchen 83,2 Jahre; das ist rund ein Jahr mehr, als eine Frau im österreichischen Durchschnitt erwarten kann. Der geschlechtsspezifische Unterschied in der Lebenserwartung ist in Vorarlberg weniger ausgeprägt als in Österreich insgesamt; Vorarlberger Frauen leben im Durchschnitt um rund fünf Jahre länger als Vorarlberger Männer.

Während der letzten zehn Jahre stieg die Lebenserwartung der Vorarlbergerinnen um zwei Jahre. Wie in Österreich insgesamt verbringen auch in Vorarlberg Frauen mehr Jahre mit Einschränkungen als Männer; im Durchschnitt ist eine Vorarlbergerin am Ende ihres Lebens

8,6 Jahre lang durch eine Einschränkung beeinträchtigt.

Frauen und Männer in Vorarlberg beurteilen ihren Gesundheitszustand besser als in Österreich insgesamt. Vorarlbergerinnen fühlen sich aber trotz der höheren Lebenserwartung im Vergleich zu Vorarlbergern etwas schlechter.

Die häufigsten Todesursachen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, wobei die vorzeitige Sterblichkeit von Vorarlbergerinnen (gemessen an der Sterblichkeit der unter 65-Jährigen) vor allem auf Krebserkrankungen zurückzuführen ist. Etwa die Hälfte aller Todesfälle bei unter 65-jährigen Vorarlbergerinnen sind Krebs-Todesfälle, 15 Prozent der Todesfälle sind auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 11 Prozent auf exogene Todesursachen und 6 Prozent auf Verdauungserkrankungen zurückzuführen.

Ausgewählte Erkrankungen

Sterblichkeit und Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei Frauen deutlich niedriger als bei Männern und bei Vorarlbergerinnen auch geringer als bei österreichischen Frauen insgesamt. Chronische ischämische Herzkrankheit wird in Vorarlberg allerdings häufiger als österreichweit als Todesursache festgestellt bzw. im Krankenhaus diagnostiziert – sowohl bei Frauen als auch bei Männern.

Einige Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in Vorarlberg und in Österreich insgesamt bei Frauen ein größeres Problem dar als bei Männern oder sind bei beiden Geschlechtern im Steigen begriffen (z. B. erhöhter Blutdruck, steigende Anteile an übergewichtigen Personen, steigende Raucherinnenanteile, mangelnde Bewegung, soziale und psychosoziale Belastungen), sodass mittelfristig nicht davon auszugehen ist, dass die Herz-Kreislauf-Mortalität weiterhin sinken wird. Bei Vorarlberger Frauen ist seit 2005 ohnehin eine Stagnation zu beobachten.

Nicht als Todesursache, aber als Krankheitslast relevant sind Krankheiten der Venen, der Lymph-

gefäße und der Lymphknoten. Bei Frauen, sowohl österreichweit als auch in Vorarlberg, führen diese Krankheiten häufiger zu einem stationären Aufenthalt als bei Männern.

Krebserkrankungen sind die häufigste Ursache für einen vorzeitigen Tod von Vorarlbergerinnen. Die häufigsten Lokalisationen für Neuerkrankungen und Mortalität sind Brust, Dickdarm und Lunge. Mit Ausnahme der Schilddrüsenkrebsinzidenz sind Inzidenz- und Mortalitätsraten von Krebserkrankungen, die beide Geschlechter betreffen, bei Vorarlberger Frauen geringer als bei Vorarlberger Männern. Auch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt stellt sich die Situation für die Vorarlbergerinnen eher günstig dar; nur die Neuerkrankungsrate (nicht die Mortalität) an Melanomen ist bei Vorarlbergerinnen höher als österreichweit.

Inzidenz- und Mortalitätsraten von **Brustkrebs** sind in Vorarlberg ähnlich hoch wie in Österreich insgesamt. Im Verlauf der letzten zehn Jahre war die Neuerkrankungsrate in Österreich relativ konstant (90 pro 100.000 Frauen), während die Mortalitätsrate (20 bis 30 pro 100.000 Frauen)

leicht gesunken ist. In Vorarlberg läuft eines der fünf Mammographie-Screening-Pilotprojekte in Österreich. Andere frauenspezifische Krebserkrankungen wie Krebs der Gebärmutter, des Gebärmutterhalses und der Eierstöcke, kommen deutlich seltener vor als Brustkrebs. 43 Vorarlbergerinnen (pro 100.000) erkranken jährlich an Krebs eines Genitalorgans, und 16 (pro 100.000 und Jahr) sterben daran. Die Mortalitätsrate liegt damit im österreichischen Durchschnitt, die Inzidenzrate darunter.

Häufige Krebstodesursachen für Vorarlbergerinnen sind auch **Darm- und Lungenkrebs**; jeweils 16 (pro 100.000) Frauen in Vorarlberg sterben pro Jahr an einer dieser beiden Krebslokalisationen. Darmkrebs führt bei Frauen in Österreich insgesamt etwa ebenso häufig zum Tod wie in Vorarlberg, die Mortalitätsrate bei Lungenkrebs ist in Vorarlberg etwas niedriger. Lungenkrebs ist insofern von besonderer Bedeutung, als Inzidenz- und Mortalitätsraten bei Frauen im Steigen begriffen sind, während die entsprechenden Raten bei Männern sinken.

Auch andere **Erkrankungen der Atmungsorgane** stellen eine nicht unbedeutende Krankheitslast dar. Die COPD-Mortalitätsrate beträgt für Vorarlberger Frauen 6 bis 10 (pro 100.000 und Jahr), womit sich die Situation günstiger als im österreichischen Durchschnitt und im Vergleich zu den Vorarlberger Männern darstellt. Von 1998 bis 2004 stieg die COPD-Mortalität bei beiden Geschlechtern, seither sind die Raten stagnierend bzw. in Vorarlberg leicht rückläufig.

Frauen sind häufiger von **Erkrankungen des Bewegungsapparates** betroffen als Männer, insbesondere von Arthrose, Arthritis oder Gelenksrheumatismus. Österreichweit ist der ge-

schlechterspezifische Unterschied deutlicher ausgeprägt als in Vorarlberg. In Vorarlberg und insbesondere bei Vorarlberger Frauen liegen die diesbezügliche Prävalenz und die Krankenhaushäufigkeit unter dem österreichischen Durchschnitt. Die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates ist zwischen 1998 und 2007 deutlich gestiegen.

Von **psychischen Erkrankungen** insgesamt sind Frauen und Männer gleichermaßen betroffen. Frauen sind häufiger depressiv als Männer, und sie leiden häufiger unter Angstzuständen, was mit Faktoren wie Gewalterfahrung, Armut, Arbeitslosigkeit und Mehrfachbelastung in Verbindung gebracht wird. Frauen leiden auch häufiger unter Essstörungen als Männer. Männer hingegen entwickeln häufiger eine Substanzabhängigkeit und begehen deutlich häufiger Suizid als Frauen. Insgesamt sind Vorarlbergerinnen psychisch stabiler als Frauen im österreichischen Durchschnitt; dies bestätigen sowohl Eigenauskünfte im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung als auch entsprechende Raten der Krankenhaushäufigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen.

Die häufigste **Diabetes**-Erkrankung ist der durch Lebensstil stärker beeinflussbare Typ-2-Diabetes. Diabetes-Erkrankungen steigen deutlich mit zunehmendem Alter, und aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des ungesunden Lebensstils wird Diabetes vermutlich zunehmend ein Problem werden. Vor allem im hohen Alter sind Frauen häufiger von Diabetes betroffen als Männer. 16 bis 17 Prozent der über 64-jährigen Vorarlberger Frauen und Männer (das ist etwas niedriger als im österreichischen Durchschnitt) sind laut Eigenangaben von Diabetes betroffen.

Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten im Kindesalter und in der Jugend

Die Säuglingssterblichkeit und die Sterblichkeit im Kleinkindalter (bis 4 Jahre) waren in Vorarlberg über mehrere Jahre überdurchschnittlich (bis 2001), ab 2002 entspricht die Rate etwa dem österreichischen Durchschnitt. Haupttodesursache der 5- bis 19-Jährigen sind Unfälle, welche für den Hauptteil des geschlechtsspezifischen

Unterschieds in dieser Altersgruppe verantwortlich sind.

Die Morbidität ist bei Kindern und Jugendlichen schwierig abzubilden, weil sie in diesem Alter selten zu einem stationären Aufenthalt führt und ambulante Daten nicht vorliegen. Der gesundheitsbezogene Lebensstil führt zwar zumeist erst

im Erwachsenenalter zu Beeinträchtigungen und Krankheiten, ist aber bereits bei Kindern und Jugendlichen von zentraler Bedeutung, weil davon auszugehen ist, dass Angewohnheiten aus Kindheit und Jugend, etwa Ernährung, Bewegung, Rauchen und Alkoholkonsum betreffend, für das spätere Leben prägend sind.

Ein großes Problem in allen westlichen Industrienationen ist **Übergewicht** bereits bei Kindern und Jugendlichen. Jugendliche Mädchen ernähren sich zwar gesünder als Buben und Burschen, essen mehr Obst und Gemüse und achten generell mehr auf gesunde Ernährung, aber dennoch steigt auch bei Vorarlberger Mädchen der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen. Andererseits sind jugendliche Mädchen und junge Frauen häufig untergewichtig, was eine potenzielle Vorstufe von Essstörungen darstellt. Mädchen haben häufiger eine problematische Selbstwahrnehmung und halten bereits im Kindesalter ihre erste Diät. Etwa die Hälfte der 15-jährigen Mädchen in Österreich fühlt sich zu dick.

Kinder und Jugendliche bewegen sich in der heutigen Gesellschaft generell zu wenig. Die Empfehlung, dass sich Kinder und Jugendliche täglich zumindest eine Stunde lang körperlich betätigen, wird lediglich bei einem Fünftel der Elfjährigen und nur noch bei sieben Prozent der 15-jährigen österreichischen Mädchen erfüllt. Die Tendenz zur Reduktion **körperlicher Aktivitäten**

zu Beginn der Pubertät ist bei Mädchen ausgeprägter.

Hinsichtlich des Suchtverhaltens stellt **Rauchen** bei Mädchen ein besonderes Problem dar. Der Anteil der jugendlichen Raucherinnen ist in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen. Im Jahr 1990 rauchten 12 Prozent der 15-jährigen österreichischen Mädchen täglich, 2006 rauchte rund ein Fünftel der 15-jährigen österreichischen Schülerinnen und Schüler täglich, und zwar mehr Mädchen als Burschen.

Alkoholkonsum ist bei Burschen deutlich höher als bei Mädchen, wenngleich auch diesbezüglich die Unterschiede geringer werden. Ein Drittel der 15-jährigen österreichischen Mädchen und rund 40 Prozent der gleichaltrigen Burschen konsumieren regelmäßig Alkohol (mindestens ein alkoholisches Getränk pro Woche). Etwa ein Fünftel der Jugendlichen dieser Altersgruppe war innerhalb des letzten Monats betrunken.

Sexuelle Erfahrungen werden in immer jüngerem Alter gemacht. Ein Viertel der 15-jährigen Mädchen und 31 Prozent der gleichaltrigen Burschen in Österreich hatten bereits Geschlechtsverkehr. Rund 80 Prozent davon benutzten dabei ein Kondom. Auf 1.000 junge Frauen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren fielen im Jahr 2007 in Vorarlberg (und in Österreich insgesamt) rund elf Geburten.

Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten im erwerbsfähigen Erwachsenenalter

In der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen ist der „Vorsprung“ der Vorarlbergerinnen und Vorarlberger im Vergleich zum Bundesdurchschnitt am größten. Die Mortalitätsrate der 20- bis 44-Jährigen liegt in Vorarlberg bei beiden Geschlechtern mehr als 20 Prozent unter dem österreichischen Durchschnitt, in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen liegt die Gesamtmortalität in Vorarlberg rund 15 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt.

Krebserkrankungen sind die dominierende Todesursache von Frauen dieser Altersgruppe. Das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, wird bereits ab 35 Jahren relevant, aber es bestehen

relativ gute Heilungschancen im Vergleich zu anderen Krebsarten. Auch Gebärmutterhalskrebs tritt bereits in relativ jungen Jahren auf, wenngleich deutlich seltener als Brustkrebs, und ist in diesem Lebensabschnitt relativ gut heilbar. Früherkennung ist also sowohl bei Brust- als auch bei Gebärmutterhalskrebs besonders wichtig, zumal die Möglichkeiten der Primärprävention nur unzureichend (geklärt) sind. Zwar haben 84 Prozent der über 40-jährigen Vorarlbergerinnen zumindest einmal in ihrem Leben eine Mammographie-Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen, bei 16 Prozent war das allerdings noch nicht der Fall. Die Inanspruchnahme von gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen

ist bei Vorarlbergerinnen deutlich höher als im österreichischen Durchschnitt. Ab 50 Jahren wird auch das Risiko einer Erkrankung an Darmkrebs relevant. Bei knapp einem Drittel der über 50-jährigen Vorarlbergerinnen wurde eine derartige Untersuchung bereits durchgeführt. Im Jahr 2008 wurde eine deutliche Steigerung der durchgeführten Darmvorsorgeuntersuchungen gegenüber 2007 registriert. Lungenkrebs tritt durchschnittlich in noch höherem Lebensalter auf, ist allerdings kaum heilbar. Bei Lungenkrebs sind die Risikofaktoren viel deutlicher als etwa bei Brustkrebs in den Verhaltensweisen zu finden, und außerdem ist Früherkennung kaum möglich. Deshalb ist diesbezügliche Primärprävention in jungen Jahren geboten.

Eine bedeutende gynäkologische Erkrankung im reproduktiven Alter stellt **Endometriose** dar. Zwischen 5 und 15 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter sind davon betroffen. Am häufigsten tritt Endometriose zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr auf. Eine stationäre Behandlung von Endometriose ist in Vorarlberg deutlich seltener als österreichweit.

Ein wichtiger Eingriff im gynäkologischen Bereich ist die **Gebärmutterentfernung**, die in der Regel am Ende des gebärfähigen Alters (zwischen 40 und 55 Jahren) vorgenommen wird. Die Zahl der Gebärmutterentfernungen ist in Vorarlberg und in Österreich insgesamt stark rückläufig und liegt in Vorarlberg deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt.

Im mittleren Lebensabschnitt werden die Weichen für ein gesundes oder weniger gesundes Altern gelegt. In dieser Zeit werden auch die Nachteile von Frauen bezüglich der sozioökonomischen Situation und der Mehrfachbelastungen (Beruf, Haushalt, Familie, Pflege von Angehörigen) relevant. Alleinerziehende Personen, und das sind zum überwiegenden Teil Frauen, sind einem besonders hohen Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Sie sind auch die Gruppe mit der höchsten Armutsgefährdung im mittleren Le-

bensabschnitt. Arbeitslosigkeit beeinträchtigt bei Frauen die subjektive Gesundheit mehr als bei Männern.

Insgesamt achten Frauen mit zunehmendem Alter vermehrt auf gesunde Ernährung und verzehren mehr Obst und Gemüse als Männer. Trotzdem steigen die Anteile der Übergewichtigen und bei Vorarlbergerinnen insbesondere die Anteile der adipösen Frauen. Wie bereits Kinder und Jugendliche sind auch Erwachsene körperlich zu wenig aktiv. Frauen betreiben noch weniger Sport als Männer, wenngleich der geschlechtsspezifische Unterschied im erwerbsfähigen Alter geringer ist als bei Jugendlichen und alten Menschen. Erwachsene Frauen bewegen sich mehr als in ihrer Jugend, während bei Männern sportliche Betätigung mit zunehmendem Alter abnimmt.

Bedenklich ist der steigende Anteil von Raucherinnen in Österreich und auch in Vorarlberg. Zwar rauchen nach wie vor mehr Männer als Frauen, doch die Raten gleichen sich an. In Vorarlberg sind ein Viertel der Frauen Raucherinnen, österreichweit beträgt dieser Anteil etwas mehr als 20 Prozent. Problematischer Alkoholkonsum betrifft Männer dreimal so häufig wie Frauen. Die alkoholassoziierte Mortalität bei Vorarlberger Frauen entspricht weitgehend dem österreichischen Durchschnitt, die alkoholassoziierte Krankenhaushäufigkeit liegt darüber (bei Frauen und Männern) und zeigt einen leicht steigenden Trend.

In Vorarlberg liegt mit 1,5 Kindern pro Frau die Fertilitätsrate über dem österreichischen Durchschnitt. Der Trend zur immer späteren Schwangerschaft zeigt sich in Vorarlberg und Österreich gleichermaßen. Das Durchschnittsalter aller Vorarlbergerinnen, die 2007 ein Kind zur Welt gebracht haben, lag bei 29,9 Jahren. Die Kaiserschnitttrate lag 1998 bei rund zwölf Prozent, im Jahr 2007 wurden fast ein Viertel aller Vorarlberger Kinder mittels Kaiserschnitt zur Welt gebracht.

Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten älterer Frauen

Etwa zwölf Prozent der Vorarlbergerinnen sind derzeit 65 Jahre oder älter. Sie befinden sich in einer ungünstigeren sozioökonomischen Situation als Männer dieser Altersgruppe, sind vielfach alleinstehend (weil in einer Partnerschaft der Mann häufig älter ist als die Frau und Männer eine geringere Lebenserwartung haben) und auf institutionelle Hilfe angewiesen.

Betagtes Alter von Frauen ist oft durch Multimorbidität gekennzeichnet. Typische Erkrankungen im Alter sind Erkrankungen des Bewegungsapparates (v. a. Arthrosen und Gelenksrheumismus), wobei insbesondere Osteoporose ein altersbedingtes frauenspezifisches Problem darstellt. Osteoporose wiederum führt vermehrt zu Frakturen, und betagte Menschen, v. a. Frauen, sind sturzgefährdet. Inkontinenz und Demenz sind ebenfalls typische Erkrankungen im hohen

Alter, die Frauen mehr betreffen als Männer. Vorarlbergerinnen sind von den meisten altersbedingten Erkrankungen zwar weniger betroffen als die durchschnittliche Österreicherin, doch beeinträchtigen diese Erkrankungen die Lebensqualität erheblich, und sie werden künftig quantitativ an Bedeutung gewinnen. Auch psychische Erkrankungen spielen im hohen Alter eine Rolle. Wie in jüngerem Alter sind auch betagte Frauen häufiger von Depressionen und Angststörungen betroffen als gleichaltrige Männer.

Da Vorarlbergerinnen im Durchschnitt um fünf Jahre länger leben als Vorarlberger, beziehen sie häufiger Pflegegeld aufgrund altersbedingter Erkrankungen. Rund die Hälfte der Vorarlberger Pflegegeldbezieherinnen ist älter als 80, bei den Männern gehört nur ein Viertel zu dieser Altersgruppe.

Gewalt gegen Frauen

Gewalt gegen Frauen ist laut österreichischem Gewaltbericht in allen Alters- und Bevölkerungsgruppen relevant. Im Kindes- und Jugendalter geht es primär um sexuellen Missbrauch, im Erwachsenenalter sind Frauen manchmal häuslicher Gewalt durch den Partner bzw. Ehemann ausgesetzt, und im hohen Alter besteht aufgrund der Pflegebedürftigkeit, die v. a. Frauen betrifft, ein Gewaltrisiko. In allen Bereichen ist das Thema tabuisiert, die Dunkelziffern sind hoch, so dass die Betroffenheit quantitativ schwer abzuschätzen ist. Gewalt und insbesondere sexuelle Gewalt haben aber schwerwiegende Auswirkungen auf die physische und psychische Gesund-

heit. In der Prävention geht es primär um Aufklärung, Sensibilisierung und Früherkennung in der breiten Bevölkerung und in Gesundheitseinrichtungen. Es gibt in Vorarlberg mehrere Angebote zur Unterstützung von gewaltbetroffenen Frauen. Wenig im Lichte der Öffentlichkeit steht Gewalt gegenüber pflegebedürftigen betagten Menschen, gleichwohl ist diese Thematik in letzter Zeit in Vorarlberg verstärkt in Fachveranstaltungen aufgegriffen worden.

Migrantinnen nehmen überproportional die Unterstützungsangebote der Gewaltschutz-Institutionen in Anspruch.

Prostitution

Prostitution ist in Vorarlberg ebenso wie in Kärnten, Oberösterreich, Salzburg und Tirol nur in bewilligten Bordellen erlaubt, es gibt in Vorarlberg aber derzeit kein bewilligtes Bordell. Vorarlbergs Prostituierte sind nicht registriert und darum nicht verpflichtet, die gesetzlich vorgeschriebenen amtsärztlichen Untersuchungen durchfüh-

ren zu lassen. Es gibt jedoch keine Hinweise für ein dezidiertes Public-Health-Problem aus der ambulanten oder stationären Gesundheitsversorgung. Die Stiftung Maria Ebene bietet mit den Beratungsstellen „Clean“ psychosoziale Hilfe für Prostituierte mit Schwerpunkt im Bezirk Bregenz an.

Migrantinnen

In Vorarlberg ist der Anteil an Frauen mit türkischer Herkunft größer als in allen anderen österreichischen Bundesländern. Frauen türkischer Herkunft sind in mehrfacher Hinsicht gesundheitsbelastenden Situationen ausgesetzt. Türkische Frauen in Österreich weisen zudem im Durchschnitt einen geringeren Bildungsgrad auf, der das gesundheitsrelevante Verhalten und in der Folge den Gesundheitszustand maßgeblich beeinflusst.

Frauen mit türkischem Migrationshintergrund sind häufiger übergewichtig und adipös als Frauen ohne Migrationshintergrund. Mehr als ein Fünftel der türkischen Frauen in Vorarlberg leidet unter Adipositas, und ein weiteres Viertel ist übergewichtig. Türkischstämmige Frauen sind

körperlich deutlich weniger aktiv als Vorarlbergerinnen ohne türkischen Migrationshintergrund. Bezüglich des Rauchverhaltens unterscheiden sie sich kaum von Frauen österreichischer Herkunft, aber mit einem Raucherinnenanteil von 20 bis 25 Prozent und steigender Tendenz ist der Anteil in beiden Gruppen hoch.

Der Zahnstatus als Indikator für Gesundheitsverhalten (v. a. Ernährung) ist bei Kindern mit Migrationshintergrund deutlich schlechter als bei Kindern österreichischer Herkunft. 51 Prozent der sechsjährigen Kinder ohne Migrationshintergrund, aber nur 27 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund haben in Vorarlberg ein völlig gesundes Gebiss.

Bewertung aus Public-Health-Sicht

Gesellschaftliche Einflüsse wie sozioökonomische Faktoren, Umweltbedingungen (wie Luftverschmutzung, Straßenverkehr, unsauberes Wasser, verunreinigte Lebensmittel), Lebensstile (individuelles Verhalten, Einstellungen, Wissen, Kompetenzen und soziales Engagement jedes Einzelnen) und individuelle Einflüsse wie Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft und soziale Netzwerke können Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Eine der wichtigsten sozioökonomischen Determinanten ist Bildung, ebenso ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit eindeutig belegt. Damit im Zusammenhang steht die Erwerbstätigkeit, die in allen Gesellschaftsschichten eine wichtige Rolle spielt. Die Qualität der Arbeitsstelle, die Position im Beruf sowie die damit verbundene Stellung in der Gesellschaft haben Einfluss auf die Gesundheit.

Alle diese sozialen Determinanten bilden ein Muster, das sich laufend ändern kann und ändert. Es entstehen Wechselwirkungen und Abhängigkeiten, die nicht immer trennbar sind. So sind z. B. ein niedriger Bildungsgrad und ein geringes Einkommen häufig miteinander verknüpft; besonders nachteilig wirkt sich die Bündelung mehrerer sozialer Determinanten aus.

Im vorliegenden Bericht werden einige dieser Determinanten detailliert beschrieben und analysiert. Die erarbeiteten Daten und Fakten zeigen,

dass Vorarlberger Frauen trotz einiger ungünstiger sozioökonomischer Deskriptoren eine der höchsten Lebenserwartungen innerhalb Österreichs aufweisen und mehrheitlich ihre Gesundheit als sehr gut und gut einschätzen.

Die sozioökonomischen Determinanten, insbesondere rund um Einkommen und Beschäftigung (Erwerbsbeteiligung, Einkommensniveau, Teilzeitbeschäftigung, Arbeitslosigkeit), sind jedoch für Frauen, nicht für Männer in Vorarlberg etwas ungünstiger als im österreichischen Durchschnitt. Die Haushaltseinkommen in Vorarlberg sind höher. So ist davon auszugehen, dass sich die ökonomische Situation der Familien günstig erweist.

Auch andere Erklärungsversuche dieses teilweise konträren Bildes existieren. Hier können unterschiedliche, historisch gewachsene Bedingungen in der Gesellschaftsstruktur, etwa eine allgemein höhere Akzeptanz der Gesundheitsförderung, eine gesündere Lebensweise oder ein unterschiedliches Einkommensgefüge gegenüber anderen Ländern angeführt werden. Monokausale Erklärungen greifen jedoch zu kurz, da die Wechselwirkungen und Abhängigkeiten einzelner Faktoren im positiven wie im negativen Sinn weiterhin ungeklärt sind und mit Sicherheit noch einige Jahre wissenschaftlichen Studiums benötigt werden, um zumindest teilweise Klarheit zu schaffen.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Im Jahr 1998 hat das Amt der Vorarlberger Landesregierung einen Bericht zu „Daten und Fakten zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage der Frau in Vorarlberg“ verfasst. Ziel dieses Berichts war es, das Themenfeld Frauengesundheit näher zu beleuchten und in das öffentliche Bewusstsein zu rücken. Damit wird auch dem Bestreben der WHO, auf allen sozialen und medizinischen Ebenen geschlechtsdifferenziert zu forschen, zu analysieren und zu handeln, entsprochen. Die Inhalte des Berichts umfassten die demographische und sozioökonomische Situation der Frauen in Vorarlberg, Daten zur Frauengesundheit, frauenspezifische Aspekte der Gesundheitsversorgung, Lebensstil sowie strukturell-gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Weiters wurde auf Umwelt und Gesundheit sowie auf Gesundheitsförderung und gesundheitsförderliche Politik für Frauen näher eingegangen.

Zehn Jahre später entstand das Bedürfnis, diesen Bericht über die gesundheitliche Lage von

Vorarlberger Frauen zu aktualisieren und zu einem „Frauengesundheitsbericht“ weiterzuentwickeln. Eine wesentliche Basis für diese Intention stellen die „Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten“ der WHO aus dem Jahr 1995 dar (WHO 1995). Die darin empfohlenen Indikatoren sind in folgenden sieben Schwerpunkten zusammengefasst: demographische Situation, sozioökonomische Situation, politische Entwicklungen, Gesundheitszustand, gesundheitsbezogener Lebensstil, Umwelt und Arbeit sowie Gesundheitsversorgung und -einrichtungen.

Nicht zuletzt entspricht die Erstellung eines Mädchen- und Frauengesundheitsberichts dem im Jänner 1997 in Kraft getretenen Vorarlberger Landes-Frauenförderungsgesetzes zur Förderung der Chancengleichheit von Männern und Frauen.

1.2 Ziele und Zielgruppen

Der Vorarlberger Mädchen- und Frauengesundheitsbericht soll die gesundheitliche Lage der weiblichen Bevölkerung generell und unter besonderer Berücksichtigung ihrer sozialen Situation beschreiben sowie Hinweise auf Gesundheits- bzw. Versorgungsdefizite liefern. Diese Hinweise sollen als Ansatzpunkte für weitere Analysen, Ursachenforschung sowie für die Vorgabe von Zielen (Zeithorizont) und für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen dienen.

Die Zielgruppen für den geplanten Bericht sind die (frauengesundheits-)politischen Entscheidungsträger/innen im Land und die interessierte Fachöffentlichkeit. Der Bericht zeigt gesundheitliche Problemfelder und Trends auf und bietet eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Interventionen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung für Frauen bzw. für die Weiterentwicklung des Vorarlberger Gesundheitssystems.

1.3 Methode

Im vorliegenden Vorarlberger Mädchen- und Frauengesundheitsbericht wurden innerhalb der vorgegebenen Themen der WHO-Empfehlungen Prioritäten gesetzt. Um Redundanzen zu vermeiden, wurden diese Schwerpunkte auch im Hinblick auf den demnächst erscheinenden Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2009 ausgewählt.

Ausgehend von den sieben Schwerpunkten der WHO-Empfehlung, wurden als Kernelemente des vorliegenden Berichts der Gesundheitszustand und der gesundheitsbezogene Lebensstil sowie die sozioökonomische Situation von Mädchen und Frauen in Vorarlberg definiert. Ein Fokus wird auch auf frauenspezifische Probleme, wie etwa Gewalt und Prostitution, gelegt, und spezifische Bevölkerungsgruppen werden gesondert betrachtet (z. B. Alleinerziehende und Migrantinnen). Gesundheitseinrichtungen bzw. die gesundheitliche Versorgung werden nur unter dem Aspekt der spezifischen Frauenorientierung behandelt. Schließlich werden die wesentlichen Ergebnisse auch für verschiedene Lebensphasen dargestellt. Politische Entwicklungen und Umwelt sind kein Thema dieses Berichts.

Als Orientierungshilfe für den Aufbau des Vorarlberger Mädchen- und Frauengesundheitsberichts diente der Bericht zu „Daten und Fakten zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage der Frau in Vorarlberg“ aus dem Jahr 1998. Außerdem wurden in- und ausländische Ansätze

der Frauengesundheitsberichterstattung für die Strukturierung und als wichtige Literaturquellen herangezogen (etwa der Wiener Frauengesundheitsbericht 2006, aber auch Forschungsarbeiten des Robert-Koch-Instituts und die Genderberichterstattung in der Schweiz).

Die Erstellung des Berichtes erfolgte im Wesentlichen durch die Expertinnen und Experten der ÖBIG FP. An der Erstellung beteiligt war eine Arbeitsgruppe, die sich aus folgenden Personen zusammensetzte:

- HR Dr. Elmar Bechter
(Amt der Vorarlberger Landesregierung),
- Mag.^a Monika Lindermayr
(Amt der Vorarlberger Landesregierung),
- Dr. Andreas Mischak, MPH
(Amt der Vorarlberger Landesregierung),
- Mag.^a Sabine Kessler (FEMAIL) und
- Prim. Dr. Hans Concini (LKH Bregenz).

Alle wesentlichen Entscheidungen hinsichtlich Struktur und Inhalt des vorliegenden Berichts wurden gemeinsam mit dieser Arbeitsgruppe getroffen. Eine grundsätzliche Entscheidung war, dass alle Indikatoren nach Möglichkeit für beide Geschlechter dargestellt werden und ein Vergleich auf Bundesebene erfolgt. Eine detaillierte regionale Differenzierung nach Bezirken findet sich im Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2009.

1.4 Datenlage und Datenvalidität

Für die Erstellung des Vorarlberger Mädchen- und Frauengesundheitsberichts standen die Daten und Informationen aus dem in der ÖBIG FP geführten Österreichischen Gesundheitssystem ÖGIS zur Verfügung. Dieses enthält weitgehend vollständig und laufend aktualisiert sämtliche Datenquellen der routinemäßigen amtlichen Statistik mit Relevanz für das Gesundheitswesen. Die wichtigsten Datenbereitsteller sind die Statistik Austria, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Hauptverband

der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSST) sowie die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK).

Zusätzlich wurden zahlreiche Einrichtungen in Vorarlberg und auch in Wien (für Daten auf Bundesebene) kontaktiert, um die Informations- und Datenbasis insbesondere zu frauenspezifischen Themen und Einrichtungen sowie zu gesundheitsrelevanten Projekten zu erweitern. Dazu zählen das Institut für Sozialdienste (FrauenNot-

wohnung, Interventionsstelle, Beratungsstellen), die Informationsstelle des Amtes der Vorarlberger Landesregierung Family Point, die Drogenberatungsstelle Clean Bregenz, das Kompetenzzentrum für Zuwanderungsfragen okay. zusammen leben, das FrauenInformationszentrum FEMAIL, das Bundeskriminalamt Wien und das Landeskriminalamt in Bregenz sowie das Bundesministerium für Justiz.

Für die Analyse der gesundheitlichen Einflussfaktoren sowie der „ambulanten“ Morbidität wurden Daten aus den Ergebnissen der im Zeitraum März 2006 bis März 2007 von der Statistik Austria durchgeführten „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007“ (ATHIS) herangezogen. Diese Befragung löste das in Mehrjahresintervallen (zuletzt im Jahr 1999) durchgeführte Mikrozensusprogramm „Fragen zur Gesundheit“ ab. Aufgrund eines neu konzipierten Fragenprogramms sowie eines unterschiedlichen Erhebungsdesigns sind die zuletzt erhobenen Daten allerdings nur eingeschränkt mit früheren Befragungen vergleichbar.

Darüber hinaus wurden die Ergebnisse der jüngsten HBSC-Befragung der WHO aus dem Jahr 2006 für Aussagen zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Jugendlichen herangezogen (BMGFJ 2007). Diese für internationale Vergleichszwecke angelegte Befragung wurde bereits zum siebten Mal – mittlerweile in 42 Ländern – durchgeführt. Die Befragung erfolgt freiwillig und anonym anhand eines Fragebogens zum Selbstausfüllen. Befragt werden 11-, 13- und 15-jährige Kinder und Jugendliche an allen

Schultypen, die für dieses Alter in Frage kommen, ausgenommen sonder- und heilpädagogische Einrichtungen. Die Stichprobe umfasste bei der letzten Studie knapp 4.100 Schülerinnen und Schüler und ist für Österreich repräsentativ. Auf Auswertungen für Vorarlberg wurde im vorliegenden Mädchen- und Frauengesundheitsbericht verzichtet, weil bei einer Differenzierung nach Geschlecht, Altersstufen und Bundesländern die Stichprobe für statistisch gut abgesicherte Aussagen zu klein ist.

Generell ist festzustellen, dass zur Beschreibung von Mortalität und Krankenhausmorbidität recht zuverlässige Datengrundlagen zur Verfügung stehen, dass jedoch in Bezug auf die ambulante Morbidität ein erhebliches Datendefizit besteht. Durch den Mangel an nach einheitlichen Schemata dokumentierten Daten in Bezug auf Ressourcen und Kosten im gesamten Gesundheitswesen werden systemumfassende Darstellungen behindert. Außerdem ist bei vielen Datenquellen auf Einschränkungen in der Verlässlichkeit der Daten bzw. der Auswertungen hinzuweisen (vgl. dazu Abschnitt „Bemerkungen zu Daten und Datenqualität“ im Anhang).

Gesellschaftliche Einflüsse, die sich auf die Gesundheit auswirken, werden als soziale Determinanten bezeichnet. Dazu gehören sozioökonomische Faktoren, Umweltbedingungen, Lebensstile, aber auch individuelle Voraussetzungen wie Alter, Geschlecht oder ethnische Herkunft, die je nach soziokulturellem Umfeld unterschiedlich zum Tragen kommen.

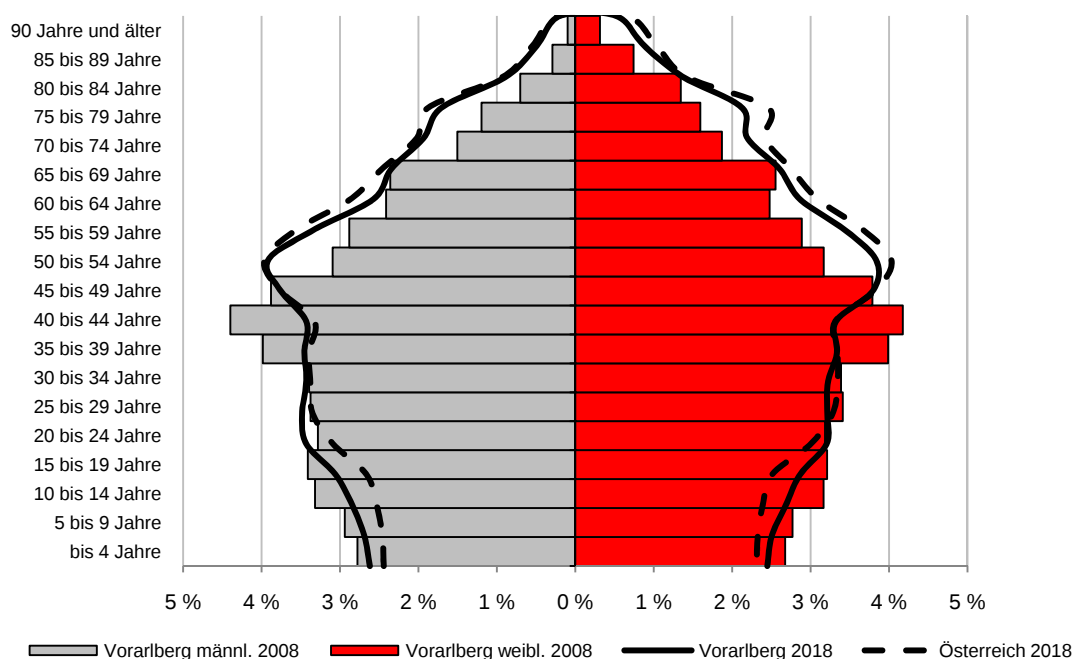
2 Demographische und sozioökonomische Situation

2.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung

Zu Jahresbeginn 2008 lebten in Vorarlberg rund 366.400 Menschen, davon waren 50,7 Prozent weiblich und 49,3 Prozent männlich. Die Bevölkerungsentwicklung in Vorarlberg ist weitaus dynamischer als in Österreich insgesamt. Von

1981 bis 2008 ist die Einwohneranzahl in Vorarlberg um 20 Prozent und in Österreich um zehn Prozent gestiegen. Die überdurchschnittliche Bevölkerungsentwicklung ist vor allem auf die positive Geburtenbilanz zurückzuführen.

Abbildung 2.1: Bevölkerungspyramide 2008 und 2018

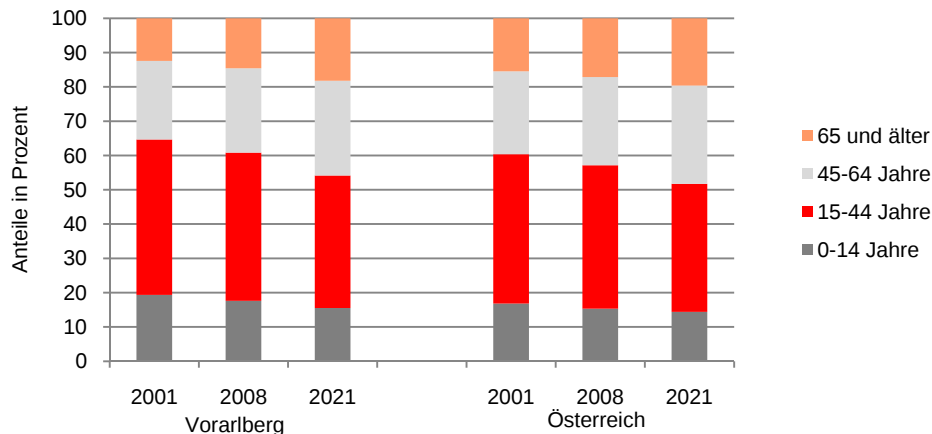


Quellen: ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes und Bevölkerungsvorausschätzung;
ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Die Altersstruktur in Vorarlberg ist jünger als im österreichischen Durchschnitt. Der Anteil der unter 15-Jährigen beispielsweise liegt in Vorarlberg mit 17,6 Prozent über dem österreichischen Durchschnitt (15,3 %), der Anteil der über 64-Jährigen liegt mit 14,6 Prozent unter dem entsprechenden Österreich-Wert (17,1 %). Es ist

jedoch zu erwarten, dass im nächsten Jahrzehnt eine weitgehende Angleichung an den Bundesdurchschnitt stattfinden wird und in Österreich insgesamt, aber insbesondere in Vorarlberg, der Anteil der älteren Bevölkerung zunehmen wird (vgl. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2: Altersstruktur der Bevölkerung in Vorarlberg und Österreich 2001, 2008 und 2021



Quellen: ST.AT – Volkszählung 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes, Bevölkerungsprognose; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Ein auch für das Thema Gesundheit wesentliches Merkmal der Vorarlberger Bevölkerung ist der hohe Anteil an Personen mit Migrationshintergrund, wobei innerhalb dieser Gruppe wiederum der Anteil der türkischstämmigen Menschen besonders groß ist. Mit Jahresbeginn 2008 lebten rund 46.700 Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft in Vorarlberg, das sind

12,7 Prozent der Gesamtbevölkerung. Der entsprechende Bundesdurchschnitt liegt bei 10,3 Prozent. Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft sind zum größeren Teil männlich, der Frauenanteil betrug in Vorarlberg 48,9 Prozent (rund 22.800 ausländische Staatsbürgerinnen). Dem Thema „Migrantinnen“ ist ein eigenes Kapitel gewidmet (vgl. Punkt 5.2.2).

2.2 Sozialstruktur

2.2.1 Ausbildung

Der Bildungsgrad ist ein wichtiger Einflussfaktor für die Gesundheit. Einerseits begünstigt Bildung die Position auf dem Arbeitsmarkt (je höher die Bildung, desto besser stehen die Chancen am Arbeitsmarkt und desto geringer ist das Risiko, über längere Zeit arbeitslos zu bleiben) und erhöht damit die Chance auf ein gutes und regelmäßiges Erwerbseinkommen (vgl. Punkt 2.2.4). Andererseits prägt Bildung Überzeugungen und Werthaltungen, die eine gesunde Lebensweise fördern.

Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 zeigen, dass der Bildungsgrad positiv mit zahlreichen Gesundheitsfaktoren und gesundheitlichen Einflussgrößen korreliert. Mit höherer Bildung steigt der Anteil jener Perso-

nen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen (vgl. Abschnitt 3.1). Auch bei der Häufigkeit einzelner Erkrankungen lassen sich bildungsspezifische Unterschiede erkennen. So haben beispielsweise Frauen, die ihre Ausbildung mit der Pflichtschule abgeschlossen haben, im Vergleich zu Frauen mit höherer Schulbildung ein beinahe dreifaches Risiko, an Diabetes zu erkranken. Auch bei Bluthochdruck, chronischen Angstzuständen und Depression, Arthrose und Arthritis sowie Migräne und häufigen Kopfschmerzen ist das Risiko bei Frauen mit niedrigem Bildungsniveau deutlich höher. **Übergewicht** bzw. Adipositas ist bei beiden Geschlechtern bildungsabhängig, wobei der Zusammenhang bei Frauen stärker ausgeprägt ist:

Frauen mit Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu Frauen mit höherer Bildung ein 2,8-faches Risiko, stark übergewichtig zu werden. Ein weiterer Bildungseffekt lässt sich bei der **körperlichen Aktivität** erkennen: Je höher die Bildung, desto mehr sind sowohl Frauen als auch Männer körperlich aktiv. Mit höherem Bildungsniveau steigen auch die **Impfbereitschaft** und die Bereitschaft, **Vorsorgeuntersuchungen** in Anspruch zu nehmen. Frauen, die lediglich einen Pflichtschulabschluss aufweisen, lassen nur halb so oft einen Krebsabstrich vornehmen wie Frauen mit höherem Schulabschluss, und bei der Mammographie ist der Unterschied fast ebenso groß (vgl. dazu auch Kapitel 4). (ST.AT 2008d)

Der Bildungsgrad der Vorarlberger Bevölkerung hat sich ebenso wie jener der österreichischen

Bevölkerung insgesamt in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht. Doch nach wie vor liegt das Bildungsniveau in Vorarlberg bei beiden Geschlechtern unter dem österreichischen Durchschnitt (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2007): Vorarlberg hat einen höheren Anteil an Personen mit Pflichtschulabschluss und einen geringeren Anteil an Personen mit Universitäts- oder Hochschulabschluss. Frauen weisen österreichweit und auch in Vorarlberg einen geringeren Bildungsgrad auf als Männer. Der Anteil an Pflichtschulabgängerinnen ist deutlich höher als bei Männern, und der Anteil an Akademikerinnen ist niedriger. Der geschlechtsspezifische Unterschied hinsichtlich der Akademikerquote ist in Vorarlberg etwas größer als in Österreich. Bei den Vorarlbergerinnen ist der Abschluss an einer berufsbildenden mittleren Schule besonders beliebt (vgl. Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1: Höchste abgeschlossene Schulbildung der Wohnbevölkerung und der Erwerbstätigen (15- bis 64-Jährige) nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2007

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Wohnbevölkerung ab 15 Jahren				Erwerbstätige – Labour-Force-Konzept ¹			
	Vorarlberg		Österreich		Vorarlberg		Österreich	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
Pflichtschule	36,9	25,2	34,7	21,4	22,3	18,6	20,4	15,0
Lehre	24,6	43,7	25,5	46,7	30,8	48,1	29,4	49,3
BMS	21,5	10,7	16,5	8,0	23,8	10,7	18,8	8,6
AHS	3,4	3,9	6,6	5,6	3,5	3,4	7,0	5,2
BHS	6,7	7,1	7,5	8,1	8,8	7,9	10,4	9,4
Hochschulverwandte Lehranstalt	2,5	1,6	2,6	1,0	4,0	2,0	4,0	1,1
Universität/ Hochschule	4,4	7,8	6,6	9,2	6,8	9,3	10,0	11,4
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ Beim Labour-Force-Konzept basiert die Zuordnung von Personen zu Erwerbstätigen, Arbeitslosen und Nicht-Erwerbspersonen auf den Richtlinien der internationalen Arbeitsorganisation (ILO). Als erwerbstätig gilt z. B. eine Person, wenn sie nur eine Stunde in der Referenzwoche arbeitet, als arbeitslos, wenn sie in diesem Sinne nicht erwerbstätig ist, aktuell aktive Schritte zur Arbeitssuche tätigt und kurzfristig zu arbeiten beginnen kann.

BMS = Berufsbildende mittlere Schule, AHS = Allgemeinbildende höhere Schule, BHS = Berufsbildende höhere Schule

Quellen: ST.AT – Arbeitskräfteerhebung 2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

2.2.2 Haushalte

In Vorarlberg gab es im Jahr 2007 146.800 Haushalte. 30 Prozent waren Einpersonen- und 70 Prozent Mehrpersonenhaushalte. Einpersonenhaushalte, insbesondere von Frauen, sind in Vorarlberg seltener als im Bundesdurchschnitt. Der Anteil an Mehrpersonenhaushalten ist in Vorarlberg höher als in Österreich. Obwohl der Trend auch in Vorarlberg in Richtung kleinerer Haushalte geht (Dominanz der Zweipersonenhaushalte und Anstieg der Einpersonenhaushalte in den letzten Jahren), sind Drei- und Mehrpersonenhaushalte häufiger als in Österreich. In 22,5 Prozent der Vorarlberger Haushalte leben

ein oder zwei Kinder unter 15 Jahre (Österreich: 20,3 %) und in 3,7 Prozent der Haushalte sogar drei oder mehr Kinder (Österreich: 2,4 %). Die durchschnittliche Haushaltsgröße liegt in Vorarlberg mit 2,49 Personen über dem Bundesdurchschnitt von 2,33 Personen (ST.AT 2008b). Der Trend zum Alleinleben zeigt sich eher bei jungen Erwachsenen, jedoch leben auch viele ältere Menschen, insbesondere ältere Frauen, allein, da der männliche Partner in einer Beziehung zumeist älter ist als die Frau und die Lebenserwartung von Männern zugleich geringer ist (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2007).

2.2.3 Familienstand

Rund 87 Prozent der Vorarlberger Familien waren im Jahr 2007 Paare und rund 13 Prozent alleinerziehend (vgl. Tabelle 2.2). Die Mehrheit der alleinerziehenden Personen in Vorarlberg, rund 88 Prozent, sind Frauen. 2007 gab es in Vorarlberg rund 11.800 alleinerziehende Mütter, womit der Anteil alleinerziehender Frauen an alleinerziehenden Personen insgesamt in Vorarlberg geringfügig über dem Bundesdurchschnitt von 85 Prozent lag (vgl. Tabelle 2.2).

ökonomische Situation ihrer Haushalte hin, verglichen mit Haushalten von (Ehe-)Paaren mit Kindern. Hinzu kommen subjektive Belastungen, die sich aus der alleinigen Zuständigkeit für Kindererziehung, Haushaltsführung und Sorge für den Lebensunterhalt ergeben. Alleinerziehende Personen, das sind v. a. Frauen, weisen zumeist einen ungünstigeren Gesundheitszustand auf als Paare mit Kindern (RKI 2003) (vgl. dazu auch Punkt 2.2.4). Die Situation von Alleinerzieherinnen ist in Punkt 5.2.1 näher ausgeführt.

Untersuchungen zur Lebenssituation alleinerziehender Personen weisen auf eine ungünstige

Tabelle 2.2: Familien nach Familientyp in Vorarlberg und Österreich 2007

Familientyp	Vorarlberg		Österreich	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Familien insgesamt	102.600	100,0	2.315.300	100,0
davon Paare	89.200	86,9	2.013.400	87,0
davon Ehepaare	76.300	74,4	1.704.300	73,6
davon alleinerziehende Elternteile	13.400	13,1	301.900	13,0
davon alleinerziehende Mütter	11.800	11,5	257.900	11,1

Absolute Werte auf 100-Stelle gerundet; Rundungsdifferenzen möglich

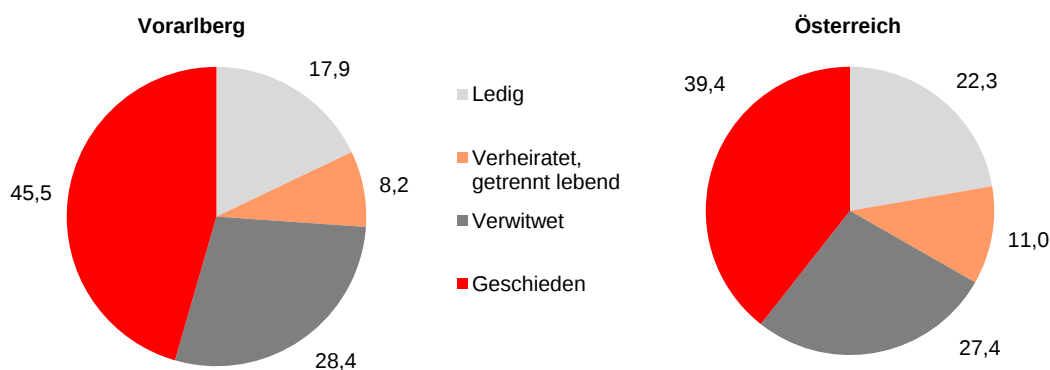
Definition von Familien gemäß UN/ECE Census Recommendations. Nach dem Kernfamilien-Konzept der Vereinten Nationen bilden Ehepaare oder Lebensgemeinschaften mit oder ohne Kinder bzw. Elternteile mit Kindern eine Familie.

Quellen: ST.AT – Familien- und Haushaltsstatistik 2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Der Großteil der alleinerziehenden Elternteile (13.400 in Vorarlberg) ist geschieden, wobei dieser Anteil in Vorarlberg höher ist als in Österreich insgesamt. Dementsprechend ist der Anteil

an ledigen alleinerziehenden Personen in Vorarlberg geringer als im Bundesdurchschnitt (vgl. Abbildung 2.3).

Abbildung 2.3: Alleinerziehende Elternteile nach Familienstand in Vorarlberg und Österreich 2007



Quellen: ST.AT – Familien- und Haushaltsstatistik 2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

2.2.4 Einkommen

Zur Darstellung der Einkommenssituation der Vorarlberger Bevölkerung wurde der durchschnittliche Jahres-Nettobezug gewählt (ganzjährige Bezüge, Vollzeitbeschäftigung). Insgesamt waren im Jahr 2007 55,4 Prozent aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Österreich ganzjährig vollzeitbeschäftigt.

Der durchschnittliche Jahres-Nettobezug von Frauen in Vorarlberg lag mit 19.677 Euro unter jenem von Frauen in Österreich (21.447 Euro). Sowohl österreichweit als auch in Vorarlberg verdienen Frauen deutlich weniger als Männer. Jedoch ist der Einkommensunterschied zwischen den Geschlechtern in Vorarlberg noch stärker ausgeprägt als in Österreich: Im Bundesdurchschnitt verdienen Männer um rund 30 Prozent mehr als Frauen, in Vorarlberg liegt dieser Einkommensunterschied bei rund 42 Prozent.

Ebenso ist die Einkommenssituation von Pensionistinnen und Pensionisten in Vorarlberg für beide Geschlechter ungünstiger als in Österreich insgesamt, wobei auch in dieser Gruppe Männer ein deutlich höheres Einkommen beziehen als Frauen. Die relativen Einkommensunterschiede

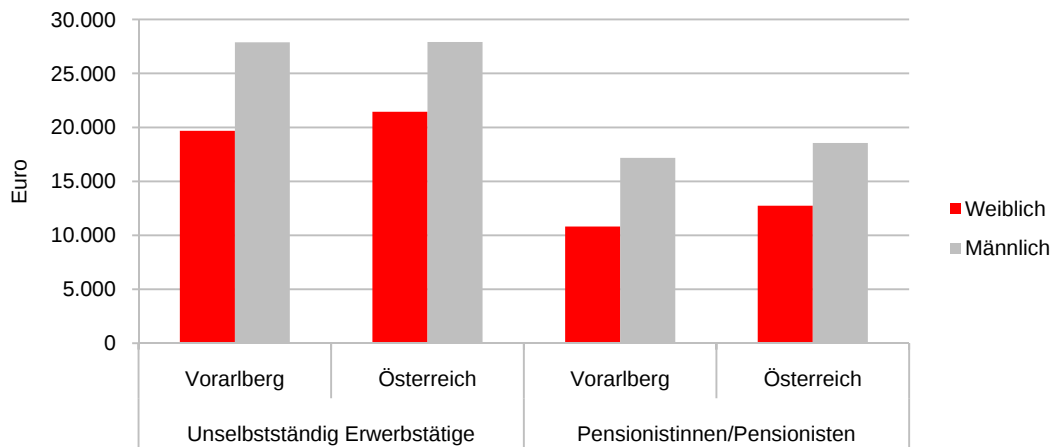
zwischen Frauen und Männern vergrößern sich in der Pension. Pensionisten in Vorarlberg erhalten im Durchschnitt um 59 Prozent mehr Pension als Pensionistinnen (vgl. Abbildung 2.4).

Ein kausaler Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit wird durch zahlreiche Studien bestätigt. Menschen mit niedrigem Einkommen sind häufiger durch Krankheiten und gesundheitliche Beschwerden beeinträchtigt. Sie schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und neigen eher zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen, was insbesondere beim Tabakkonsum zum Ausdruck kommt, sich aber auch in mangelnder körperlicher Aktivität oder in einer ungesunden Ernährungsweise zeigt (RKI 2005b). Infolgedessen gibt es in den unteren Einkommensschichten mehr (stark) übergewichtige Personen als in höheren Einkommensschichten. Ärmere Frauen haben außerdem öfter keinen aufrechten Impfschutz und nehmen Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Mammographie, Krebsabstrich) seltener in Anspruch als Frauen mit höherem Einkommensniveau (ST.AT 2008d).

Es ist in diesem Zusammenhang jedoch anzumerken, dass sich geringes Einkommen insbesondere dann negativ auf die Gesundheit auswirkt, wenn es sich um ein Familieneinkommen handelt. Die Jahres-Nettobezüge von Vorarlberger Männern liegen etwa im österreichischen

Durchschnitt, sodass sich die ökonomische Situation der Vorarlbergerinnen bei einem gemeinsamen Familieneinkommen mit dem Partner günstiger darstellt als bei einer Analyse des personenbezogenen Einkommens.

Abbildung 2.4: Durchschnittliche Jahres-Nettobezüge nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2007



Durchschnittliche Jahres-Nettobezüge (ganzjährige Bezüge, Vollzeitbeschäftigung der unselbstständig Erwerbstätigen)

Quellen: ST.AT – Statistik der Lohnsteuer 2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Auf Basis einer EU-weiten Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (ST.AT 2007a), an der sich auch Österreich beteiligt hat, wurde ein Indikator für **Armutsgefährdung** festgelegt. Als „armutsgefährdet“ oder „von Armutsrisiko betroffen“ werden jene Personen bezeichnet, deren „Äquivalenzeinkommen unter einer Armutsgefährdungsschwelle von 60 Prozent des Medians“ liegt. Die Armutsgefährdungsschwelle betrug für das Jahr 2005 für einen Einpersonenhaushalt 10.796 Euro Netto-Jahreseinkommen, das sind rund 900 Euro pro Monat. Demzufolge waren 2005 rund 12,3 Prozent der Bevölkerung in Österreich armutsgefährdet.

Die folgenden Ergebnisse aus der oben genannten Studie beziehen sich auf Österreich insgesamt und stellen keine spezifische Analyse für Vorarlberg dar. Nichtsdestoweniger sind sie für einen Mädchen- und Frauengesundheitsbericht relevant, weil der Gruppe der Armutsgefährdeten in der Prävention besonderes Augenmerk geschenkt werden muss. Die Studie bescheinigt

zwei Lebensformen ein erhöhtes Armutsrisiko: den Einpersonenhaushalten und den Alleinerziehenden. Einpersonenhaushalte haben generell ein überdurchschnittliches Armutsrisiko, aber Frauen sind davon besonders betroffen. Insbesondere alleinlebende Pensionistinnen haben mit 25 Prozent ein hohes Armutsrisiko. Eine zweite fast ausschließlich weibliche Lebensform, die mit hoher finanzieller Benachteiligung gekoppelt ist, stellen Alleinerziehende dar. Sie sind mit einer Quote von 27 Prozent die Gruppe mit dem höchsten Risiko, in Armut zu geraten (ST.AT 2007a).

Darüber hinaus sind Familien mit drei oder mehr Kindern und Familien mit kleinen Kindern – auch deshalb, weil in diesen Konstellationen die Frau oft nicht erwerbstätig ist – einem überdurchschnittlichen Armutsrisiko ausgesetzt. Personen mit Migrationshintergrund sind eine weitere Gruppe mit erhöhtem Armutsrisiko (ST.AT 2007a). Der Einfluss der sozialen Situation auf die Gesundheit wird auch in der ÖBIG-Studie zu

armutsbetroffenen Frauen bestätigt. Das Einkommen bestimmt die gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen maßgeblich, ebenso die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und

das Gesundheits- und Krankheitsverhalten (ÖBIG 2003) (vgl. dazu auch die Punkte 5.2.1 und 5.2.2).

2.3 Erwerbstätigkeit

2.3.1 Erwerbsbeteiligung

Durch die Zunahme der Erwerbstätigkeit von Müttern stieg die Erwerbstätigenquote von Frauen von 61,3 Prozent im Jahr 1997 auf 64,4 Prozent im Jahr 2007 in Österreich. Ein großer Teil des Beschäftigungswachstums bei den Frauen entfiel allerdings auf Teilzeitbeschäftigung (ST.AT 2008a).

Die Erwerbstätigenquote der 15- bis 64-jährigen Frauen in Vorarlberg entspricht mit 64,6 Prozent

etwa dem Bundesdurchschnitt, jene der Männer liegt mit 81,9 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Auffallend ist die hohe Erwerbstätigenquote in Vorarlberg bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. In der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen liegt die Erwerbstätigenquote in Vorarlberg bei Frauen leicht, bei Männern hingegen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Tabelle 2.3).

Tabelle 2.3: Erwerbstätigenquoten (Labour-Force-Konzept) in Vorarlberg und Österreich 2007

Altersgruppen	Vorarlberg		Österreich	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
15- bis 64-Jährige	64,6	81,9	64,4	78,4
55- bis 64-Jährige	29,9	60,7	28,0	49,8

Erklärung des Labour-Force-Konzepts siehe Tabelle 2.1

Quelle: ST.AT 2008a

Für die Analyse der Beschäftigungsart wurden Daten aus der letzten Volkszählung 2001 herangezogen, da es sich dabei im Gegensatz zur Erhebung gemäß Labour-Force-Konzept um eine Vollerhebung handelt und auch die Kategorien „geringfügig beschäftigt“ und „Hausfrau/-mann“ erhoben wurden. Vorarlberger Frauen arbeiten demnach häufiger in Teilzeit oder in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen als im bundesweiten Durchschnitt und widmen sich häufiger den Aufgaben in der Familie. Im Gegensatz dazu sind Männer in Vorarlberg häufiger vollzeitbeschäftigt und seltener teilzeit- oder geringfügig beschäftigt als Österreicher insgesamt. Mikrozensususerhebungen jüngerer Datums bestätigen dieses Bild. Im Jahr 2006 waren 47 Prozent der unselbständig erwerbstätigen Vorarlbergerinnen (Österreich: 40 %) und 3,5 Prozent

der Vorarlberger Männer (Österreich: 5,6 %) teilzeitbeschäftigt (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2007).

Eine Analyse der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse nach dem Berufsstand zeigt bei Arbeiterinnen und Arbeitern eklatante Unterschiede nicht nur zwischen Frauen und Männern, sondern bei Frauen auch zwischen Vorarlberg und Österreich: Fast ein Drittel der Arbeiterinnen in Vorarlberg ist nur geringfügig beschäftigt, während der entsprechende Anteil bundesweit bei 22 Prozent liegt. Rund sechs Prozent der Vorarlberger Arbeiter sind geringfügig beschäftigt. Auch bei den weiblichen Angestellten liegt der Anteil an geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen über dem österreichischen Durchschnitt (vgl. Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4: Geringfügig Beschäftigte in Vorarlberg und Österreich 2006

Berufsstand nach Geschlecht	Vorarlberg		Österreich	
	Geringfügig Beschäftigte*	Anteil an den Beschäftigten insgesamt, in %	Geringfügig Beschäftigte*	Anteil an den Beschäftigten insgesamt, in %
Arbeiterinnen	6.242	31,8	91.687	21,8
Arbeiter	2.271	5,7	40.630	4,6
Angestellte (weiblich)	4.264	10,4	73.049	7,4
Angestellte (männlich)	1.263	3,7	30.141	4,3
Insgesamt	14.040	9,9	235.507	7,2

* Jahresdurchschnittswerte

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, zitiert nach:
Amt der Vorarlberger Landesregierung 2007

Frauen in Gesundheitsberufen

Nur rund ein Drittel des berufsausübenden ärztlichen Personals in Vorarlberg ist weiblich. Österreichweit beträgt der entsprechende Frauenanteil etwa 42 Prozent. Im niedergelassenen Bereich sind die Frauenanteile noch niedriger, denn nur etwa ein Fünftel der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Vorarlberg ist weiblich. Auch bei den von Frauen bevorzugten Fachrichtungen (Physikalische Medizin, Psychiatrie, Allgemeinmedizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde) liegen die Anteile im Wesentlichen unter 50 Prozent. Die Fachrichtung der Gynäkologie und Geburtshilfe wird zu etwa einem Drittel von Frauen ausgeübt (vgl. Tabelle 2.5). Durch den höheren Frauenanteil der in medizinischer Ausbildung befindlichen Personen wird sich in Zukunft vermutlich der Frauenanteil bei Ärztinnen und Ärzten erhöhen.

Das Pflegepersonal in Krankenanstalten ist grundsätzlich stark weiblich dominiert, wobei der Frauenanteil in Vorarlberg unter jenem des Bundesdurchschnitts liegt. Bei den Hebammen zeigt sich folgendes Bild: Von den 92 in Vorarlberg berufsausübenden Hebammen waren Anfang 2007 37 Prozent nur in Krankenanstalten (Bundesdurchschnitt: 42 %) und 39,1 Prozent sowohl in freier Praxis als auch in Krankenanstalten tätig (Bundesdurchschnitt: 44,5 %). 23,9 Prozent waren ausschließlich frei praktizierende Hebammen (Bundesdurchschnitt: 13,5 %). Bezogen auf 100.000 Einwohner weist Vorarlberg mit 25,2 Hebammen eine der höchsten Hebammendichten Österreichs auf (Bundesdurchschnitt: 21,5).

Tabelle 2.5: Gesundheitsberufe nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2007/2008

Gesundheitsberuf	Absolute Werte				Frauenanteil in %	
	Vorarlberg		Österreich		Vorarlberg	Österreich
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich		
Berufsausübendes ärztl. Personal	395	789	14.498	20.809	33,4	41,9
Niedergel. ärztl. Personal insgesamt	106	422	4.498	10.824	20,1	29,4
dav.: für Allgemeinmedizin	56	171	2.228	4.080	24,7	35,3
FA für Gynäkologie/Geburtshilfe	15	34	354	826	30,6	30,0
FA für Innere Medizin	4	47	277	1.172	7,8	19,1
FA für Kinderheilkunde	8	16	213	308	33,3	40,9
FA für Psychiatrie *	9	24	259	343	27,3	43,0
Personal in Krankenanstalten						
DGKS/DGKP	1.396	358	44.829	6.695	79,6	87,0
MTD, MTF, Masseur	223	70	11.327	1.857	76,1	85,9
SHD, Pflegehilfe	244	162	9.289	4.554	60,1	67,1
Hebammen*	92		1.785		–	–

Berufsausübendes ärztliches Personal = angestellte und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
 DGKS/DGKP = Personal des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, MTD = Personal des Gehobenen medizinisch-technischen Dienstes, MTF = Personal des Medizinisch-technischen Fachdienstes, Masseur = Medizinische Masseur und Heilmasseur, SHD = Personal des Sanitätshilfsdienstes;
 Ärztl. Personal: Werte per Jänner 2008, Personal in Krankenanstalten und Hebammen: Jahresanfangswerte per 31. 12. 2007

* Inklusive karenzierte und teilzeitbeschäftigte Hebammen

Quellen: ÖÄK – Österreichische Ärzteliste (Stand Jänner 2008); ST.AT – Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

2.3.2 Arbeitslosigkeit

Die Arbeitslosenquote betrug in Vorarlberg im Jahr 2007 bei Frauen 6,4 Prozent und bei Männern 5,1 Prozent. Bei beiden Geschlechtern ist innerhalb der letzten drei Jahre ein kontinuierlicher Rückgang der Arbeitslosenquoten sowohl in Vorarlberg als auch in Österreich zu bemerken. Dennoch liegt die Arbeitslosenquote der Frauen in Vorarlberg über dem Bundesdurchschnitt, jene

der Männer hingegen deutlich darunter. Entsprechend hoch ist der Frauenanteil bei den arbeitslosen Personen – er stieg in den letzten Jahren kontinuierlich an und lag im Jahr 2007 in Vorarlberg mit rund 50 Prozent deutlich über dem Bundesdurchschnitt von rund 44 Prozent (vgl. Tabelle 2.6).

Tabelle 2.6: Arbeitslosenquoten nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2005–2007

Geschlecht	Vorarlberg			Österreich		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Weiblich	7,3	6,8	6,4	6,8	6,4	6,0
Männlich	6,2	5,6	5,1	7,7	7,1	6,5
Frauenanteil* in %	48,4	49,6	50,5	42,9	43,2	44,1

* Frauenanteil an den arbeitslosen Personen insgesamt

Quelle: Arbeitsmarktservice Österreich – Jahresprofil 2007

Die Quoten zur Langzeitarbeitslosigkeit (länger als zwölf Monate arbeitslos) lagen in Vorarlberg im Jahr 2007 bei Frauen (Vorarlberg: 2,2 %, Österreich: 2,3 %) und Männern (Vorarlberg: 3,3 %, Österreich: 3,1 %) etwa im Bundesdurchschnitt.

Arbeitslosigkeit hat nicht nur materielle Konsequenzen, auch psychosoziale Belastungen und der Verlust des Selbstwertgefühls und der sozialen Einbindung können die Lebensqualität vermindern. Arbeitslose beurteilen ihren **Gesundheitszustand** generell schlechter als Erwerbstätige: Bei der erwerbstätigen Bevölkerung fühlen sich 88 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen gesundheitlich sehr gut oder gut. Bei den Arbeitslosen sind es hingegen nur 69 Prozent der Männer und 57 Prozent der Frauen. Arbeitslose Frauen fühlen sich also gesundheitlich weit aus schlechter als arbeitslose Männer. Bei den Erwerbstätigen sind geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlich geringer.

Hinsichtlich des **Gesundheitsverhaltens** lässt sich feststellen, dass starke Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen beim Raucherstatus zutage treten. Etwa ein Drittel der männlichen und ein Viertel der weiblichen Erwerbstätigen rauchen täglich. Bei den Arbeitslosen liegt der Raucheranteil aber wesentlich höher – bei Männern bei 46 Prozent und bei Frauen bei 44 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit zu rauchen liegt bei arbeitslosen Männern 1,9-mal und bei arbeitslosen Frauen dreimal höher als bei Erwerbstätigen des jeweiligen Geschlechts. Während der Anteil der stark Übergewichtigen bei männlichen Erwerbstätigen und Arbeitslosen gleich ist, sind bei Frauen starke Unterschiede festzustellen: Neun Prozent der Erwerbstätigen, aber 22 Prozent der arbeitslosen Frauen sind in Österreich adipös. Weiters nehmen Arbeitslose weniger häufig Angebote der **Gesundheitsvorsorge** in Anspruch (z. B. Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen). (ST.AT 2008d)

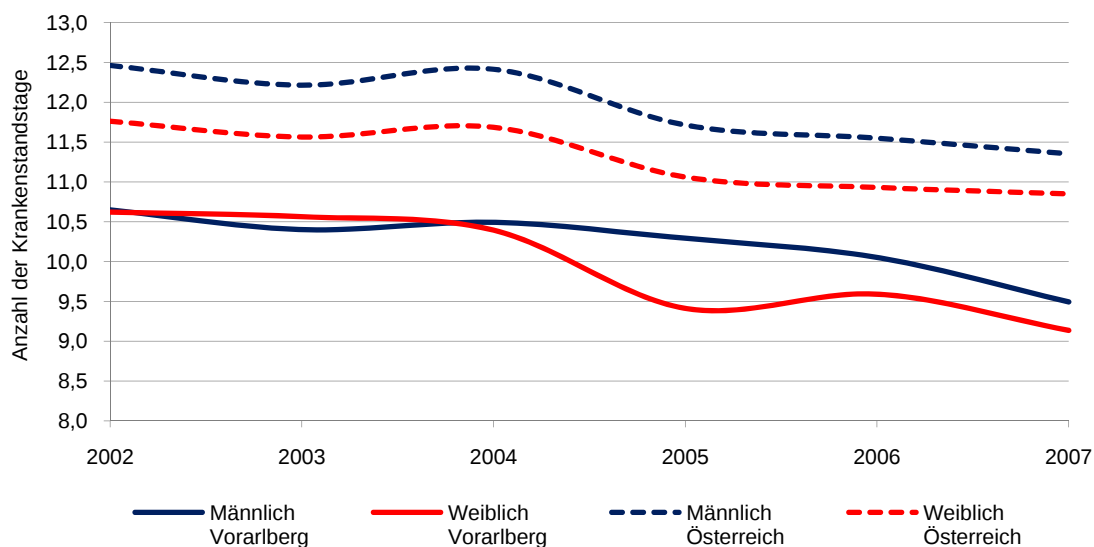
2.3.3 Arbeitsausfälle

Laut Aufzeichnungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT) gab es im Jahr 2007 in Vorarlberg insgesamt 144.901 Krankenstandsfälle bei Personen, die bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse sozialversichert waren. Rund 40 Prozent davon entfielen auf Frauen und 60 Prozent auf Männer. Insgesamt waren im Jahr 2007 44 Prozent der bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse Versicherten weiblich und 56 Prozent männlich, also sind Männer etwas häufiger in Krankenstand als Frauen. Im Jahr 2007 wurden bei Vorarlberger Männern im Durchschnitt 1,2 Krankenstände gemeldet, bei Frauen betrug

dieser Wert 1,0. Österreichweit wurden in diesem Jahr bei Frauen und Männern je 1,1 Krankenfälle gemeldet.

Vorarlbergerinnen waren im Jahr 2007 pro Krankheitsfall im Durchschnitt 9,1 Tage und Vorarlberger 9,5 Tage krank gemeldet. Damit liegt Vorarlberg bei beiden Geschlechtern unter dem Bundesdurchschnitt (Frauen: 10,9 Tage, Männer: 11,4 Tage). Sowohl in Vorarlberg als auch im bundesweiten Trend ist seit 2002 ein Rückgang der durchschnittlichen Dauer der Krankenstände zu beobachten (vgl. Abbildung 2.5).

Abbildung 2.5: Durchschnittliche Krankenstandstage pro Fall nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 2002–2006



Quellen: HVSVT – Krankenstandsstatistik 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

2.4 Mehrfachbelastungen von Frauen

Trotz des kontinuierlichen Anstiegs der weiblichen Erwerbstätigkeit nehmen Frauen nach wie vor eine Schlüsselrolle bei der Alltagsbewältigung von Familienhaushalten ein. Es ist häufig sehr schwierig, Familien- und Erwerbsarbeit zu vereinbaren. Überdies besteht noch immer eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, die Frauen im beruflichen Leben benachteiligt und Männern eine aktive Beteiligung in der Familie erschwert. Wenn die beruflichen Arbeitsbedingun-

gen keine familienfreundliche Lösung zulassen, sind es meistens die Frauen, die diese Probleme allein lösen müssen. (ÖBIG 2003)

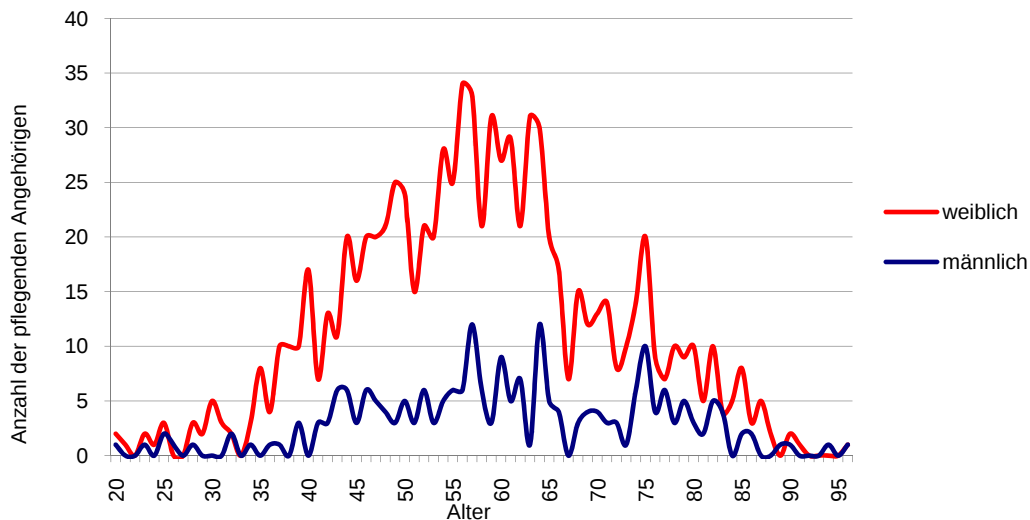
Belastungssituationen ergeben sich auch durch familiäre Pflegefälle. Hilfsbedürftige Eltern, Schwiegereltern oder Ehepartner werden häufig von weiblichen Familienmitgliedern betreut, was bei gleichzeitiger Erwerbsarbeit zu zusätzlichen Belastungen führen kann.

Frauen als pflegende Angehörige

Mehr als 80 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in Österreich werden zu Hause durch Angehörige gepflegt. Zu einem Großteil wird diese oft schwierige Aufgabe von Frauen übernommen (vgl. Abbildung 2.6). Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen bei der vom ÖBIG im Jahr 2005 im Auftrag des vormaligen Bundesministeriums für soziale Sicherheit,

Generationen und Konsumentenschutz durchgeführten Studie betrug 58 Jahre. 40 Prozent aller Betreuungsleistungen werden vom Ehe- bzw. Lebenspartner erbracht, mehr als ein Viertel der Betreuungsleistungen wird von Kindern (vor allem von Töchtern) für ihre Eltern erbracht. (ÖBIG 2005)

Abbildung 2.6: Pflegende Angehörige nach Alter und Geschlecht 2005



n = 1.095 (Stichprobe auf Bundesebene)

Quelle: ÖBIG 2005 – Situation pflegender Angehöriger

Einige Studien konstatieren in Hinblick auf die Pflegeübernahme eine mangelnde Entscheidungs- und Wahlfreiheit bei vornehmlich weiblichen Angehörigen, wenn sich in der Familie Pflegebedürftigkeit anbahnt. So würden meistens Töchter in die Rolle der Hauptpflegeperson hineingeraten, ohne diese reflektiert zu haben und ohne sich über das Ausmaß der damit verbundenen Konsequenzen bewusst zu sein. Als zentraler Grund für die Pflegeübernahme wird von Ehepartnern und erwachsenen Kindern „Selbstverständlichkeit“ genannt. Die Hälfte der Personen, die den Partner pflegen, macht dies aus Zuneigung, aber bei pflegenden Töchtern dominiert das Pflichtgefühl. (ÖBIG 2005)

Für die privaten Hauptpflegepersonen ist die Betreuung und Pflege mit Belastungen verbunden, mehr als zwei Drittel fühlen sich bei ihrer

Betreuungs- und Pflegearbeit zwischen „ab und zu“ und „fast immer“ überlastet. Im körperlichen Bereich stehen an vorderster Stelle Kreuzschmerzen, gefolgt von Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich sowie in den Gelenken. Die Belastung im psychischen Bereich ist allerdings höher; hier werden insbesondere das Gefühl der Verantwortung, Überforderung und Aussichtslosigkeit erlebt. Die größte Belastung für private Hauptpflegepersonen ist die zeitliche Bindung, die von 59 Prozent der Befragten angegeben wurde. Aufgrund ihrer Betreuungspflichten haben pflegende Angehörige wenig Zeit für soziale und gesellschaftliche Kontakte. (ÖBIG 2005)

Im Vorarlberger Betreuungs- und Pflegenetz nimmt die Unterstützung von pflegenden Angehörigen einen Schwerpunkt ein (vgl. dazu Kapitel 6).

3 Gesundheitszustand

Im folgenden Kapitel wird ein Überblick über die gesundheitliche Lage der Vorarlbergerinnen gegeben, wobei die Auswahl der Unterkapitel nach der Häufigkeit von einzelnen Krankheiten, und anhand des Kriteriums „frauenspezifisch“ getroffen wurde. Insbesondere anhand des Vergleichs der Mortalitäts- und Morbiditätsraten mit dem österreichischen Durchschnitt und anhand der zeitlichen Entwicklung werden Problem- und

Handlungsfelder identifiziert, für die Ziele und Maßnahmen abgeleitet werden sollen. Einleitend wird die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Vorarlbergerinnen beschrieben, und in der Folge werden unter Zuhilfenahme von möglichst validen Daten Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität dargestellt.

3.1 Subjektive Einschätzung der Gesundheit

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ST.AT 2007b) wurden einleitend zum teilweise sehr detaillierten Fragenprogramm drei Fragen über den allgemeinen Gesundheitszustand gestellt: ob man sich insgesamt sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht fühle, ob eine chronische Krankheit bzw. ein chronisches gesundheitliches Problem vorliege und wie sehr dadurch das Alltagsleben eingeschränkt sei.

Vorarlbergerinnen und Vorarlberger schätzen ihre Gesundheit besser ein als die übrigen Öster-

reicherinnen und Österreicher. Mehr als 80 Prozent der Vorarlberger Frauen gaben bei der Befragung 2006/2007 an, ihr allgemeiner Gesundheitszustand sei gut oder sehr gut, rund 5 Prozent (1999: 3 %) hingegen fühlten sich schlecht oder sehr schlecht. Österreichweit fühlten sich nur 73 Prozent der Frauen (sehr) gut, aber 6,5 Prozent (sehr) schlecht. Männer fühlen sich gesundheitlich etwas besser als Frauen, wobei dieser geschlechtsspezifische Unterschied in Vorarlberg geringer ist als in Österreich insgesamt (vgl. Tabelle 3.1 und Abbildung 3.1).

Tabelle 3.1: Allgemeiner Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung 2006/2007

Region/Geschlecht	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
in Prozent					
Vorarlberg					
Weiblich	37,7	43,9	13,4	4,3	0,6
Männlich	39,9	43,2	12,9	3,5	0,6
Österreich					
Weiblich	35,6	37,8	20,2	5,5	0,9
Männlich	39,4	38,4	16,8	4,5	1,0

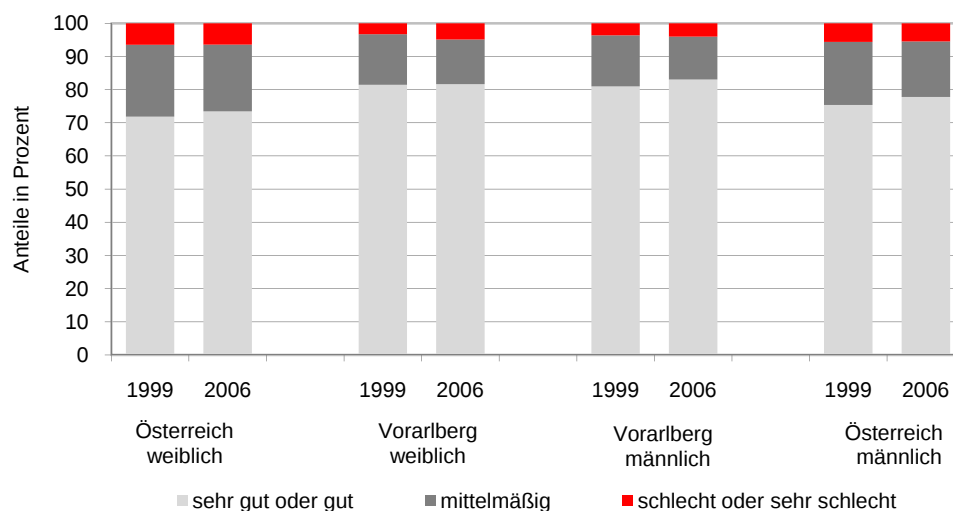
Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Je höher Einkommen und Bildungsgrad sind und je weniger die Berufsausübung mit manuellen Tätigkeiten verbunden ist, desto besser ist die subjektive Einschätzung der Gesundheit. Arbeitslose fühlen sich schlechter als Erwerbstätige, wobei arbeitslose Frauen sich deutlich schlechter fühlen als arbeitslose Männer.

Migranten und insbesondere Migrantinnen schätzen ihre Gesundheit schlechter ein als Personen ohne Migrationshintergrund (ST.AT 2008d). Insgesamt ist festzustellen, dass der subjektive Gesundheitszustand von Frauen stärker von sozioökonomischen Faktoren abhängt als bei Männern.

Abbildung 3.1: Allgemeiner Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung 1999 und 2006



Quellen: ST.AT – Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1999, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Erwartungsgemäß fühlen sich Menschen mit zunehmendem Alter gesundheitlich schlechter. Bei Frauen kommt dieser „Alterseffekt“ mehr zum Tragen, und bei den über 75-Jährigen fühlen sich nur mehr 35 Prozent der Frauen, aber 44 Prozent der Männer gesundheitlich sehr gut oder gut. Im Vergleich zu 1999 ist insbesondere bei den älteren Personen der Anteil derer, die sich schlecht fühlen, gestiegen.

Ein Drittel der befragten Vorarlbergerinnen gab an, unter einer chronischen Krankheit zu leiden, wobei dies keineswegs bedeutet, dass man sich insgesamt nicht trotzdem sehr gut oder gut fühlen kann. Vorarlberger Männer leiden häufiger unter einer chronischen Krankheit als Vorarlbergerinnen, und im österreichischen Durchschnitt gaben sogar 40 Prozent der Frauen ein diesbezügliches gesundheitliches Problem an (vgl. Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2: Chronische Krankheit oder chronisches Gesundheitsproblem nach eigener Einschätzung 2006, in Prozent

Region	Weiblich		Männlich	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Vorarlberg	50.023	32,8	52.395	35,9
Österreich	1.443.090	39,8	1.150.998	34,2

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

3.2 Basisindikatoren im Überblick

Bevor in Abschnitt 3.3 ausgewählte Krankheiten detaillierter dargestellt werden, wird nachfolgend ein Überblick über Lebenserwartung, Mortalität und Krankenhaushäufigkeit gegeben. Diese drei Parameter basieren auf der Todesursachenstatistik und der Diagnosen- und Leistungsdoku-

mentation der österreichischen Krankenanstalten. Als gängigste Größe zur Abbildung der Volksgesundheit gilt die Lebenserwartung, für die deshalb auch ein kurzer internationaler Vergleich geboten wird.

3.2.1 Lebenserwartung

In allen entwickelten Ländern ist die Lebenserwartung von Frauen höher als die von Männern. Im Jahr 2007 betrug die Lebenserwartung bei der Geburt für Österreicherinnen durchschnittlich 82,3 und für Österreicher 77,1 Jahre. Als Erklärung für die höhere Lebenserwartung von Frauen werden in der Literatur unter anderem genetische Ursachen und gesundheitsförderlicher Lebensstil genannt. Für beide Geschlechter steigt die Lebenserwartung kontinuierlich an, aber der geschlechtsspezifische Unterschied wird gerin-

ger. Auch diese Beobachtung stützt die Erklärung des geschlechtsspezifischen Unterschieds der Lebenserwartung über den Lebensstil, denn auch das gesundheitsrelevante Verhalten von Frauen und Männern gleicht sich an. Die höhere Lebenserwartung von Frauen bedeutet aber nicht automatisch eine bessere Gesundheit für Frauen. Frauen leben länger mit gesundheitlichen Einschränkungen als Männer und sind häufiger pflege- und hilfsbedürftig.

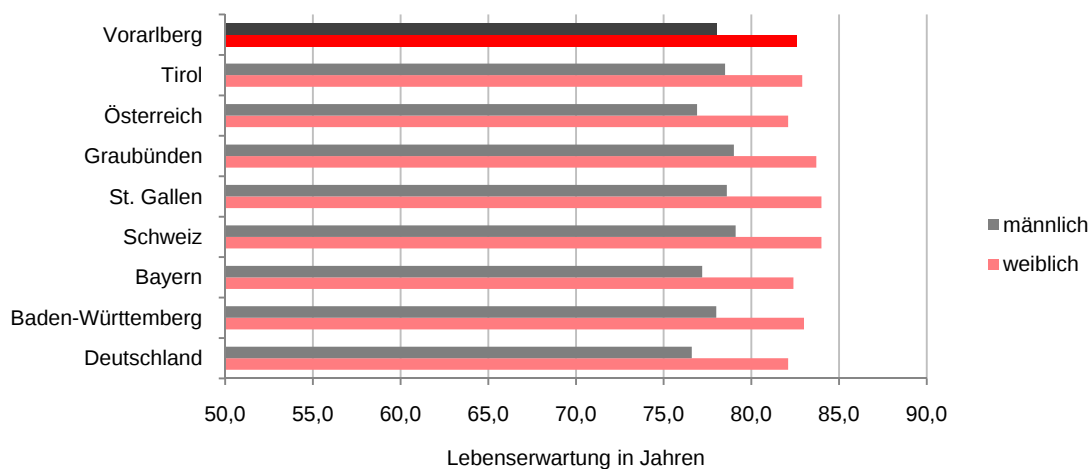
Internationaler Vergleich

Die Lebenserwartung in Österreich hat sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte an den Durchschnitt der EU-15-Länder angenähert und liegt 2007 bei beiden Geschlechtern nur mehr geringfügig darunter. Die Entwicklung der Lebenserwartung von Frauen in den Niederlanden und in Dänemark ist insofern erwähnenswert, als sie den Zusammenhang zwischen Lebensstil und Lebenserwartung demonstriert. In den Niederlanden stagnierte die Lebenserwartung der Frauen fast 15 Jahre lang zu Ende des letzten Jahrhunderts, und sie sank in der ersten Hälfte der 1990er Jahre sogar unter den europäischen Durchschnitt. Dies wird mit einem seit Jahrzehnten steigenden Tabak- und Alkoholkonsum der niederländischen Frauen in Verbindung gebracht. Seit 2003 allerdings zeichnet sich eine

Trendwende ab und die Lebenserwartung der Niederländerinnen steigt wieder. Eine ähnliche Entwicklung wurde auch in Dänemark beobachtet. Innerhalb der EU-15 haben Frauen in Frankreich und Spanien die höchste Lebenserwartung von fast 84 Jahren (im Jahr 2006) (RIVM 2008).

Im Vergleich mit angrenzenden Regionen liegt Vorarlberg bezüglich der Lebenserwartung im Mittelfeld. Schweizerinnen leben im Durchschnitt 1,4 Jahre länger als Vorarlbergerinnen, eine deutsche Frau stirbt ein halbes Jahr früher, wobei innerhalb von Deutschland die an Vorarlberg angrenzenden Regionen Baden-Württemberg und Bayern eine relativ hohe Lebenserwartung aufweisen (vgl. Abbildung 3.2). (ST.AT 2005, ST.AT 2006)

Abbildung 3.2: Lebenserwartung bei der Geburt 2006 in den benachbarten Regionen



Quellen: Bundesamt für Statistik Schweiz; Statistisches Bundesamt Deutschland; ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2006, Todesursachenstatistik 2006; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Lebenserwartung und behinderungsfreie Lebenserwartung in Vorarlberg

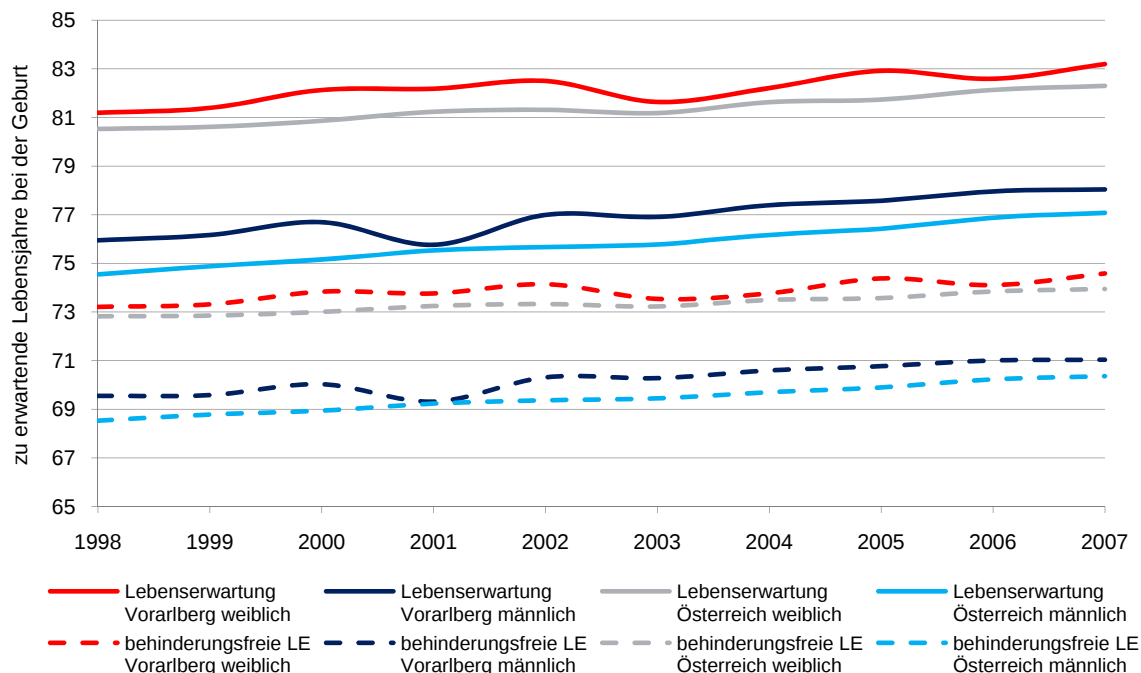
Ein 2007 in Vorarlberg geborenes Mädchen wird im Durchschnitt 83,2 Jahre alt. Es lebt damit länger als die Mädchen und Frauen in allen anderen Bundesländern und sogar um zwei Jahre länger als ein in Wien geborenes Mädchen. Vorarlbergerinnen leben auch länger als Vorarlberger, nämlich um durchschnittlich 5,2 Jahre. Ein 2007 geborener Vorarlberger wird durchschnittlich 78 Jahre alt. Der Unterschied zum österreichischen Durchschnitt (höhere Lebenserwartung in Vorarlberg) ist über den gesamten Beobachtungszeitraum bei Männern größer als bei Frauen.

Die Lebenserwartung der Vorarlbergerinnen ist seit 1990 um 3,5 Jahre und bei den Vorarlbergern um 4,6 Jahre gestiegen. Der „Vorsprung“ der Frauen wurde somit im Zeitverlauf geringer. Die behinderungsfreie Lebenserwartung betrug im Jahr 2007 für eine Vorarlbergerin 74,6 Jahre. Eine Vorarlbergerin muss also damit rechnen,

mehr als acht Jahre am Ende ihres Lebens mit einer Einschränkung zu verbringen. Ein Vergleich der behinderungsfreien Lebenserwartung mit der gesamten Lebenserwartung zeigt dreierlei:

- Der Vorsprung der Vorarlbergerinnen im Vergleich zu den Österreicherinnen ist geringer, die Vorarlbergerinnen verbringen also ihr „Mehr“ an Lebenserwartung z. T. mit Einschränkungen;
- der Vorsprung der Frauen im Vergleich zu den Männern ist geringer, die Frauen verbringen also mehr Jahre mit Einschränkungen als Männer;
- die behinderungsfreie Lebenserwartung ist langsamer gestiegen als die gesamte Lebenserwartung, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, also steigt auch die Zahl der Lebensjahre mit Einschränkungen.

Abbildung 3.3: Lebenserwartung und behinderungsfreie Lebenserwartung nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



3.2.2 Sterblichkeit

In Vorarlberg verstarben im letzten Jahrzehnt zwischen 1.200 und 1.400 Frauen und zwischen 1.150 und 1.250 Männer pro Jahr; bezogen auf 100.000 Personen des jeweiligen Geschlechts sind das 700 bis 800 Frauen und 650 bis 700 Männer pro Jahr. Die höheren Werte bei Frauen resultieren daraus, dass es mehr Frauen höheren Alters gibt. Wird diese Tatsache mittels Al-

tersstandardisierung ausgeschaltet, wird einerseits ein klarer zeitlicher Trend in Richtung Verringerung der Sterblichkeit und andererseits die geringere Sterblichkeit von Frauen sichtbar. Seit 1998 ist die Sterblichkeit bei Vorarlbergerinnen von 500 auf 400 (pro 100.000) und bei Vorarlbergern von 800 auf 670 (pro 100.000) zurückgegangen.

Häufigste Todesursachen

Eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (HKE) wird am häufigsten als Todesursache festgestellt, sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Mehr als die Hälfte der Vorarlbergerinnen und etwa 40 Prozent der Vorarlberger verstarben im Zeitraum 1998 bis 2007 an HKE. Die zweithäufigste Todesursache sind Neubildungen (vorwiegend bösartige Neubildungen bzw. Krebs). Ein Viertel aller Todesfälle der Vorarlbergerinnen und knapp ein Drittel aller Todesfälle der Vorarlberger entfiel

in diesem Zeitraum auf Neubildungen. Zusammengekommen machen HKE und Neubildungen bei Frauen in Vorarlberg 77 Prozent und bei Männern 71 Prozent aller Todesursachen aus. Die Tatsache, dass HKE-Todesfälle bei Frauen einen größeren Anteil als bei Männern einnehmen, ist darauf zurückzuführen, dass HKE insbesondere in sehr hohem Alter häufig zum Tod führt und es mehr Frauen in sehr hohem Alter gibt.

Die nächsthäufigsten Todesursachen sind bei Vorarlbergerinnen bedingt durch Erkrankungen der Atmungsorgane, Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane; jeweils rund 4 Prozent der Vorarlbergerinnen starben im Beobachtungszeitraum an einer dieser

drei Diagnosen. Bei Vorarlberger Männern spielen Stoffwechselerkrankungen anteilmäßig eine geringere Rolle, aber der Anteil an Todesfällen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen ist größer als bei Vorarlberger Frauen.

Vorzeitige Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre

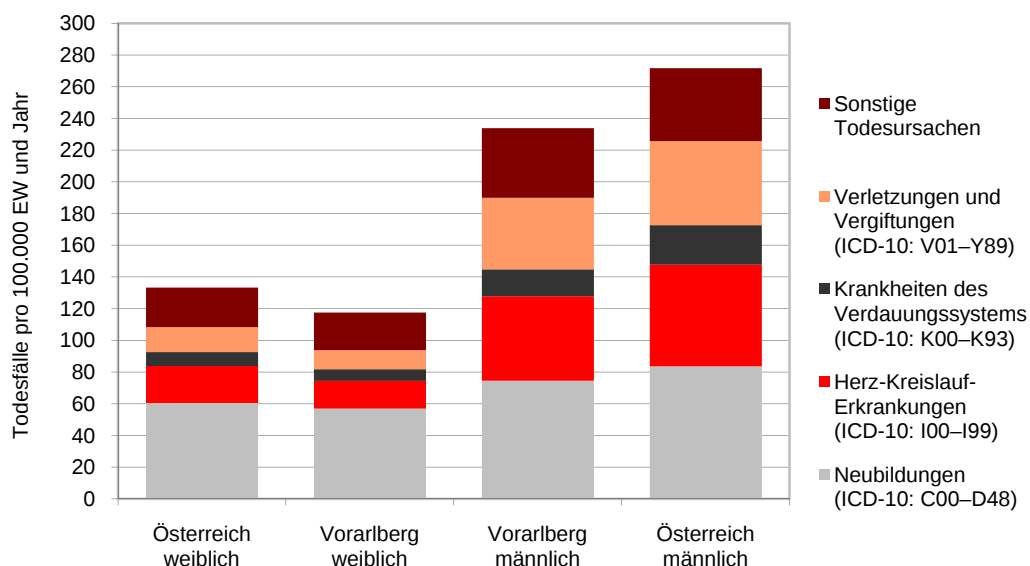
Wird die vorzeitige Sterblichkeit (Sterblichkeit der unter 65-Jährigen) betrachtet, verschieben sich die Anteile der einzelnen Todesursachen massiv. Etwa die Hälfte aller Todesfälle bei unter 65-jährigen Vorarlbergerinnen im Beobachtungszeitraum waren auf Neubildungen, 15 Prozent auf HKE und 11 Prozent auf exogene Ursachen zurückzuführen. Bei den Todesursachen der unter 65 verstorbenen Vorarlberger Männer betrug der Anteil von Neubildungen 32, von HKE 23 und von exogenen Diagnosen 20 Prozent. Neubildungen sind somit die häufigste Ursache für vorzeitige Sterblichkeit, bei Frauen noch deutlicher als bei Männern.

Bei nahezu allen Todesursachen fällt die vorzeitige Sterblichkeit der Vorarlbergerinnen (118 pro

100.000) geringer aus als im Durchschnitt aller Österreicherinnen (133 pro 100.000). Insbesondere tödliche HKE kommen in Vorarlberg seltener vor als im österreichischen Durchschnitt.

Die vorzeitige Sterblichkeit bei Vorarlberger Männern (234 pro 100.000) ist fast doppelt so hoch wie bei Vorarlbergerinnen, und die bei österreichischen Männern insgesamt liegt noch höher (272 pro 100.000). Bei fast allen Todesursachen ist die Sterblichkeit der Männer deutlich höher als die der Frauen; relativ gering ist der Unterschied bei Neubildungen, sehr hoch ist er bei HKE, „Verletzungen und Vergiftungen“, aber auch bei Verdauungserkrankungen (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4: Vorzeitige Sterblichkeit der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007



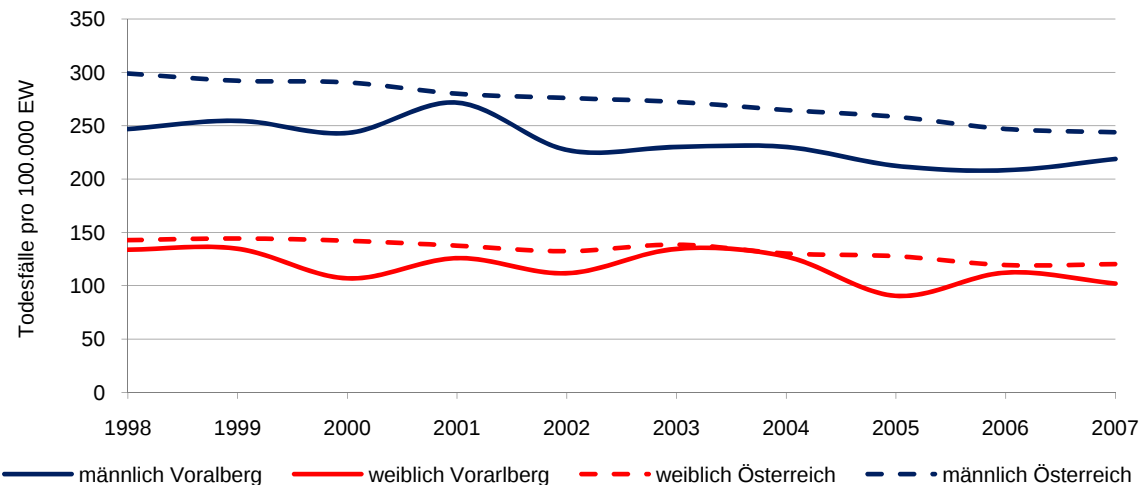
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Entsprechend der steigenden Lebenserwartung ist die im gesamten Beobachtungszeitraum unter dem österreichischen Durchschnitt gelegene Sterblichkeit der Gesamtbevölkerung Vorarlbergs wie auch die der unter 65-jährigen Bevöl-

kerung zurückgegangen, wobei in Vorarlberg aufgrund der geringen Einwohnerzahl größere Schwankungen zu beobachten sind als österreichweit (vgl. Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5: Gesamtmortalität der unter 65-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2006, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Gemessen an den potenziell verlorenen Lebensjahren (siehe Begriffsbestimmungen im Anhang), die zur Analyse von vorzeitiger Sterblichkeit verwendet werden, gewinnen Ursachen, die zwar nicht so häufig, aber in früheren Jahren zum Tod führen, an Bedeutung (wie beispielsweise Ver-

letzungen und Neubildungen), während sehr häufige Ursachen, die vor allem in hohem Alter zum Tod führen, an Bedeutung verlieren (z. B. HKE). Nähere Ausführungen zu den verlorenen Lebensjahren finden sich im Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2009.

Mortalität nach Lebensphasen

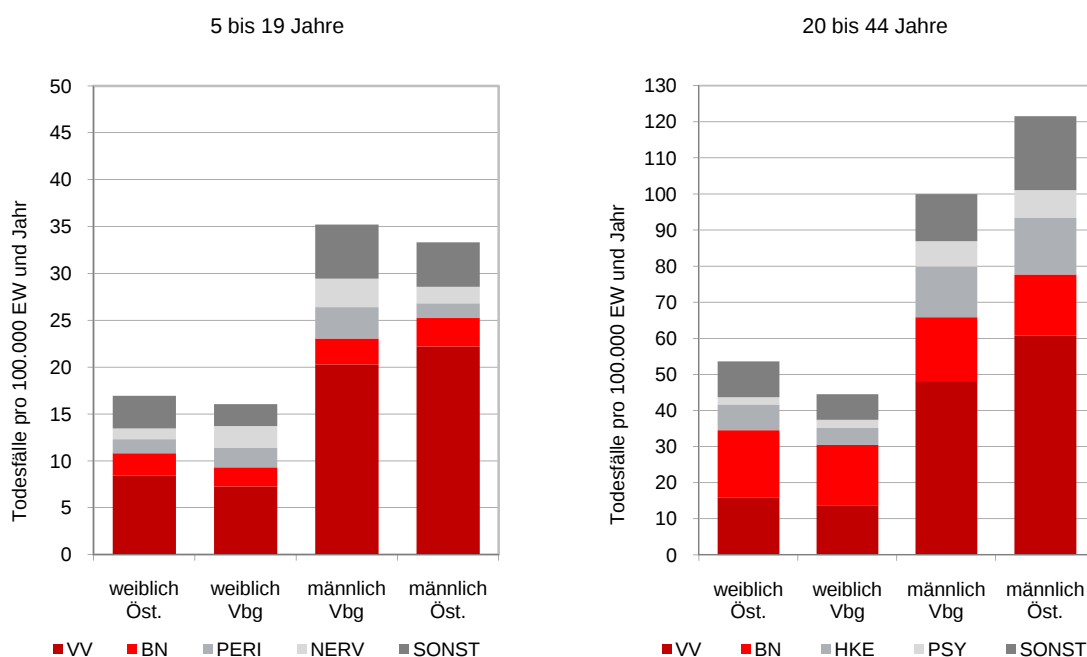
In Vorarlberg verstarben im Beobachtungszeitraum zwischen 26 und 54 **Kinder und Jugendliche** pro Jahr, wobei mehr als die Hälfte davon auf die Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen entfiel und davon wiederum der Großteil Folge einer Frühgeburt war. Die Mortalität von Kleinkindern lag in Vorarlberg bis 2002 über dem österreichischen Durchschnitt und konnte dann deutlich reduziert und damit an den österreichischen Durchschnitt angepasst werden (vgl. dazu auch Punkt 4.4.2.).

Reduziert auf die Altersgruppe der 5- bis 19-Jährigen, wurden zwischen 11 und 28 Todesfälle pro Jahr verzeichnet, rund ein Drittel davon wa-

ren Mädchen. Haupttodesursache sind Verletzungen und Vergiftungen, 46 Prozent der Todesfälle bei Vorarlberger Mädchen und 58 Prozent bei unter 19-jährigen Buben und Burschen sind darauf zurückzuführen.

Im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt zeigt die Mortalität der Jugendlichen für Vorarlberg kein so günstiges Bild wie für die Bevölkerung insgesamt. Zwar liegt die Sterblichkeit für Mädchen und junge Frauen leicht unter dem österreichischen Durchschnitt (Vorarlberg 16,1, Österreich 17,0), für männliche Jugendliche liegt sie allerdings darüber (Vorarlberg 35,2, Österreich 33,3).

Abbildung 3.6: Mortalität der 5- bis 19- und der 20- bis 44-Jährigen nach Haupttodesursachen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

VV: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ICD-10: V01–Y89); BN: Neubildungen (ICD-10: C00–D48); PERI: Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalphase haben, und angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (ICD-10: P00–Q99); NERV: Krankheiten des Nervensystems (ICD-10: G00–G99); SONST: Sonstige Todesursachen; HKE: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10: I00–I99); PSY: Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00–F99)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2006, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

In der Altersgruppe der **20- bis 44-Jährigen** stellt sich die Vorarlberger Situation im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt am günstigsten dar. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern beträgt die Mortalität nur etwa 82 Prozent des jeweiligen Bundesdurchschnitts. Rund 30 Vorarlbergerinnen und 70 Vorarlberger in dieser Altersgruppe sterben durchschnittlich pro Jahr. Haupttodesursache für Frauen dieser Altersgruppe sind Neubildungen (38 % aller Todesfälle), gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen (31 %) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (11 %).

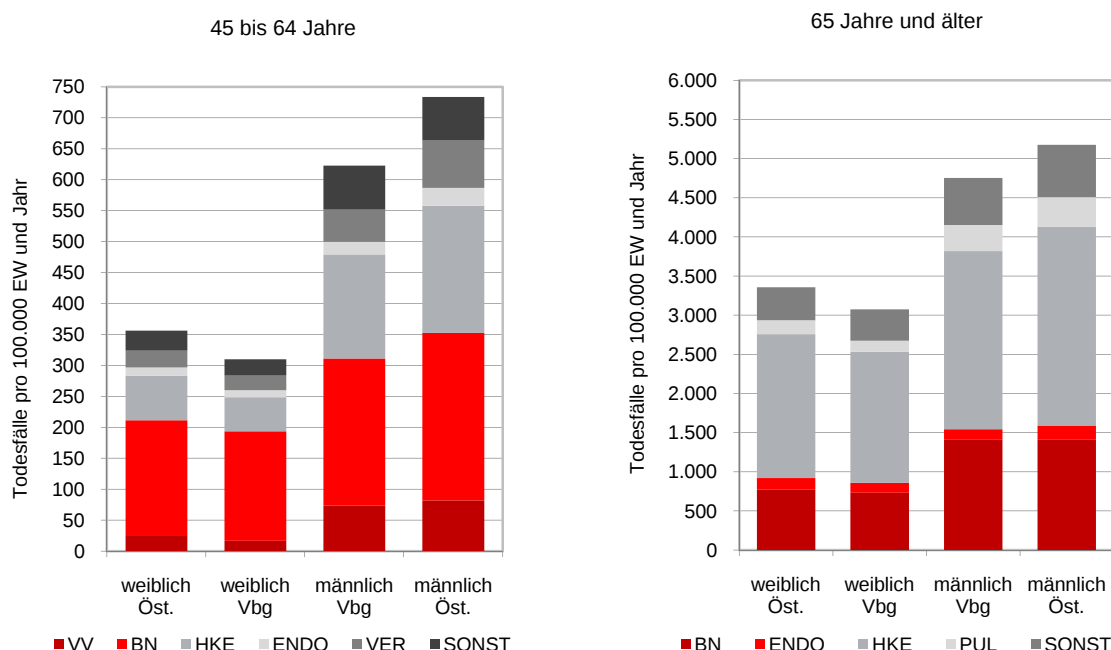
Die Gesamtmortalität dieser Altersgruppe betrug im Beobachtungszeitraum bei Vorarlberger Frauen 44,5 (Österreich: 53,7) und bei Vorarlberger Männern 100,0 (Österreich: 121,6). Die Mortalität aufgrund von Neubildungen von Vorarlbergerinnen dieser Altersgruppe liegt bei 17 pro 100.000 Einwohnerinnen und ist damit ebenso hoch wie bei Vorarlbergern und etwas niedriger als bei Österreicherinnen insgesamt. Etwa 14 Vorarlbergerinnen pro 100.000 sterben aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen; knapp 60 Prozent davon sind Suizide und 13 Prozent Verkehrsunfälle. Die Mortalität aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen ist bei Vorarlberger Männern mehr als doppelt so hoch; als Unterkategorie spielen bei Männern neben Suizid und Transportmittelunfällen auch sonstige Unfälle (z. B. Stürze, Verbrennungen, Vergiftungen) eine Rolle. 5 von 100.000 20- bis 44-jährigen Frauen in Vorarlberg sterben an HKE; die ent-

sprechende Mortalität von Vorarlberger Männern ist fast dreimal so hoch.

Auch in der Altersgruppe der **45- bis 64-Jährigen** ist die Sterblichkeit in Vorarlberg deutlich geringer als im österreichischen Durchschnitt, und zwar bei allen wesentlichen Todesursachen dieser Altersgruppe und sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Die Mortalität der männlichen Vorarlberger Bevölkerung ist in dieser Altersgruppe doppelt so hoch wie die der weiblichen. Die Gesamtmortalität dieser Altersgruppe lag bei Vorarlberger Frauen bei 309,8 (Österreich: 356,2) und bei Vorarlberger Männern bei 622,8 (Österreich: 733,6).

Die weitaus häufigste Todesursache von Frauen dieser Altersgruppe sind Neubildungen. 57 Prozent aller Todesfälle von Frauen dieser Altersgruppe sind darauf zurückzuführen. Knapp ein Fünftel der 45- bis 64-jährigen Frauen sterben an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 8 Prozent an Verdauungserkrankungen und 5 Prozent an Verletzungen und Vergiftungen. Bei Männern sind zwar auch Neubildungen die häufigste Todesursache, sie machen aber nur 38 Prozent aller Todesfälle aus. Todesfälle aufgrund Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen bei Männern bereits in dieser Altersgruppe eine große Rolle: 27 Prozent der Männer sterben daran. 12 Prozent der Todesfälle bei Männern sind auf Verletzungen und Vergiftungen und 8 Prozent auf Verdauungserkrankungen zurückzuführen.

Abbildung 3.7: Mortalität der 45- bis 64- und der ab 65-Jährigen nach Haupttodesursachen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

VV: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ICD-10: V01–Y89); BN: Neubildungen (ICD-10: C00–D48); HKE: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10: I00–I99); ENDO: Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD-10: E00–E90); VER: Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD-10: K00–K93); PUL: Krankheiten der Atmungsorgane (ICD-10: J00–J99); SONST: Sonstige Todesursachen

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2006, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Bei den **über 64-Jährigen** ist der überwiegende Teil der Todesfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (bei Vorarlbergerinnen 58 %, bei Vorarlbergern 47 %) und Neubildungen (bei Vorarlbergerinnen 21 %, bei Vorarlbergern 30 %) zurückzuführen. Auch in dieser Altersgruppe ist die Mortalität in Vorarlberg geringer als im Bun-

desdurchschnitt, wenngleich der Unterschied nicht mehr so groß ist wie bei den 20- bis 44-Jährigen und 45- bis 64-Jährigen. Sie betrug bei Vorarlberger Frauen 3.076 (Österreich: 3.358) und bei Vorarlberger Männern 4.754 (Österreich: 5.177) pro 100.000 Einwohner.

3.2.3 Krankenhaushäufigkeit

In Ergänzung zur Mortalität stellt die stationäre Morbidität die zweite Säule zur Abbildung der Krankheitslast der Bevölkerung dar. Quelle dafür ist die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten.

Rund 30.000 Vorarlbergerinnen wurden im Berichtszeitraum pro Jahr in einem österreichischen Krankenhaus stationär aufgenommen (im Vergleich zu etwa 27.000 Vorarlberger Männern),

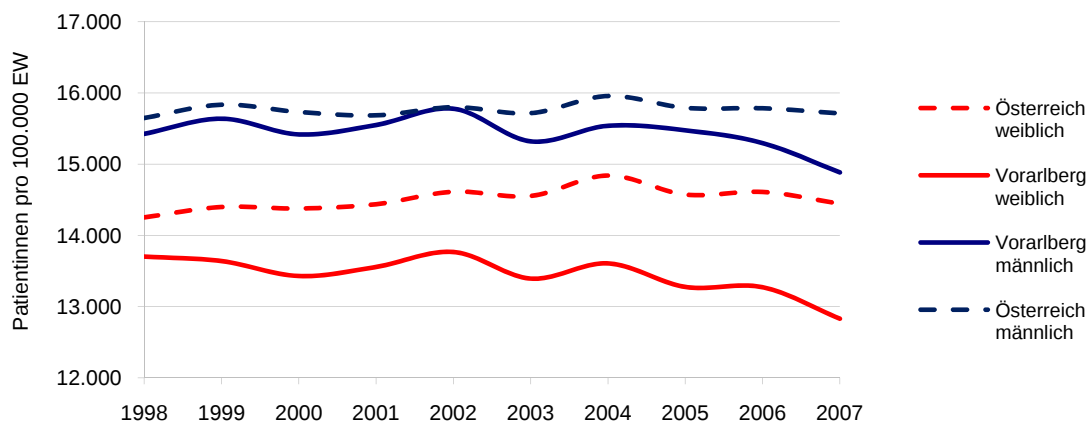
davon etwa 4.600 aufgrund von Schwangerschaftsindikationen (ICD-10: O00–O99). Sieht man von den schwangerschaftsbedingten Krankenhausaufenthalten ab, werden absolut etwas mehr Vorarlberger als Vorarlbergerinnen stationär behandelt.

Anhand der Krankenhaushäufigkeit (Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner) kann ein Vergleich zwischen den Geschlechtern und mit

dem Bundesdurchschnitt gezogen werden. Im Jahr 2007 wurden 12.830 Vorarlbergerinnen (pro 100.000) stationär aufgenommen. Das ist erheblich weniger als österreichweit (14.445 Frauen) und noch weniger als bei den Vorarlberger Män-

nern (14.884). Zudem ist der Trend in Vorarlberg im Beobachtungszeitraum abnehmend, während die Krankenhaushäufigkeit in Österreich insgesamt eher stagniert (vgl. Abbildung 3.8).

Abbildung 3.8: Krankenhaushäufigkeit nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

exkl. Schwangerschaftsindikationen und Nulltagesaufenthalte

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007, BMGFJ – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

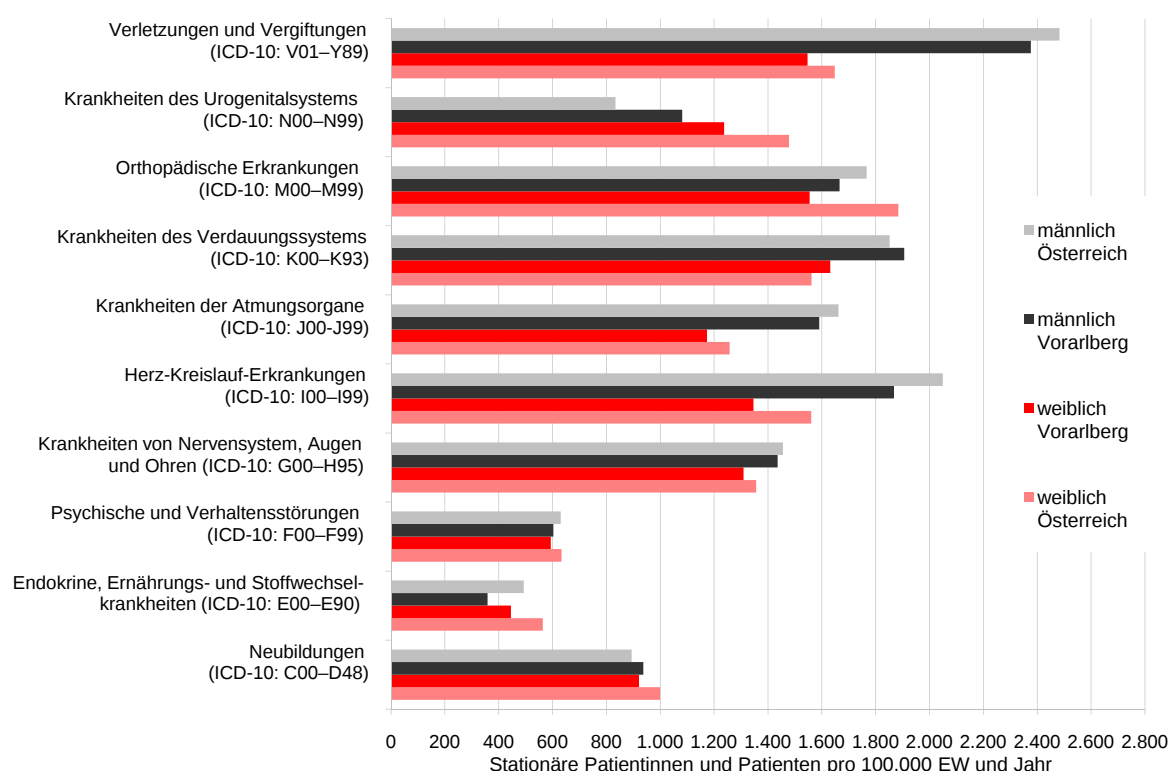
Von den jeweils rund 26.000 Patientinnen (ohne Schwangerschaftsindikation) und Patienten werden pro Jahr je rund 40.000 stationäre Aufenthalte „verursacht“ (Berechnung jeweils exklusive der Nulltagesaufenthalte). Während zwischen 1998 und 2007 die stationären Aufenthalte pro 100.000 Einwohner österreichweit bei beiden Geschlechtern gestiegen sind (bei Frauen um 5,3 %, bei Männern um 3,8 %), sind sie in Vorarlberg bei Frauen gesunken (um 3,9 %) und bei Männern gleich geblieben. Die Wiederaufnahmerate ist bei Vorarlbergerinnen und Vorarlbergern mit 1,5 etwa gleich hoch und liegt im österreichischen Durchschnitt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Aufnahme ist in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten in Vorarlberg (wie auch in Österreich insgesamt) kontinuierlich gesunken; sie lag im Jahr 2007 in Vorarlberg mit 7,4 (Frauen) bzw. 6,8 Tagen (Männer) unter dem

Bundesdurchschnitt (8,3 Tage bei Frauen und 8,0 Tage bei Männern).

Die **häufigsten Ursachen** für einen Krankenhausaufenthalt von Frauen in Vorarlberg wie in Österreich insgesamt sind Erkrankungen der Verdauungsorgane, des Bewegungsapparates, Verletzungen, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und des Urogenitalsystems.

Die Krankenhaushäufigkeit von Vorarlbergerinnen ist mit einer Ausnahme (Verdauungserkrankungen) bei allen Krankheiten etwas niedriger als im österreichischen Durchschnitt. Die Krankenhaushäufigkeit der Vorarlberger Männer ist (zum Teil deutlich) höher als diejenige der Vorarlberger Frauen, Vorarlbergerinnen werden nur aufgrund von Urogenital- und Stoffwechselerkrankungen öfter stationär behandelt als Vorarlberger Männer.

Abbildung 3.9: Krankenhaushäufigkeit nach häufigsten Hauptdiagnosen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2006, BMGFJ – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

3.3 Ausgewählte Erkrankungen

3.3.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) steigen mit zunehmendem Alter stark an. Insbesondere bei Frauen treten HKE in hohem Alter auf bzw. führen dann auch häufig zum Tod. Dies ist eine Ursache dafür, dass absolut mehr Frauen als Männer an HKE sterben, obwohl die Mortalität bei Frauen deutlich niedriger ist. HKE wurden lange Zeit als ein Problem von Männern mittleren Alters gesehen, und die genderspezifische diesbezügliche Forschung hat erst in den letzten Jahrzehnten begonnen. Über lange Zeit wurden Herzinfarktsymptome bei Frauen später erkannt, wodurch es zu verzögerter Behandlung kam.

Dazu kommt, dass Frauen mit Herzinfarkt vielfach höheren Alters und deshalb häufig allein stehend sind, weshalb es häufig erst verspätet oder gar nicht zu einer Behandlung kommt. Mittlerweile weiß man, dass Frauen zum Teil andere Herzinfarktsymptome aufweisen als Männer (z. B. sind Übelkeit und Schmerzen zwischen den Schulterblättern bei Frauen häufiger), doch in der breiten Öffentlichkeit besteht möglicherweise noch Aufklärungsbedarf. (Stadt Wien 2006)

Zu den **Risikofaktoren** von HKE zählen Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte (bei Frauen insbesondere vor dem Wechsel), Diabetes, Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel und Stress. Bei Frauen spielen darüber hinaus die Einnahme der Pille und die Hormonveränderung in den Wechseljahren eine Rolle. Zwar ist die Mortalität aufgrund von HKE im Beobachtungszeitraum rückläufig, und auch die Krankenhaushäufigkeit nimmt seit 2004 ab (in Vorarlberg stärker als österreichweit), doch die Risikofaktoren stellen tendenziell ein zunehmendes Problem dar. So zeigt beispielsweise die jüngste Gesundheitsbefragung, dass der Anteil der übergewichtigen Vorarlbergerinnen deutlich höher ist als noch vor einigen Jahren (er hat sich dem Bundesdurchschnitt angenähert), und der steigende

Anteil von rauchenden Mädchen und Frauen ist nicht nur in Vorarlberg, sondern österreich- und europaweit ein besorgniserregender Trend.

Die Risikofaktoren Übergewicht, Rauchen und Bewegungsmangel werden in Kapitel 4 näher ausgeführt. Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung gaben 18 Prozent der Vorarlbergerinnen an, dass bei ihnen innerhalb des letzten Jahres Bluthochdruck diagnostiziert wurde, und 8 Prozent berichteten über überhöhte Cholesterinwerte. Die diesbezüglichen Unterschiede zu den Vorarlberger Männern sind gering, österreichweit haben deutlich mehr Frauen Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte (vgl. Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3: Ausgewählte Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1999 und 2006/2007

Risikofaktor	Vorarlberg				Österreich			
	Weiblich		Männlich		Weiblich		Männlich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Bluthochdruck*	28.114	18,4	24.820	17,0	760.617	21,0	633.271	18,8
Cholesterin*	12.231	8,0	12.486	8,5	518.604	14,3	457.211	13,6
Übergewicht 1999	32.996	23,7	77.050	58,2	987.780	28,9	1.871.005	59,5
Übergewicht 2006	61.682	40,5	67.415	46,1	1.496.599	41,3	1.836.076	54,5

* Innerhalb der letzten zwölf Monate (zum Zeitpunkt der Befragung) ärztlich diagnostiziert

Übergewicht = Body-Mass-Index (kg/m², BMI) von 25 und mehr

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Mikrozensus, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ 1999,
Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Die häufigsten HKE, die zu einem Krankenhausaufenthalt führen, sind Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten. Frauen sind davon deutlich häufiger betroffen als Männer, in Vorarlberg werden jährlich etwa 935 Frauen deshalb stationär behandelt. Am zweithäufigsten werden im Krankenhaus „Sonstige Formen der Herzkrankheit“ dokumentiert. 715 Vorarlbergerinnen und 726 Vorarlberger wurden diesbezüglich stationär behandelt. Erst an dritter und vierter Stelle kommen ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten, die bei den HKE-Todesursachen eine herausragende Rolle spielen.

Mit Ausnahme von Venenkrankheiten und Bluthochdruck sind Männer deutlich häufiger von

HKE-Morbidität und -Mortalität betroffen als Frauen. Der größte Unterschied zeigt sich bei ischämischen Herzkrankheiten, und hier wiederum sowohl bei Herzinfarkt als auch bei chronischen Herzkrankheiten.

Der Vergleich der HKE-Morbidität insgesamt mit dem Bundesdurchschnitt zeigt für Vorarlbergerinnen und Vorarlberger ein günstiges Bild. Bei einer Erkrankung allerdings ist die Krankenhaushäufigkeit in Vorarlberg höher: Vorarlbergerinnen und Vorarlberger werden häufiger aufgrund einer chronischen ischämischen Herzkrankheit stationär behandelt. Auch die diesbezügliche Mortalität liegt in Vorarlberg höher als in Österreich insgesamt.

Tabelle 3.4: Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach einzelnen Diagnosen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007

Hauptdiagnose	Patientinnen/Patienten pro 100.000 EW und Jahr*			
	Vorarlberg		Österreich	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
(I00–I99) HKE insgesamt	1.405,5	1.942,3	1.616,5	2.113,3
(I10–I15) Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	161,4	135,2	267,8	238,7
(I20–I25) Ischämische Herzkrankheiten	275,6	680,4	300,3	693,7
davon: (I21–I22) Akuter Myokardinfarkt	60,5	158,4	66,4	160,9
(I25) Chronische ischämische Herzkrankheit	211,4	562,4	192,1	504,8
(I30–I52) Sonstige Formen der Herzkrankheit	292,1	437,6	352,7	532,2
davon: (I50) Herzinsuffizienz	90,8	134,6	134,6	197,4
(I60–I69) Zerebrovaskuläre Krankheiten	202,5	307,2	245,5	362,2
davon: (I63 und I64) Schlaganfall	91,9	153,5	106,7	162,9
(I70–I79) Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	85,9	201,7	98,2	205,3
(I80–I89) Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert	496,6	414,2	498,8	360,6
Sonstige HKE	84,0	79,5	105,2	96,7

altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

* exkl. Mehrfachaufnahmen innerhalb eines Jahres

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2006,
BMGFJ – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1998–2007;
ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Pro Jahr sterben zwischen 600 und 700 Vorarlbergerinnen und zwischen 400 und 500 Vorarlberger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, das entspricht einer altersstandardisierten Mortalität von 200 (pro 100.000) bei Frauen und knapp 300 (pro 100.000) bei Männern. Vorarlberg liegt damit unter dem Bundesdurchschnitt.

42 Prozent der HKE-Todesfälle von Vorarlbergerinnen sind auf ischämische Herzkrankheiten und etwa 26 Prozent auf zerebrovaskuläre Er-

krankungen, insbesondere Schlaganfall, zurückzuführen. Bei Vorarlbergern entfallen mehr als die Hälfte der HKE-Todesfälle auf ischämische Herzkrankheiten, aber nur ein Fünftel auf zerebrovaskuläre Erkrankungen. Auffällig ist, dass die Sterblichkeit aufgrund zerebrovaskulärer Erkrankungen in Vorarlberg bei beiden Geschlechtern leicht über dem österreichischen Durchschnitt liegt, während die diesbezügliche Krankenhaushäufigkeit deutlich unterdurchschnittlich ist.

Tabelle 3.5: Mortalität aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems nach einzelnen Diagnosen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007

ICD-10-Diagnosen	Todesfälle pro 100.000 EW und Jahr			
	Vorarlberg		Österreich	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
(I00–I99) HKE insgesamt	199,6	297,9	222,9	336,1
(I10–I15) Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	9,2	7,8	11,7	12,2
(I20–I25) Ischämische Herzkrankheiten	85,9	159,3	88,8	166,9
davon: (I21–I22) Akuter Myokardinfarkt	27,2	65,7	37,1	85,3
(I25) Chronische ischämische Herzkrankheit	55,7	87,2	50,6	79,3
(I30–I52) Sonstige Formen der Herzkrankheit	36,9	47,8	51,3	68,3
(I50) Herzinsuffizienz	20,1	25,2	30,1	38,4
(I60–I69) Zerebrovaskuläre Krankheiten	52,2	62,8	49,4	60,9
davon: (I63 und I64) Schlaganfall	33,3	40,8	32,6	41,2
(I70–I79) Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	8,4	13,2	12,1	18,2
Sonstige HKE	7,0	7,1	9,7	9,5

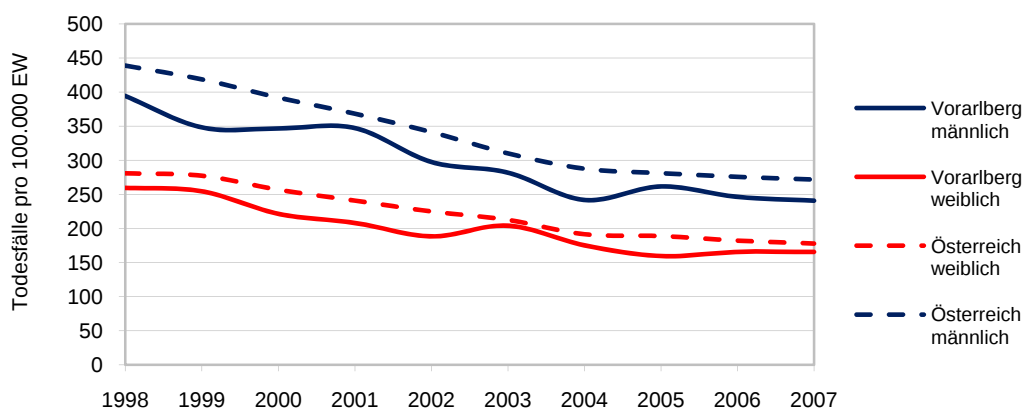
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Die Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist über den gesamten Beobachtungszeitraum rückläufig, bei der Krankenhaus-

häufigkeit zeichnet sich erst in den letzten drei bis vier Jahren ein Rückgang ab.

Abbildung 3.10: Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

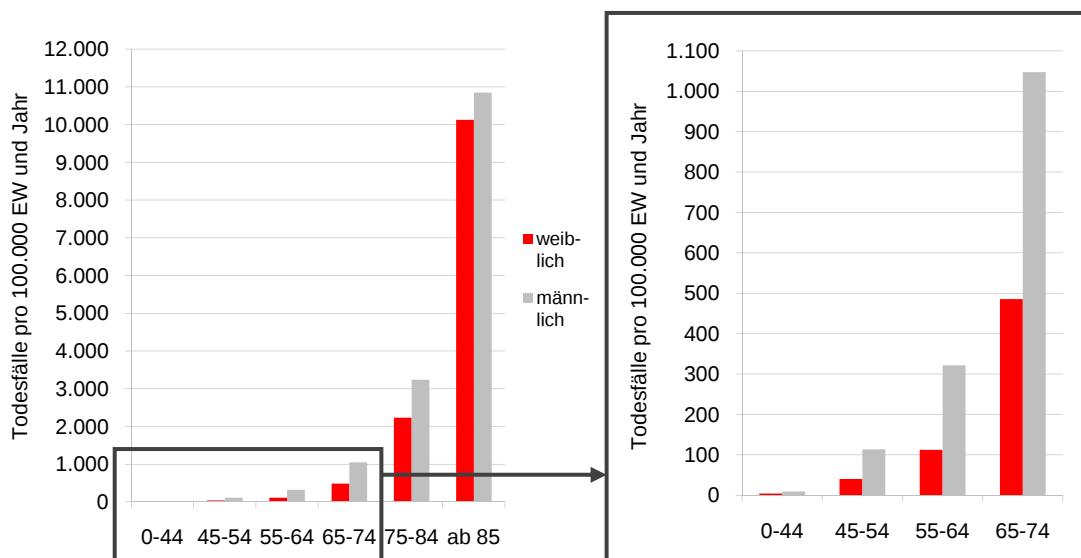
Etwa ab Mitte 40 erhöht sich in Österreich das Risiko, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben, merklich. In der Altersgruppe der 45- bis

54-Jährigen versterben 40 pro 100.000 Frauen an einer HKE, in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen sind es bereits 112 pro 100.000. In

diesem Lebensabschnitt (Mitte 40 bis 65 Jahre) ist die HKE-Mortalität bei Männern fast dreimal so hoch wie bei Frauen. Ab dann werden die relativen geschlechtsspezifischen Unterschiede geringer. Bei den über 85-Jährigen liegt die HKE-Mortalität der österreichischen Frauen nur

geringfügig unter derjenigen der Männer. Je älter man wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, an einer HKE zu sterben. Bei etwa jeder dritten über 85-jährigen Frau wird als Todesursache HKE dokumentiert.

Abbildung 3.11: Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 1998–2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

3.3.2 Krebserkrankungen

Nach einem Überblick über alle Krebslokalisationen (vgl. Tabelle 3.6 zur Inzidenz und Tabelle 3.7 zur Mortalität) werden im folgenden Kapitel die häufigsten sowie besondere frauenspezifische Krebserkrankungen detailliert dargestellt. Zur Gegenüberstellung von Inzidenz- und Mortalitätsraten stehen die Krebsstatistik, die derzeit nur bis zum Jahr 2004 verfügbar ist, und die Todesursachenstatistik zur Verfügung. Es wird im Besonderen auf die zeitliche Entwicklung seit 1998 und auf die Betroffenheit nach Lebensalter eingegangen.

Jährlich erkranken etwa 570 Vorarlbergerinnen und 780 Vorarlberger an bösartigen Neubildungen. Rund 300 Frauen und 360 Männer sterben in Vorarlberg pro Jahr daran. Die häufigsten

Lokalisationen für Neuerkrankungen und Mortalität bei Vorarlbergerinnen sind Brust, Dickdarm und Lunge. Eine Krebserkrankung der Gebärmutter kommt ebenfalls sehr häufig vor, aber die diesbezügliche Mortalität ist gering. Bei den Vorarlberger Männern kommt Prostatakrebs am häufigsten vor, an zweiter Stelle steht Lungenkrebs und an dritter Dickdarmkrebs.

Mit Ausnahme der Schilddrüsenkrebsinzidenz sind Inzidenz- und Mortalitätsraten der Vorarlbergerinnen geringer als die der Vorarlberger. Auch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt stellen sich Inzidenz- und Mortalitätsraten der Vorarlbergerinnen günstiger dar. Nur die Neuerkrankungsrate an Melanomen ist bei Vorarlbergerinnen höher als österreichweit, nicht jedoch die diesbezügliche Mortalitätsrate.

Tabelle 3.6: Krebsinzidenz nach Lokalisation und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2004

ICD-10-Diagnosen	Neuerkrankungen pro 100.000 EW und Jahr			
	Vorarlberg		Österreich	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
(C00–C97) BN insgesamt	279,3	481,5	307,8	454,9
(C00–C14) BN der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	5,0	14,2	4,3	16,8
(C15–C26) BN der Verdauungsorgane	59,6	102,1	67,8	119,4
davon: Magen (C16)	8,8	16,7	10,6	19,7
Dickdarm bis Anus (C18–C21)	34,8	55,7	36,5	61,6
Leber (C22)	3,0	9,1	4,2	13,1
Pankreas (C25)	7,8	10,5	10,2	13,6
(C30–C39) BN der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	19,5	73,8	22,4	70,3
(C40–C41) BN des Knochens und des Gelenkknorpels	0,9	0,8	0,8	1,1
(C43–C44) Melanom und sonstige BN der Haut	15,6	17,4	10,3	12,4
(C45–C49) BN des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes	2,2	5,3	3,3	4,6
(C50–C50) BN der Brustdrüse [Mamma]	92,7	1,0	93,0	1,1
(C51–C58) BN der weiblichen Genitalorgane	42,9	0,0	48,1	0,0
davon: Cervix uteri (C53)	8,1		10,6	
Corpus uteri (C54–C55)	18,7		18,4	
Eierstock (C56)	12,2		15,2	
(C51–C58) BN der männlichen Genitalorgane		185,0		132,0
(C64–C68) BN der Harnorgane	13,8	44,4	17,8	48,7
(C69–C72) BN des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems	4,6	6,6	6,5	8,9
(C73–C75) BN der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen	5,6	2,8	9,2	4,4
(C76–C80) BN ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	3,2	6,6	4,1	5,6
(C81–C96) BN des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	13,8	21,4	20,2	29,4

altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

BN = Bösartige Neubildung

Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 1998–2004, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Tabelle 3.7: Mortalität aufgrund von bösartigen Neubildungen nach Lokalisation und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1998–2007

ICD-10-Diagnosen	Todesfälle pro 100.000 EW und Jahr			
	Vorarlberg		Österreich	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
(C00–C97) BN insgesamt	127,5	216,2	135,7	225,1
(C00–C14) BN der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	2,2	5,9	1,8	8,5
(C15–C26) BN der Verdauungsorgane	37,8	62,3	41,4	75,9
davon: Magen (C16)	6,3	12,1	7,3	13,7
Dickdarm bis Anus (C18–C21)	16,0	23,3	16,0	28,5
Leber (C22)	3,5	8,2	3,6	10,9
Pankreas (C25)	7,9	10,4	9,7	13,5
(C30–C39) BN der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	16,1	61,5	17,9	57,3
(C40–C41) BN des Knochens und des Gelenkknorpels	0,4	0,8	0,3	0,5
(C43–C44) Melanom und sonstige BN der Haut	2,3	3,9	2,4	4,2
(C45–C49) BN des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes	1,5	2,8	1,8	2,7
(C50–C50) BN der Brustdrüse [Mamma]	24,8	0,1	25,7	0,4
(C51–C58) BN der weiblichen Genitalorgane	16,3	0,0	17,4	0,0
davon: Cervix uteri (C53)	2,3		2,9	
Corpus uteri (C54–C55)	4,9		4,7	
Eierstock (C56)	7,9		8,5	
(C51–C58) BN der männlichen Genitalorgane	0,0	30,2	0,0	26,6
(C64–C68) BN der Harnorgane	5,1	13,2	5,4	14,7
(C69–C72) BN des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems	3,7	6,0	4,0	6,1
(C73–C75) BN der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen	0,9	1,2	1,0	1,0
(C76–C80) BN ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	4,2	6,2	3,8	5,2
(C81–C96) BN des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	10,8	17,0	10,9	17,5
(C97–C97) Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	1,4	5,1	1,8	4,5

altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

BN = Bösartige Neubildung

Quellen: ST.AT – Todesursachenstatistik 1998–2007, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

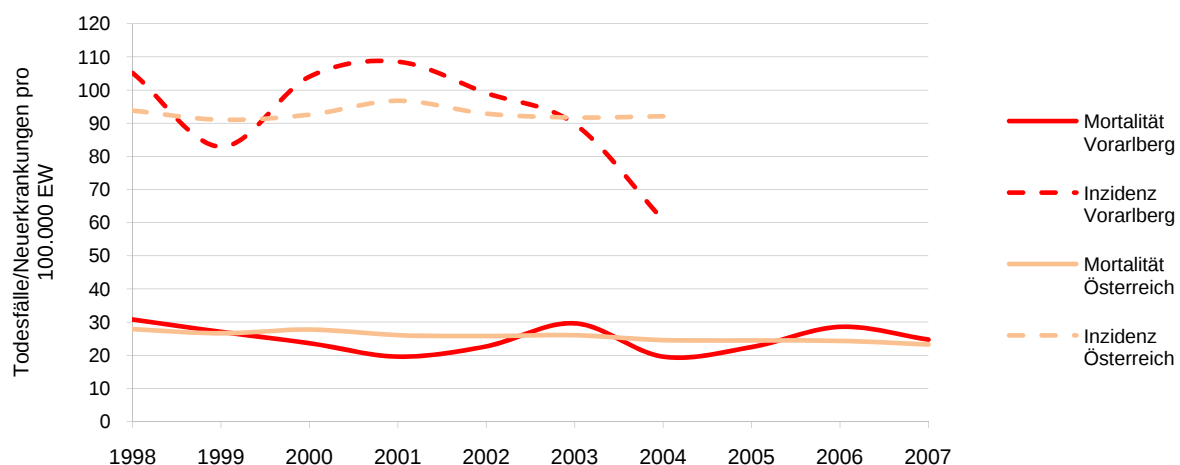
Brustkrebs

Brustkrebs ist die häufigste Krebsneuerkrankung und häufigste Krebstodesursache bei Frauen in Österreich. Im Gegensatz zu vielen anderen Krebserkrankungen besteht bereits im mittleren Alter ein relativ hohes Erkrankungsrisiko, wenngleich die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu sterben, erst mit zunehmendem Alter stark steigt. Die **Risikofaktoren** für Brustkrebs sind weitgehend unklar. Bisher bekannte Risikofaktoren sind genetische Defekte, reproduktive und hormonelle Faktoren (frühe Menarche und späte Menopause, Kinderlosigkeit, hohes Alter bei der ersten Geburt, kombinierte hormonelle Ersatztherapie mit östrogen- und gestagenhaltigen Präparaten),

Lebensstilfaktoren (Übergewicht bzw. fett- und kalorienreiche Nahrung, übermäßiger Konsum von Alkohol, Bewegungsmangel) und Strahlenexposition.

Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre erkrankten in Österreich jährlich rund 90 (von 100.000) Frauen an Brustkrebs, etwa 25 Frauen (von 100.000) starben an Brustkrebs. Vorarlberg lag im österreichischen Durchschnitt. Absolut betrachtet heißt das für Vorarlberg, dass seit 1998 jährlich durchschnittlich 180 Brustkrebs-Neuerkrankungen registriert wurden und pro Jahr 58 Frauen daran starben.

Abbildung 3.12: Inzidenz und Mortalität von Brustkrebs in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007



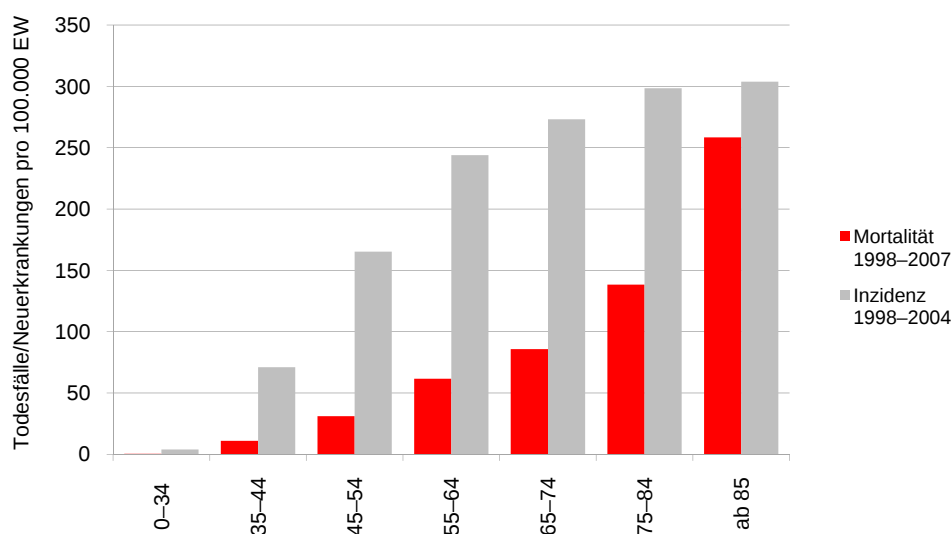
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 1998–2004; Todesursachenstatistik 1998–2007, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Zu Beginn der 1980er Jahre lag die Mortalität österreichweit deutlich über einem Drittel der Inzidenzrate, Mitte der 1990er Jahre betrug sie rund ein Drittel, mittlerweile liegt sie deutlich darunter. Die Mortalität blieb bis Mitte der 1990er Jahre weitgehend konstant (bei steigender Inzidenzrate) und sinkt seither kontinuierlich (bei konstanter Inzidenzrate). In diesem Zeitraum haben sich die Möglichkeiten der Früherkennung und die Heilungschancen bei Brustkrebs verbessert.

Das Erkrankungsrisiko steigt im Alter von etwa 40 Jahren stark an, und zwar bis zum 60. Lebensjahr; ab dem 60. Lebensjahr steigt es nur noch leicht an. Bei 40- bis 50-jährigen Frauen betreffen rund 45 Prozent aller Krebsneuerkrankungen die Brust. Rund ein Fünftel der Brustkrebsneuerkrankungen betreffen Frauen, die jünger sind als 50 Jahre. Die Mortalität steigt erst im späteren Lebensalter stark an (vgl. Abbildung 3.13). Das Durchschnittsalter zum Diagnosezeitpunkt beträgt rund 64 Jahre, was im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen eher früh ist.

Abbildung 3.13: Inzidenz und Mortalität von Brustkrebs nach Altersgruppen in Österreich 1998–2004/2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 1998–2004; Todesursachenstatistik 1998–2007, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Krebs der Verdauungsorgane

Im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2004 trat bei 60 (von 100.000) Vorarlbergerinnen Krebs an einem Verdauungsorgan auf (Österreich: 68), 38 (von 100.000) starben daran (Österreich: 41). Bei der Inzidenzrate ist damit der Abstand zum österreichischen Durchschnitt größer als bei der Mortalität. Bei den Vorarlberger Männern und noch deutlicher bei den österreichischen Männern insgesamt sind Inzidenz- und Mortalitätsrate erheblich höher.

Unter den Verdauungsorganen ist der Dickdarm am häufigsten von einer Krebserkrankung betroffen, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Zusammengenommen mit Rektum und Anus macht diese Lokalisation bei Vorarlbergerinnen 57 Prozent aller Krebserkrankungen an Verdauungsorganen aus, 16 Prozent betreffen den Magen, 14 Prozent die Bauchspeicheldrüse und 5 Prozent die Leber. Gemessen an den Todesfällen ist der Anteil des Darms geringer, und die Anteile von Bauchspeicheldrüse, Magen und Leber sind höher. Bei allen Lokalisationen sind Männer stärker betroffen als Frauen, aber bei

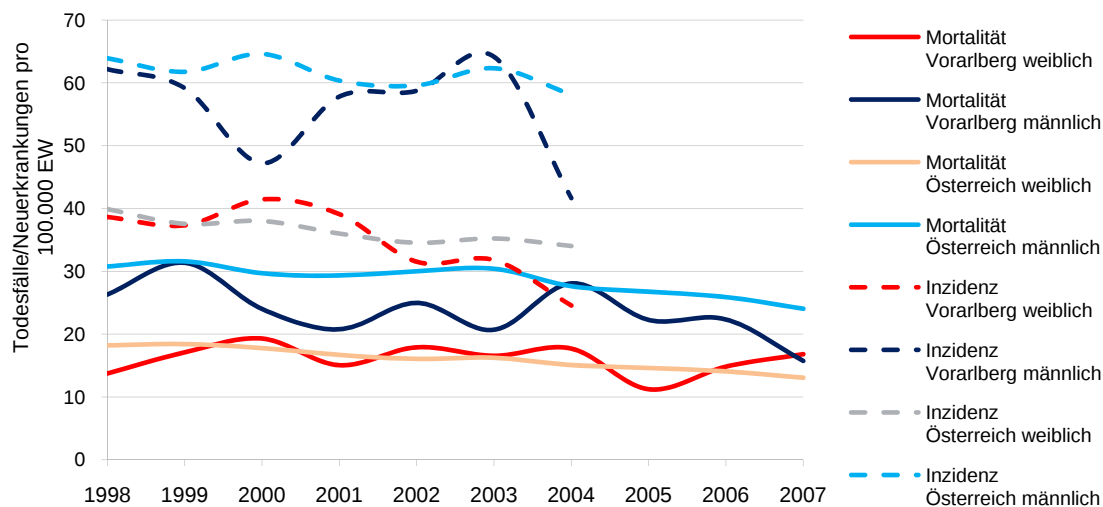
Leber und Magen ist der Unterschied besonders groß: Inzidenz- und Mortalitätsraten von Leberkrebs sind bei Männern dreimal so hoch wie bei Frauen und bei Magenkrebs etwa doppelt so hoch. Auch die zeitliche Entwicklung ist nach den einzelnen Lokalisationen sehr unterschiedlich: Magenkrebserkrankungen sind stark und Darmkrebserkrankungen leicht sinkend, Bauchspeicheldrüsenkrebs ist stagnierend und die Häufigkeit von Leberkrebs steigt eher.

Darmkrebs (Dickdarm, Rektum, Anus) wird aufgrund der Häufigkeit in der Folge näher analysiert. Bei Darmkrebs gibt es bessere Heilungschancen als bei Krebs an Bauchspeicheldrüse, Leber oder Magen. Als **Risikofaktoren** sind genetische Faktoren, schlechte Ernährungsgewohnheiten (zu fettreiche Ernährung, evtl. auch stark gesalzenes, gepökeltes oder geräuchertes Fleisch), Übergewicht, Bewegungsmangel und Rauchen bekannt. Seit 1998 wurden jährlich 60 bis 90 Darmkrebs-Neuerkrankungen bei Vorarlbergerinnen registriert, und rund 40 Vorarlbergerinnen sterben jährlich an Darmkrebs. Die

Mortalitätsrate lag im Beobachtungszeitraum bei Vorarlberger Frauen mit 16 (pro 100.000) im österreichischen Durchschnitt, bei Vorarlberger Männern betrug sie 24 (Österreich: 29). Die Inzidenzrate lag im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2004 für Vorarlberger Frauen bei 35 (Österreich: 36) und bei Vorarlberger Männern bei 56 (Österreich: 62).

Krebsneuerkrankungen des Dickdarms bei Frauen in Österreich stagnierten in den 1980er und 1990er Jahren und sind ab 1999 leicht rückläufig. Dieser Trend ist bei der Mortalität etwas deutlicher. In Vorarlberg sind große Schwankungen im Zeitverlauf zu beobachten (vgl. Abbildung 3.14).

Abbildung 3.14: Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen des Darms nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

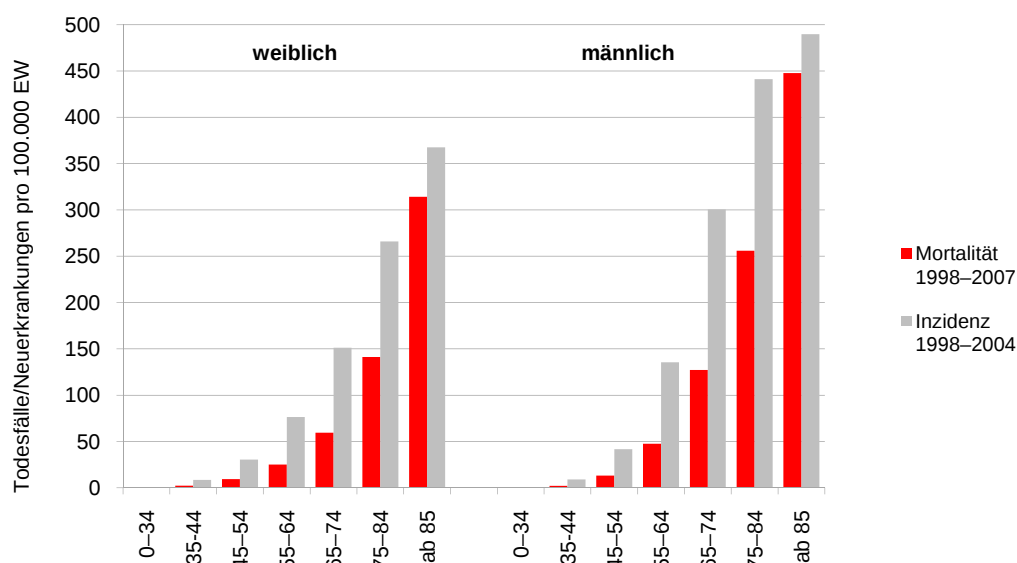
Darm: Dickdarm, Rektosigmoid, Rektum, Anus, Anuskanal (ICD-10: C18–C21)

Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 1998–2004; Todesursachenstatistik 1998–2007, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Das Risiko der Erkrankung an einem Dickdarmkarzinom beginnt bei etwa 50 Jahren und steigt

mit zunehmendem Alter stark an, bei Männern früher als bei Frauen.

Abbildung 3.15: Inzidenz und Mortalität von Dickdarmkrebs nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 1998–2004/2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 1998–2004; Todesursachenstatistik 1998–2007, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Lungenkrebs

Etwa 7 Prozent aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen und rund 15 Prozent bei Männern betreffen die Atmungsorgane (sowohl in Österreich als auch in Vorarlberg, Zeitraum 1998 bis 2004). Bei den Krebstodesfällen sind die entsprechenden Anteile deutlich höher: Knapp über 10 Prozent aller Krebstodesfälle bei Frauen und etwa ein Viertel bei Männern sind auf bösartige Neubildungen der Atmungsorgane zurückzuführen. Dieser Vergleich zeigt einerseits einen eklatanten geschlechtsspezifischen Unterschied und andererseits die relativ schlechten Heilungschancen. Obwohl die Betroffenheit von Frauen deutlich geringer als von Männern ist, ist zu erwarten, dass Lungenkrebs auch zu einem Frauenproblem wird. Denn zum einen steigt die Zahl der (jungen) Raucherinnen, und Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für diese Krebslokalisation (auch das Passivrauchen). Zum anderen gibt es laut Wiener Frauengesundheitsbericht 2006 Hinweise, dass bei Frauen das Lungenkrebsrisiko bei gleich hohem Zigarettenkonsum etwa doppelt so hoch ist wie bei Männern. Außerdem sind bei Frauen die Heilungschancen noch ge-

ringer, weil bei Frauen die Lungentumoren häufig in tieferen Regionen liegen und somit später entdeckt werden.

Bei Frauen betreffen mehr als 90 Prozent aller Krebserkrankungen der Atmungsorgane die Lunge (bei Männern liegt dieser Anteil bei knapp unter 90 %, weil Kehlkopfkrebs häufiger vorkommt als bei Frauen). Im Folgenden wird nur auf die zentralen Atmungsorgane Luftröhre, Bronchien und Lunge näher eingegangen (ICD-10: C33 und C34).

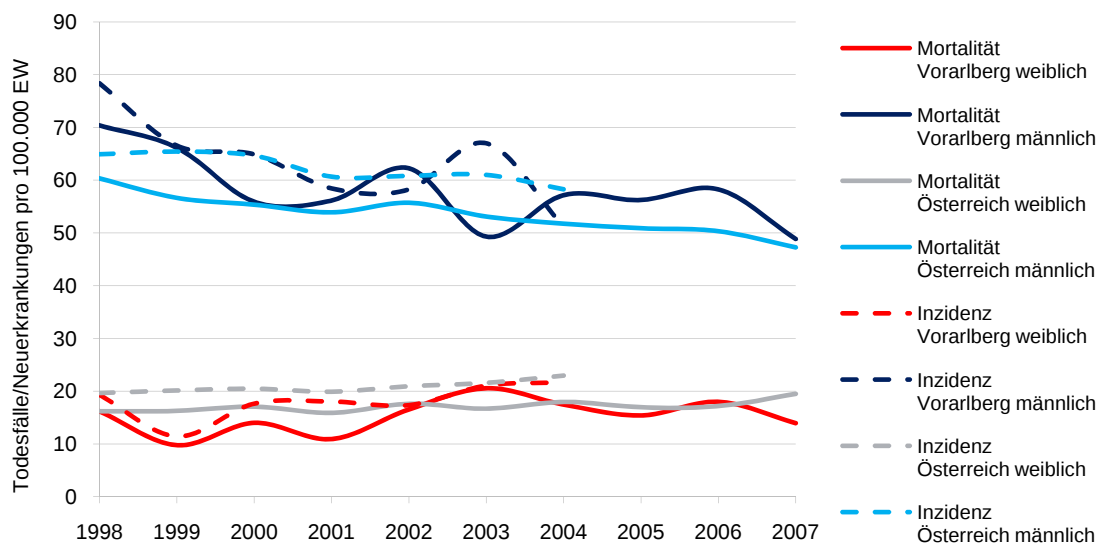
36 Vorarlbergerinnen und 102 Vorarlberger erkrankten seit 1998 im Durchschnitt pro Jahr an Lungenkrebs, und die Anzahl der Todesfälle ist ähnlich hoch: 33 Vorarlbergerinnen und 97 Vorarlberger starben an Lungenkrebs.

Die Inzidenzrate für Lungenkrebs bei österreichischen Frauen lag im Beobachtungszeitraum zwischen 20 und 23 (pro 100.000), die Mortalität war mit 16 bis 20 (pro 100.000) nur leicht geringer. Die Raten für Vorarlberg liegen tenden-

ziell etwas unter dem österreichischen Durchschnitt, die geringen Fallzahlen bedingen allerdings hohe Schwankungsbreiten. Dreimal so viele Männer wie Frauen erkranken und sterben an Lungenkrebs, wobei die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Zeitverlauf geringer werden (vgl. Abbildung 3.16). Anfang der 1980er Jahre waren Inzidenz- und Mortalitätsraten bei

Österreichern sechsmal so hoch wie bei Österreicherinnen, seither sind die Raten bei Männern drastisch zurückgegangen, bei Frauen hingegen gestiegen. Die Lungenkrebs-Mortalität bei Österreicherinnen hat sich zwischen 1980 (10,9 Todesfälle pro 100.000) und 2007 (19,5 Todesfälle pro 100.000) fast verdoppelt.

Abbildung 3.16: Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen der Lunge nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

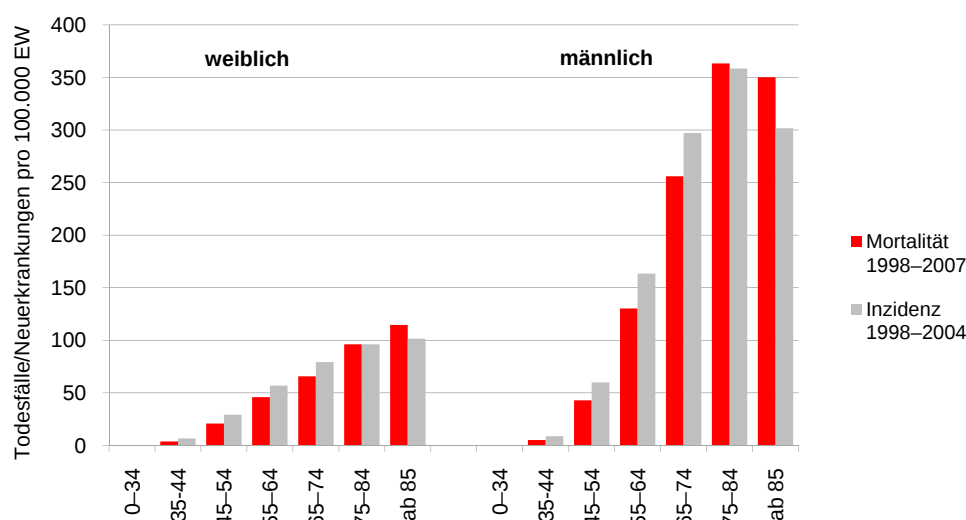
Lunge: Luftröhre, Bronchien und Lunge (ICD-10: C33–C34)

Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 1998–2004; Todesursachenstatistik 1998–2007, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Etwa ab dem 40. Lebensjahr beginnt das Risiko einer Erkrankung an Lungenkrebs, es steigt bei den Frauen leicht und linear, bei den Männern jedoch stark, mit zunehmendem Alter. Das größ-

te Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken bzw. zu sterben, besteht bei Frauen über dem 85. Lebensjahr und bei Männern zwischen dem 75. und dem 85. Lebensjahr (vgl. Abbildung 3.17).

Abbildung 3.17: Inzidenz und Mortalität von Lungenkrebs nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 1998–2004/2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 1998–2004; Todesursachenstatistik 1998–2007, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Krebserkrankungen der weiblichen Genitalorgane

43 von 100.000 Vorarlbergerinnen erkrankten zwischen 1998 und 2004 an Krebs an einem Genitalorgan. Das ist weniger als im österreichischen Durchschnitt von 48 Frauen pro 100.000. 16 Frauen (pro 100.000) in Vorarlberg und 17 (pro 100.000) bundesweit starben an einer solchen Krebserkrankung. Der Unterschied zum Bundesdurchschnitt ist somit bei der Inzidenzrate höher als bei der Mortalitätsrate.

Die häufigsten Lokalisationen von Krebsneuerkrankungen der weiblichen Genitalorgane bei Vorarlbergerinnen betreffen die Gebärmutter mit 44 Prozent (Österreich: 39 %), die Eierstöcke mit 29 Prozent (Österreich: 32 %) und den Gebärmutterhals mit 18 Prozent (Österreich: 20 %). Da Eierstockkrebs oft erst in einem sehr fortgeschrittenen Stadium entdeckt wird, führt er häufiger zum Tod als die anderen Lokalisationen. Dementsprechend anders sind die Anteile bei der Mortalität: Eierstockkrebs 49 Prozent (Öster-

reich: 48 %), Gebärmutterkrebs² 30 Prozent (Österreich: 29 %) und Gebärmutterhalskrebs 14 Prozent (Österreich: 15 %).

Krebserkrankungen der **Gebärmutter** (Korpuskarzinom) entstehen im oberen Teil der Gebärmutter. Als Risikofaktoren gelten vor allem hormonelle Einflüsse, aber auch alle anderen Einflussfaktoren von beispielsweise Brustkrebs. In relativ frühem Stadium führt das Korpuskarzinom zu Blutungen, wodurch frühzeitig eine Behandlung möglich ist, die gute Heilungschancen verspricht. Wichtig ist deshalb, abnorme Blutungen sofort abklären zu lassen (Stadt Wien 2006). Das Korpuskarzinom betrifft im Unterschied zum Zervixkarzinom eher ältere Frauen, erste Erkrankungen treten ab dem 45. Lebensjahr auf, aber die Inzidenzrate steigt stark ab 55 Jahren und ist

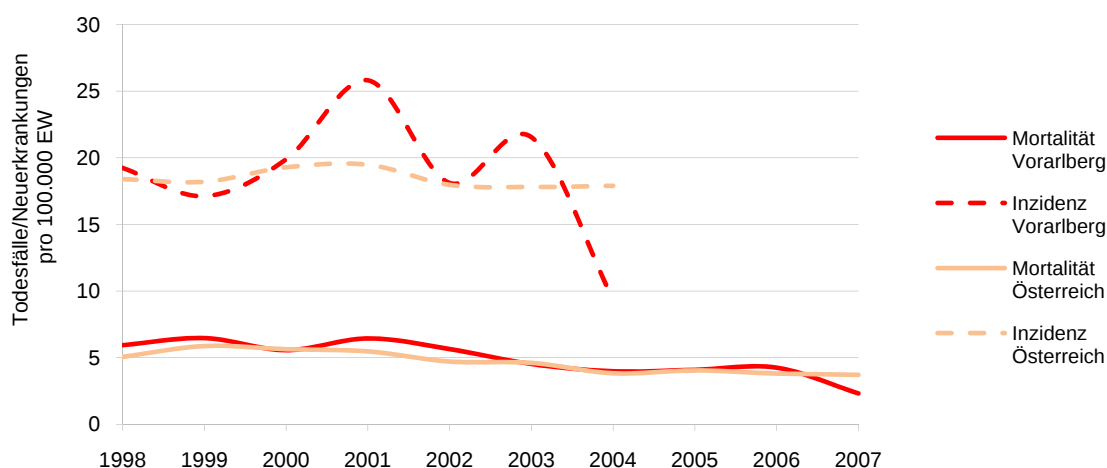
² Als Todesursache wird österreichweit viel häufiger „BN des Uterus – Teil nicht näher bezeichnet“ (ICD-10 C55) angegeben als in Vorarlberg. Um den Vergleich mit Österreich herzustellen, werden deshalb Gebärmutterkrebs (ICD-10 C54) und ICD-10 C55 gemeinsam betrachtet.

in der Altersgruppe der über 75-Jährigen am höchsten.

Jährlich erkranken im Durchschnitt etwa 40 Vorarlbergerinnen an Gebärmutterkrebs, etwa elf pro Jahr sterben daran. Die Inzidenzrate lag zwischen 1998 und 2004 bei 18, die Mortalitäts-

rate bei 5. Vorarlberg liegt damit etwa im österreichischen Durchschnitt. Langfristig (seit Beginn der 1980er Jahre) ist ein steter Rückgang von Inzidenz und Mortalität österreichweit zu beobachten, seit 1998 stagniert die Inzidenz allerdings weitgehend, während die Mortalität etwas gesunken ist.

Abbildung 3.18: Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen der Gebärmutter in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Gebärmutter: Bösartige Neubildung des Corpus uteri sowie Corpus uteris – Teil nicht näher bezeichnet (ICD-10: C54–C55)

Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 1998–2004; Todesursachenstatistik 1998–2007, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Krebs des **Gebärmutterhalses** (Zervixkarzinom) entsteht am unteren Ende der Gebärmutter. Das Sexualverhalten (ungeschützter Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern) stellt einen wesentlichen Risikofaktor dar, ebenso besteht ein Zusammenhang zur Sexualhygiene, zu anderen Geschlechtskrankheiten und zum Rauchen. Es wurde ein Zusammenhang zwischen den sexuell übertragbaren Menschenpapillom-Viren (HPV) und dem Zervixkarzinom festgestellt, wenngleich HPV-Infektionen in 80 bis 90 Prozent der Fälle symptomlos verlaufen und spontan ausheilen. Mit dem PAP-Abstrich (Krebsabstrich nach Papanicolaou) im Rahmen der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung kann eine Vorstufe des Zervixkarzinoms entdeckt und behandelt werden. Bei einer frühen Erkennung ist dieser Krebs sehr gut heilbar, weshalb regelmäßige Untersuchungen von ho-

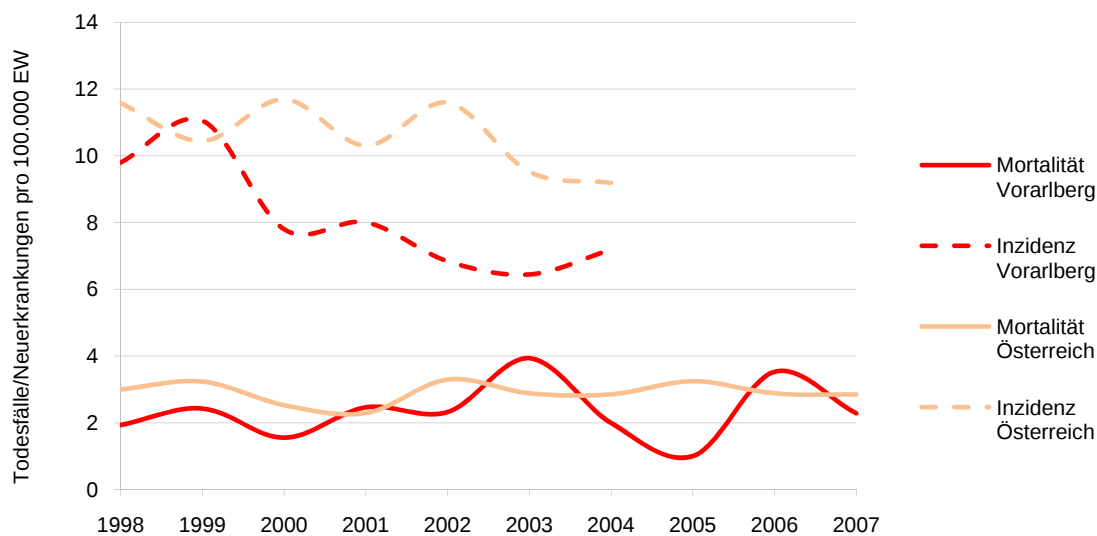
her Wichtigkeit sind. Als Primärprävention ist die HPV-Impfung in Diskussion. Kritiker einer allgemeinen Durchimpfung führen allerdings ins Treffen, dass zwei deutlich billigere Methoden – verbesserte Sexualhygiene und Verwendung von Kondomen sowie qualitätsgesicherte PAP-Tests – eine gute Zervixkarzinomvorsorge darstellen, und Geldmittel vor allem in Aufklärung (von sozial benachteiligten Gruppen) investiert werden sollten.

Acht von 100.000 Vorarlbergerinnen erkranken im Jahresdurchschnitt an Gebärmutterhalskrebs, durchschnittlich 2,3 sterben daran. Vorarlberg liegt damit leicht unter dem österreichischen Durchschnitt. Der Gebärmutterhals ist die achthäufigste Lokalisation bei Krebsneuerkrankungen von Frauen, aber die zweithäufigste bei jungen Frauen (bis 44 Jahre).

Die Anzahl der neu erkrankten Frauen in Österreich ist seit den 1980er Jahren bis 1996 rückläufig und ab dann gleichbleibend bis leicht sinkend. In Vorarlberg zeigen sich aufgrund der geringen Fallzahlen größere Schwankungen, aber tendenziell kann von einer ähnlichen Ent-

wicklung wie in Österreich insgesamt gesprochen werden. Auch bei der Sterblichkeit ist seit Anfang der 1980er Jahre ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten, wobei in den letzten Jahren die Zahlen eher stagnieren.

Abbildung 3.19: Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

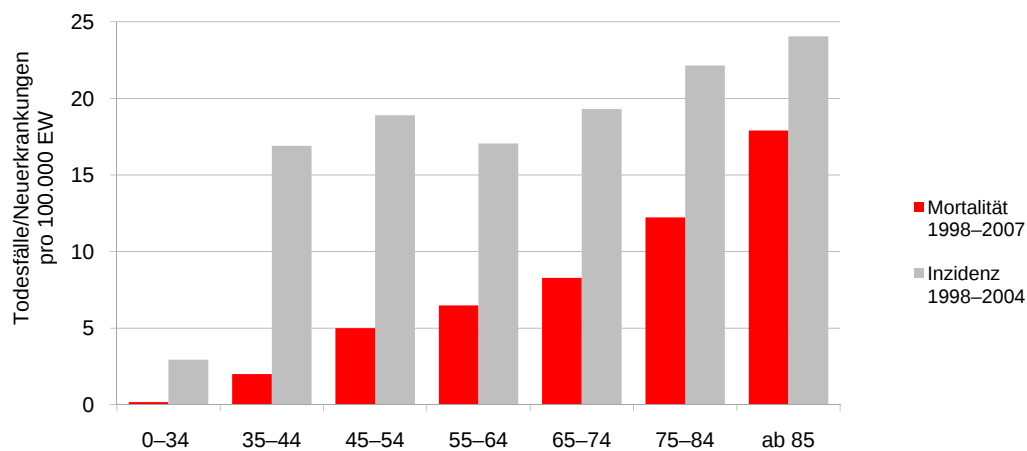
Gebärmutterhals: ICD-10: C53

Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 1998–2004; Todesursachenstatistik 1998–2007, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Das Risiko einer Krebserkrankung am Gebärmutterhals beginnt in relativ frühem Alter (um das 40. Lebensjahr) eher sprunghaft und steigt

mit zunehmendem Alter weiter leicht an. Die Sterblichkeit steigt mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich.

Abbildung 3.20: Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses nach Altersgruppen in Österreich 1997–2004/2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 1998–2004; Todesursachenstatistik 1998–2007, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2006; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

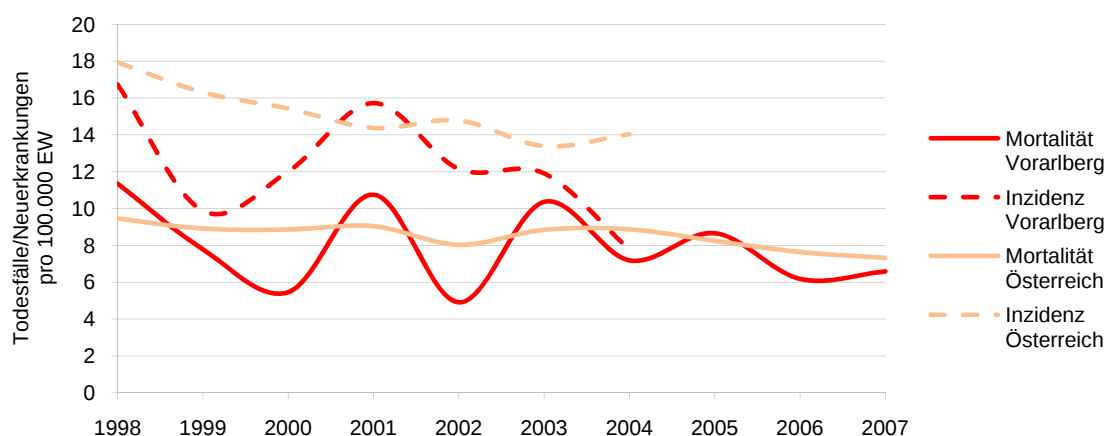
Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom) wird meist sehr spät entdeckt, weil zunächst relativ viel Platz für die Ausbreitung im Bauchraum vorhanden ist und deshalb im Anfangsstadium keine Symptome auftreten. Erst im Spätstadium kann der Bauchumfang wachsen, ohne dass das Gewicht zunimmt, und es treten unbestimmte Verdauungsbeschwerden auf, die mit einer allgemeinen Müdigkeit und Erschöpfung verbunden sind. Die Risikofaktoren sind nicht endgültig geklärt. Jedenfalls spielt die genetische Disposition eine Rolle, aber auch schlechte Ernährung, Infertilität und Kinderlosigkeit erhöhen das Erkrankungsrisiko. Schwangerschaften und die Einnahme der Pille senken dagegen das Risiko.

25 Vorarlbergerinnen erkrankten seit 1998 jährlich an Eierstockkrebs, 18 pro Jahr starben daran. Die Inzidenzrate (12,2 pro 100.000) lag damit unter dem Bundesdurchschnitt (15,2 pro 100.000), die Mortalitätsrate lag nur minimal unter dem österreichischen Durchschnitt (Vorarl-

berg: 7,9; Österreich: 8,5). Österreichweit war die Inzidenzrate von Eierstockkrebs von Anfang der 1980er Jahre bis etwa 1998 weitgehend konstant, und seither ist im Wesentlichen ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten. Im Jahr 2003 wurde der bisherige Tiefststand von 13,2 Neuerkrankungen pro 100.000 Frauen verzeichnet, im Jahr 2004 gab es wieder einen leichten Anstieg. Die Mortalitätsrate war von Anfang der 1980er Jahre bis 1993 relativ konstant bei rund zwölf Todesfällen je 100.000 Frauen pro Jahr und ist seither rückläufig. Im Jahr 2007 starben in Österreich 7,3 pro 100.000 Frauen an Eierstockkrebs.

Das Risiko der Erkrankung an Eierstockkrebs steigt relativ konstant mit zunehmendem Alter. In der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen erkranken in Österreich 9,3 Frauen daran, zwischen 45 und 54 Jahren steigt die Inzidenzrate auf 23,2, in der Altersgruppe der über 85-Jährigen sind bereits 72 von 100.000 davon betroffen.

Abbildung 3.21: Inzidenz und Mortalität von Bösartigen Neubildungen der Eierstöcke in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2004/2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Eierstöcke: ICD-10: C56

Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 1998–2004; Todesursachenstatistik 1998–2007, Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

3.3.3 Erkrankungen der Atmungsorgane

Zwei weitere Erkrankungen der Atmungsorgane neben Lungenkrebs sind als Todesursache relevant: Seit 1998 starben im Durchschnitt pro Jahr 24 Vorarlbergerinnen und 13 Vorarlberger an **Pneumonie**, wobei dies insbesondere Menschen in sehr hohem Alter betrifft. Außerdem starben im Beobachtungszeitraum durchschnittlich 26 Frauen und 51 Männer in Vorarlberg an der **chronisch-obstruktiven Lungenkrankheit** (COPD, ICD-10: J40-J44).

Die Mortalitätsrate von Vorarlbergerinnen bezüglich **Pneumonie** (6 pro 100.000) ist geringer als diejenige von Vorarlbergern und geringer als im Durchschnitt der österreichischen Frauen (je 8 pro 100.000). Auch hinsichtlich der COPD-Mortalität stellt sich die Situation für Vorarlbergerinnen (8 pro 100.000) günstiger dar als für Vorarlberger Männer (30 pro 100.000) und für österreichischen Frauen insgesamt (11 pro 100.000).

Die **COPD** umfasst eine Gruppe von Erkrankungen, die eine ähnliche Symptomatik zeigen, nämlich die chronisch obstruktive Bronchitis, das Lungenemphysem und die chronische Bronchitis mit asthmatischer Komponente. Symptome der

COPD sind eine gestörte Atemfunktion (Atemwegsverengung, eingeschränkter Gasaustausch, Atemnot), chronischer Husten und gesteigerte Schleimproduktion. Die Risikofaktoren sind vielfältig (z. B. genetische Prädisposition, bronchiale Hyperaktivität, Umwelteinflüsse), doch der Tabakkonsum gilt als Hauptursache. Valide Prävalenzangaben liegen für Österreich nicht vor. Internationale Schätzungen der COPD-Prävalenz bewegen sich zwischen 4 und 10 Prozent der erwachsenen Bevölkerung und schwanken stark in Abhängigkeit von den zur Diagnosestellung genutzten Methoden (IQWiG 2007). Die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 bestätigen diese Größenordnung. 11,2 Prozent der Frauen und 9,6 Prozent der Männer gaben an, dass sie in ihrem Leben schon eine chronische Bronchitis, ein Emphysem oder Lungenasthma hatten (vgl. Tabelle 3.8). Gemäß dieser Selbsteinschätzung sind Frauen von chronischen Lungenerkrankungen häufiger betroffen als Männer, Männer sterben allerdings häufiger an COPD und werden auch öfter aufgrund dieser Diagnose stationär behandelt (siehe unten).

Tabelle 3.8: Lebenszeitprävalenz chronischer Lungenerkrankungen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007

Region	Weiblich		Männlich	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Vorarlberg	13.878	9,1	12.852	8,8
Österreich	405.578	11,2	322.612	9,6

Chronische Lungenerkrankungen sind chronische Bronchitis, Emphysem und Asthma

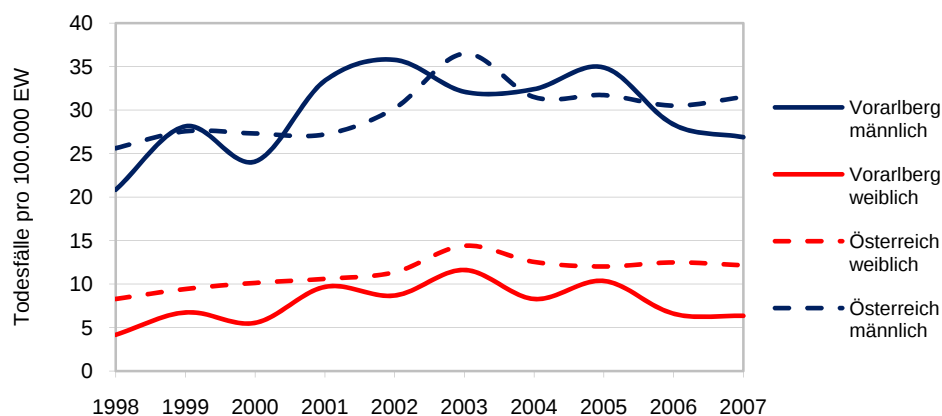
Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

In Vorarlberg sterben jährlich 20 bis 30 Frauen (6 bis 10 pro 100.000 Frauen) und rund 50 Männer (25 bis 35 pro 100.000 Männer) an einer COPD. Die Situation stellt sich damit in Vorarlberg günstiger dar als in Österreich insgesamt. Im gesamt-

ten Beobachtungszeitraum von 1998 bis 2007 zeigt sich eine steigende Tendenz bei der COPD-Mortalität, wenngleich die Zahlen für Vorarlberg seit 2005 zurückgegangen sind (vgl. Abbildung 3.22).

Abbildung 3.22: Mortalität aufgrund von COPD nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



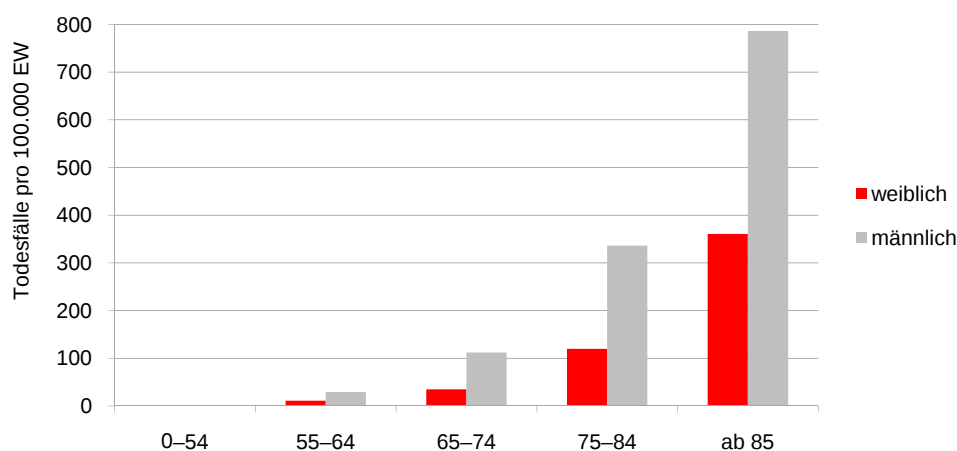
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2006, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Das Risiko, an einer COPD zu sterben, beginnt mit 45 Jahren und steigt mit zunehmendem Alter stark an. In der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen sterben in Österreich drei Frauen (pro 100.000) und sechs Männer (pro 100.000) an COPD, in der Altersgruppe der 55- bis 64-

Jährigen sind es bereits 11 Frauen und 29 Männer. Bei den über 85-Jährigen starben im Beobachtungszeitraum 361 Frauen und 786 Männer an COPD (vgl. Abbildung 3.23). Der geschlechtsspezifische Unterschied ist um das 60. Lebensalter am größten.

Abbildung 3.23: Mortalität aufgrund von COPD nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 1998–2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Im Jahr 2007 wurden rund 150 Vorarlbergerinnen und 215 Vorarlberger (pro 100.000) aufgrund einer COPD stationär behandelt. Die Krankenhaushäufigkeit lag damit unter dem österreichischen Durchschnitt (170 Frauen und 270 Männer pro 100.000). Seit 1998 ist die Krankenhaushäufigkeit (aufgrund der Hauptdiagnose COPD) bei Männern kontinuierlich zurückgegangen, während sie bei Frauen öster-

reichweit etwa gleich geblieben ist und in Vorarlberg deutlich weniger als bei Männern rückläufig war. Als Nebendiagnose wird COPD ebenso oft bis doppelt so oft diagnostiziert, mit eher steigender Tendenz. Im Jahr 2007 wurde im Krankenhaus bei 813 Vorarlbergerinnen (343 pro 100.000) und 1.305 Vorarlbergern (704 pro 100.000) COPD in Haupt- oder Nebendiagnose festgestellt.

3.3.4 Erkrankungen des Bewegungsapparates

Krankheiten des Bewegungsapparates führen selten zum Tod, sind aber häufig mit chronischen Schmerzen und Einschränkungen verbunden und beeinträchtigen das subjektive Wohlbefinden beträchtlich. Erkrankungen des Bewegungsapparates sind weit verbreitet, im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 gab knapp ein Drittel der Vorarlbergerinnen und Vorarlberger an, schon einmal Wirbelsäulenbe-

schwerden gehabt zu haben, und 17 Prozent der Vorarlbergerinnen und 10 Prozent der Vorarlberger hatten oder haben Arthrose, Arthritis oder Gelenksrheumatismus. Österreichweit sind die entsprechenden Werte noch höher (Zusammenhang mit der Altersstruktur). Frauen leiden also häufiger an Arthrose und Gelenksrheumatismus und auch an Wirbelsäulenbeschwerden als Männer.

Tabelle 3.9: Lebenszeitprävalenz von Erkrankungen des Bewegungsapparates nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007

Art der Beschwerde	Hatten Sie jemals ...							
	Vorarlberg				Österreich			
	Weiblich		Männlich		Weiblich		Männlich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Wirbelsäulenbeschwerden	45.068	29,6	47.910	32,8	1.421.094	39,2	1.215.241	36,1
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	25.839	16,9	14.645	10,0	731.575	20,2	440.420	13,1

Erkrankungen des Bewegungsapparates: Beschwerden im Kreuz-, Nacken- oder Brustwirbelbereich, Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus

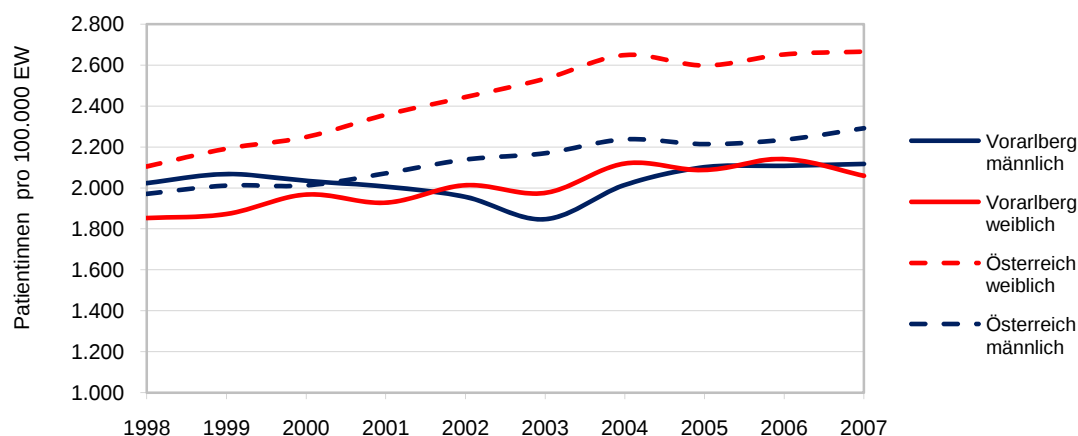
Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Im Jahr 2007 wurden rund 4.260 Vorarlbergerinnen und 3.970 Vorarlberger aufgrund einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems stationär behandelt. Die Krankenhaushäufigkeit lag mit rund 2.060 bei Frauen und 2.120 bei Männern (jeweils pro 100.000) deutlich unter

dem jeweiligen Bundesdurchschnitt. Auffällig ist, dass auf Bundesebene die Krankenhaushäufigkeit bei Frauen höher ist als bei Männern; in Vorarlberg sind jedoch die geschlechtsspezifischen Unterschiede geringfügig und schwanken stärker als bundesweit (vgl. Abbildung 3.24).

Abbildung 3.24: Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2006, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Rund 40 Prozent der Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems sind auf Arthropathien (ICD-10: M00–M25) und innerhalb dieser Gruppe wiederum vor

allem auf Arthrosen zurückzuführen. Ein weiteres Drittel dieser Krankenhausaufenthalte wird durch Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens (ICD-10: M40–M54) verursacht.

3.3.5 Psychische Erkrankungen

Psychische Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeit ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“. Laut Robert-Koch-Institut erkrankt die Hälfte der EU-Bevölkerung im Verlauf des Lebens mindestens einmal an einer psychischen Störung (Frauengesundheitsportal). Die psychische Gesundheit von Menschen wird durch biologische, individuelle (persönliche Erfahrungen) und soziale Faktoren bestimmt, und auch wirtschaftliche und gesellschaftliche Aspekte spielen eine Rolle.

Studien aus anderen Ländern zeigen, dass kein wesentlicher geschlechtsspezifischer Unterschied bei der Gesamtprävalenz für psychische und Verhaltensstörungen besteht (Stadt Wien 2006). Die Krankenhaushäufigkeit in Österreich bestätigt diese Aussage: In Österreich wurden im Beobachtungszeitraum (bei leicht steigender Tendenz) 680 Frauen und 700 Männer (jeweils pro 100.000 und Jahr) aufgrund der Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ stationär behandelt, die Werte für Vorarlberg liegen unter dem Durchschnitt (Frauen 640 und Männer 680).

Bei Einzeldiagnosen zeigen sich allerdings erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen haben zum Beispiel ein erhöhtes Risiko für Angst und Depression und leiden häufiger unter komorbiden psychischen Störungen als Männer. Sie werden etwa doppelt so oft aufgrund affektiver Störungen (82 % davon betreffen eine Depression) stationär behandelt wie Männer, wobei der geschlechtsspezifische Unterschied in Vorarlberg noch höher ist als in Österreich insgesamt. Die Krankenhaushäufigkeit aufgrund einer affektiven Störung ist in Vorarlberg mit 195 bei Frauen und 91 bei Männern deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt (Frauen 244 und Männer 133). Männer hingegen

sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln; die diesbezügliche Krankenhaushäufigkeit ist bei Männern fast dreimal so hoch wie bei Frauen, und auch die Suizidrate ist bei Männern höher als bei Frauen.

Affektive Störungen bzw. Depression sind oft eine Folge von Gewalterfahrungen. Andere Ursachen sind Armut und Arbeitslosigkeit, von denen Frauen häufiger betroffen sind (vgl. Abschnitt 2.2). Auch Mehrfachbelastung (vgl. Abschnitt 2.4) führt leicht zu Überforderung und Stress.

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 gibt es mehrere Fragen, die im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit zu sehen sind. Rund 40.000 Vorarlbergerinnen, also etwa ein Viertel aller Frauen in Vorarlberg, gaben bei der Befragung an, innerhalb der letzten zwei Wochen unter Schlafstörungen gelitten zu haben. Mehr als 11.000 Vorarlbergerinnen (7,6 %) litten zumindest einmal in ihrem Leben an einer Depression oder hatten chronische Angstzustände. Rund 7.000 (4,5 %) fühlten sich während des letzten Monats immer oder meistens erschöpft oder müde. Bezüglich dieser Parameter liegen die Werte der Vorarlberger Männer um bis zu zwei Prozentpunkte unter denen der Vorarlbergerinnen, der deutliche geschlechtsspezifische Unterschied aus der Krankenhaushäufigkeit (aufgrund affektiver Störungen bzw. Depression) zeigt sich also hier nicht. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt stellt sich die Situation der Vorarlbergerinnen eher günstig dar.

Auch das aks-Projekt „Frauen PLUS“ zeigte, dass Frauen wesentlich häufiger depressiv sind als Männer. Da das Depressionsrisiko im Rahmen einer Gesundenuntersuchung kaum erfasst werden kann, wird die Verwendung eines Fragebogens zur Detektion mentaler Probleme empfohlen.

Tabelle 3.10: Chronische Angstzustände oder Depression nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007

Region	Chronische Angstzustände oder Depression			
	Weiblich		Männlich	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Vorarlberg	11.637	7,6	8.190	5,6
Österreich	396.733	10,9	225.756	6,7

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Tabelle 3.11: Schlafstörungen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007

Region	Schlafstörungen innerhalb der letzten zwei Wochen							
	Weiblich				Männlich			
	stark		gering		stark		gering	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Vorarlberg	21.145	13,9	19.343	12,7	16.759	11,5	17.707	12,1
Österreich	478.170	13,2	634.870	17,5	271.583	8,1	429.669	12,8

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Tabelle 3.12: Psychische Gesundheit nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007

Stimmungslage	Stimmungslage während des letzten Monats immer oder meistens ...							
	Vorarlberg				Österreich			
	Weiblich		Männlich		Weiblich		Männlich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Sehr nervös	5.733	3,8	3.391	2,3	159.398	4,4	122.102	3,6
Bedrückt und traurig	4.066	2,7	1.716	1,2	109.239	3,0	79.589	2,4
Niedergeschlagen	2.858	1,9	–	–	81.319	2,2	159.398	4,4
Erschöpft	6.990	4,6	4.329	3,0	222.361	6,1	159.981	4,8
Müde	6.879	4,5	5.921	4,1	266.594	7,4	1944.29	5,8

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Im Folgenden wird auf die psychische Erkrankung der Essstörungen näher eingegangen, weil diese eine frauenspezifische Besonderheit dar-

stellen. Außerdem wird Suizid als äußerste Folge von psychischen Problemen thematisiert.

Essstörungen

In der erwachsenen Bevölkerung waren laut Mikrozensus 1999 Frauen und Männer in Österreich gleichermaßen von **Adipositas** betroffen, laut Gesundheitsbefragung 2006/2007 sind mittlerweile 12,7 Prozent der Frauen und

12,0 Prozent der Männer adipös. Das entspricht einer Zunahme um 4,1 Prozentpunkte bei Frauen und um 3,4 Prozentpunkte bei Männern (vgl. Tabelle 3.13.). In Abschnitt 4.1 wird dieses Thema detailliert dargestellt.

Tabelle 3.13: Adipositas und Untergewicht nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 1999 und 2006/2007

BMI 1999 und 2006/07	Vorarlberg				Österreich			
	Weiblich		Männlich		Weiblich		Männlich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
BMI 30 und höher (1999)	10.715	7,7	9.055	6,8	293.742	8,6	271.603	8,6
BMI 30 und höher (2006/07)	23.726	15,6	14.920	10,2	460.132	12,7	403.740	12,0
BMI weniger als 18,5 (1999)	7.307	5,2	4.907	3,7	145.899	4,3	93.386	3,0
BMI weniger als 18,5 (2006/07)	7.389	4,8	3.633	2,5	142.769	3,9	44.731	1,3

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Body-Mass-Index (BMI) = kg/m²

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

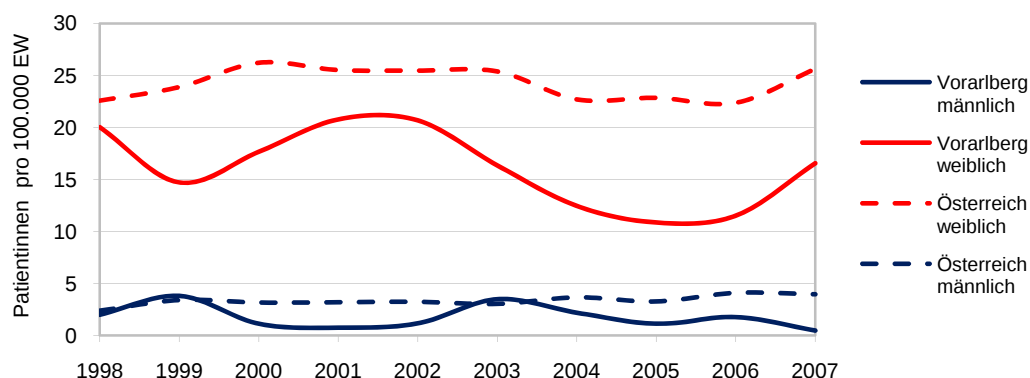
Unter der ICD-10-Diagnose F50 „Essstörungen“ sind im Wesentlichen die **Magersucht** (Anorexia nervosa) und die **Ess-Brechsucht** (Bulimia nervosa) subsumiert. Je 37 Prozent aller Krankenhausaufenthalte, bei denen Essstörungen in Haupt- oder Nebendiagnose diagnostiziert werden, betreffen die Magersucht und die Ess-Brechsucht.

Mehr als 90 Prozent der Betroffenen sind Frauen. Prävalenzschätzungen gehen davon aus, dass 0,2 bis 2 Prozent der Frauen von Magersucht betroffen sind und 1 bis 2 Prozent der Frauen irgendwann in ihrem Leben Anzeichen einer Ess-Brechsucht haben (BAG 2006). Auf-

grund der wachsenden öffentlichen Aufmerksamkeit könnte vermutet werden, dass Essstörungen häufiger werden; statistisch belegen lässt sich eine solche Tendenz für Österreich nicht.

Seit 1998 wurden jährlich durchschnittlich 28 Vorarlbergerinnen und drei Vorarlberger aufgrund der Hauptdiagnose „Essstörungen“ stationär aufgenommen. Bei etwa ebenso vielen Frauen und bei weiteren zehn Männern pro Jahr wurde eine Essstörung als Nebendiagnose festgestellt. Vorarlberg liegt damit bei Frauen deutlich und bei Männern leicht unter dem österreichischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 3.25).

Abbildung 3.25: Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Essstörungen nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



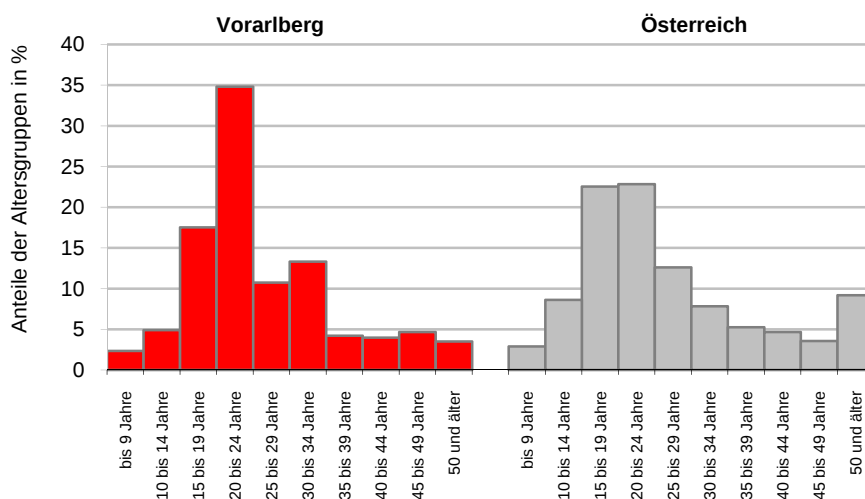
Essstörungen: ICD-10: F50

Quellen: ST.AT – Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen;
BMGFJ – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1998–2007

Krankhafte Essstörungen, die entweder zu einem stationären Aufenthalt geführt haben oder im Zuge eines solchen diagnostiziert wurden, sind ein Problem vorwiegend von jungen Frauen.

Mehr als die Hälfte der Vorarlbergerinnen mit dieser Diagnose sind zwischen 15 und 24 Jahre alt (vgl. Abbildung 3.26).

Abbildung 3.26: Krankenhausaufenthalte von Mädchen und Frauen mit der Haupt- oder Nebendiagnose Essstörungen nach Altersgruppen in Vorarlberg und Österreich 2003–2006



Quelle: BMGFJ – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2003–2006; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Suizid

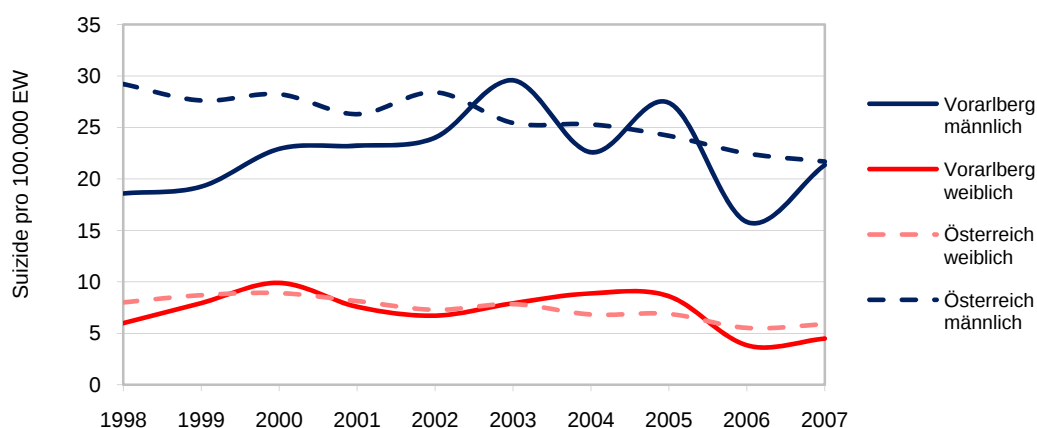
Die weitreichendste Konsequenz psychischer Störungen stellt der Suizid dar. Die Ursachen für einen Suizid sind sehr komplex, doch es besteht Konsens darüber, dass eine psychische Erkrankung ein bedeutender Risikofaktor ist. Psychische Störungen treten zumeist im jungen und mittleren Erwachsenenalter auf, werden aufgrund von fehlender oder inadäquater Diagnose und Behandlung chronisch und münden manchmal in einem Suizid (BAG 2006).

Zwischen 1998 und 2007 wurde österreichweit bei rund zwei Prozent aller Todesfälle Suizid als Todesursache angegeben. Pro Jahr verübten im Beobachtungszeitraum 14 Vorarlbergerinnen und 40 Vorarlberger Suizid. Die Suizidrate bei Vorarlbergerinnen lag im Beobachtungszeitraum etwa im Durchschnitt der österreichischen Frauen (vgl. Abbildung 3.27), diejenige der Vorarlberger Männer lag darunter. Wie in Österreich insgesamt und international ist auch in Vorarlberg die Suizidrate bei Männern deutlich höher als bei

Frauen. Die Suizidrate bei Vorarlberger Frauen betrug zwischen 1998 und 2007 7,2 (pro 100.000) und bei Vorarlberger Männern mit 22,5 (pro 100.000) das Dreifache. Bei beiden Geschlechtern gibt es vermutlich eine Dunkelziffer bei Suiziden.

Die Zahlen aus der Todesursachenstatistik zu Suizid sind vermutlich unterschätzt, weil nicht alle Suizide als solche erkannt werden. Vermutlich werden nicht alle „weiche“ Methoden, wie Frauen sie bevorzugen (z. B. Vergiften, Überdosierung von Medikamenten), als Suizid klassifiziert. Unter den „harten“, eher männlichen Methoden (z. B. Erhängen) dürften durch Autounfälle verübte Suizide häufig nicht als solche dokumentiert werden. Eine weitere Vermutung besteht dahingehend, dass aus religiösen Gründen ein eindeutiger Suizid nicht als solcher im Totenschein aufscheint (vgl. dazu auch Stadt Wien 2006, S. 183).

Abbildung 3.27: Suizidrate nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



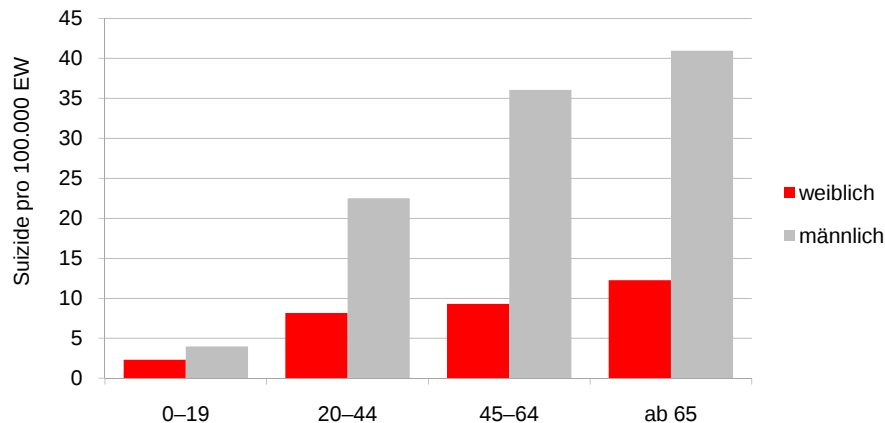
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Die Suizidrate steigt mit zunehmendem Alter (vgl. Abbildung 3.28), doch bei Jugendlichen und im jungen Erwachsenenalter ist der Suizidanteil (im Vergleich zu den Todesfällen insgesamt) am größten. In Vorarlberg sind rund ein Fünftel der

Todesfälle bei Mädchen und 16 Prozent bei Burschen Selbsttötung. Auch in der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen ist ein Fünftel der Todesfälle auf Suizid zurückzuführen (Frauen 18 %, Männer 22 %).

Abbildung 3.28: Suizidrate nach Altersgruppen und Geschlecht in Vorarlberg 1998–2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Bei Vorarlbergerinnen betrafen im Beobachtungszeitraum 7 Prozent aller Suizide Jugendliche (bis 19 Jahre), 40 Prozent 20- bis 44-Jährige, 28 Prozent 45- bis 64-Jährige und ein Viertel über 64-Jährige. Bei den Männern ist das Problem stärker auf die mittleren Altersgruppen konzentriert, und die Anteile von Suizid bei Jugendli-

chen und bei über 64-Jährigen sind geringer als bei den Frauen. Der Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (aks) publiziert jährlich einen Vorarlberger Suizidbericht, in dem aktuelle Zahlen aufbereitet und Präventionsmaßnahmen dargestellt sowie Ziele betreffend die Vermeidung von Suiziden formuliert werden.

3.3.6 HIV/Aids

Bei einer Ansteckung mit HI-Viren (HIV steht für „Human Immunodeficiency Virus“, menschliches Immunschwäche-Virus) bricht nach einer Weile das Immunsystem zusammen, was zum Krankheitsbild Aids führt. Wie viel Zeit zwischen der HIV-Infektion und dem Ausbruch von Aids vergeht, kann sehr unterschiedlich sein. Mittlerweile gibt es Medikamente, die den Ausbruch der Krankheit deutlich verzögern können. Doch die Therapie hat Nebenwirkungen, und manche Medikamente verlieren ihre Wirksamkeit, weil der Körper Resistenzen bildet. Völlig aus dem Körper entfernen lässt sich das Virus nicht: HIV und Aids sind noch immer unheilbar. Obwohl seit einigen Jahren intensiv an einer Schutzimpfung für HIV gearbeitet wird, ist diese bisher nicht in Sicht.

In der Vergangenheit hat sich die HIV-/Aids-Forschung eher auf Männer konzentriert. Erst seit weltweit etwa gleich viele Frauen und Män-

ner HIV-infiziert sind (UNAids³ zählte Ende 2006 fast 33 Millionen HIV-infizierte Frauen, Männer und Kinder), nimmt auch die frauenspezifische HIV-/Aids-Forschung zu. Dennoch gibt es noch viele offene Fragen an die geschlechtsspezifische Aids-Forschung. So weiß man noch nicht, ob die für Männer ermittelten Dosierungen auch für Frauen passen oder welchen Einfluss die Medikamente auf den weiblichen Hormonhaushalt haben (Frauengesundheitsportal).

Seit 1983 erfasst das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Aids-Statistik die Zahl der gemeldeten Aids-Erkrankungen und -Sterbefälle. Bis einschließlich des Jahres 2008 wurden in Österreich rund 2.700 Neuerkrankungen gemeldet, etwas mehr als die Hälfte davon (rund 1.500 Menschen) ist seither an Aids ver-

³ Aids-Programm der Vereinten Nationen

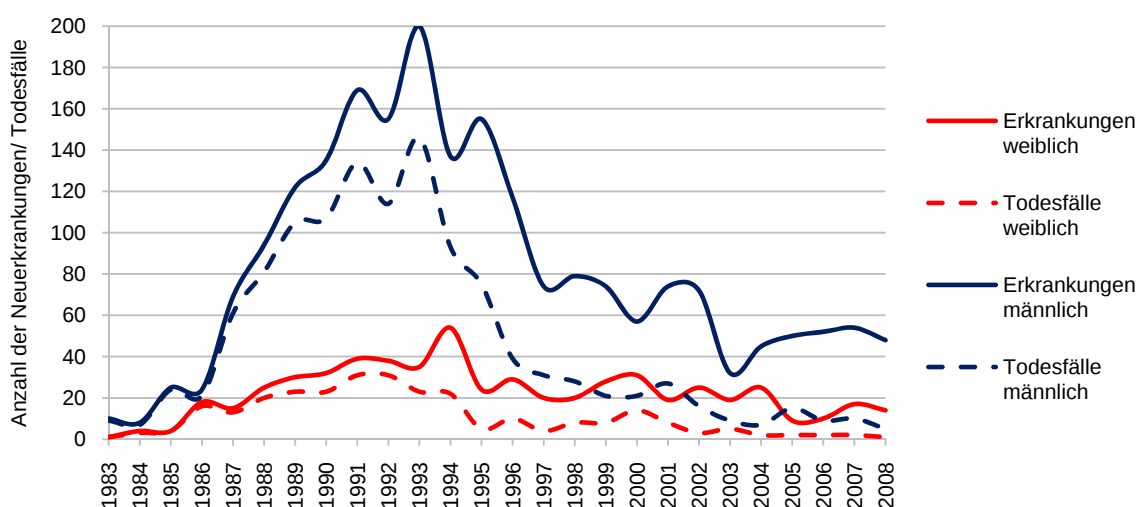
storben. Der Höhepunkt an Neuerkrankungen zeichnete sich in Österreich in der ersten Hälfte der 1990er Jahre ab, seither sind die Zahlen bei Männern stark, bei Frauen nur ganz leicht rückläufig. Der Frauenanteil lag zu Beginn der Aids-Epidemie in den 1980er Jahren zwischen 10 und 15 Prozent, mittlerweile sind zwischen 25 und 30 Prozent der Neuerkrankten weiblich (vgl. Abbildung 3.29).

In den 1980er Jahren waren vor allem die Randgruppen der homosexuellen Männer und der Drogenabhängigen betroffen, mehr als 70 Prozent der Neuerkrankten waren einer dieser beiden Gruppen zuzurechnen. Mittlerweile ist Aids ein Thema für die allgemeine Bevölkerung. Im Durchschnitt der Jahre seit 1998 wurde Aids zu 36 Prozent durch heterosexuellen Kontakt und zu je 22 Prozent durch homosexuellen Kontakt und durch intravenösen Drogenkonsum übertra-

gen. Eine Ansteckung über Blutkonserven (13 Neuerkrankungen seit 1998 in Österreich) und die Übertragung von Mutter auf Kind (seit 1998 keine Fälle in Österreich dokumentiert) sind sehr selten.

Rund die Hälfte aller Aids-Kranken in Österreich lebt in Wien, was vermutlich auch damit zu tun hat, dass unter den beiden erwähnten Randgruppen der Homosexuellen und der Drogenabhängigen möglicherweise eine Tendenz der Abwanderung nach Wien besteht. Österreichische regionale Vergleiche von Inzidenz- und Mortalitätsraten sind deswegen und aufgrund der geringen Fallzahlen nur bedingt interpretierbar. In Vorarlberg werden seit 1998 pro Jahr durchschnittlich fünf Neuerkrankungen und zwei Todesfälle registriert; ein Drittel der Neuerkrankten war weiblich (österreichweit ein Viertel).

Abbildung 3.29: Aids-Neuerkrankungen und -Todesfälle nach Geschlecht in Österreich im Zeitverlauf 1983–2008



Die Todesfälle werden definiert als die Zahl der Erkrankten, die bis zum Datum der Erstellung der Statistik bereits an Aids verstorben sind, und zwar unabhängig vom Todesdatum.

Quellen: BMGFJ – Österreichische Aids-Statistik; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

3.4 Ausgewählte altersbedingte Erkrankungen

In den vergangenen Jahrzehnten haben in den Industriestaaten die Lebenserwartung und damit einhergehend auch die Zahl der altersbedingten Erkrankungen deutlich zugenommen. Im Alter tritt eine Vielzahl von Erkrankungen gehäuft auf, welche die Selbstständigkeit im Alltag beeinträchtigen können. Multimorbidität im Alter betrifft beide Geschlechter, kann jedoch als frauenspezifisches Problem betrachtet werden, weil Frauen im Durchschnitt länger leben als Männer. Außerdem leiden Frauen unter Multimorbidität mehr als Männer, weil sie in dem Alter, wo Multimorbidität eine Pflege erfordert, meist schon

alleinstehend sind und deshalb auf die Hilfe jüngerer Familienmitglieder oder auf professionelle Hilfe angewiesen sind. Männer hingegen werden bei Bedarf häufig von ihren noch jüngeren Frauen betreut.

Altersbedingte Erkrankungen sind vielfältig, jedoch stehen häufig Erkrankungen im Vordergrund, welche die allgemeine Mobilität und Sinnesleistung beeinträchtigen. Hierzu zählen insbesondere Osteoporose, Harninkontinenz und Demenz.

Osteoporose

Osteoporose ist die häufigste metabolische Knochenkrankung beim Menschen. Den Ergebnissen der „Consensus Development Conference on Osteoporosis“ in Hongkong im April 1993 zufolge wird Osteoporose definiert als systemische Erkrankung des Skelettsystems mit Verringerung der Knochenmasse und Veränderung der Mikroarchitektur des Knochengewebes, verbunden mit einer sich daraus ergebenden Abnahme der Knochenfestigkeit und mit gesteigertem Risiko für Frakturen bevorzugt im Bereich der Wirbelsäule und der Extremitätenknochen (CDC 1993). Osteoporotisch veränderte Knochen brechen bereits bei als normal geltenden Belastungen des Alltags.

Zu den Risikofaktoren von Osteoporose zählen der normale Alterungsprozess sowie äußere Faktoren, die diesen beschleunigen. Genetische und konstitutionelle Faktoren spielen ebenso eine Rolle wie hormonelle Faktoren (körpereigene und medikamentös verabreichte Hormone). Weiters kommt Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Bewegungsverhalten sowie Alkohol- und Zigarettenkonsum eine zentrale Rolle zu. Grundsätzlich haben **Frauen** ein **höheres Risiko**, an Osteoporose zu erkranken, als Männer. Derzeit ist eine von drei Frauen, aber nur einer von zwölf Männern von Osteoporose betroffen (Keen 2003). Laut Robert-Koch-Institut erleiden etwa 15 Prozent aller Frauen im Laufe ihres Lebens einen osteoporosebedingten Bruch (Frauenge-

sundheitsportal). Frauen haben ein höheres Osteoporose-Risiko, weil sie eine geringere Peak Bone Mass (maximale Knochenmasse) erreichen als Männer und eine etwas beschleunigte Knochenverlustrate (insbesondere während etwa zehn Jahren ab der Menopause) aufweisen (Rieder 2007). Osteoporose bzw. osteoporosebedingte Frakturen führen häufig zu Immobilität und Pflegebedürftigkeit sowie zu Schmerzen und verminderter Lebensqualität.

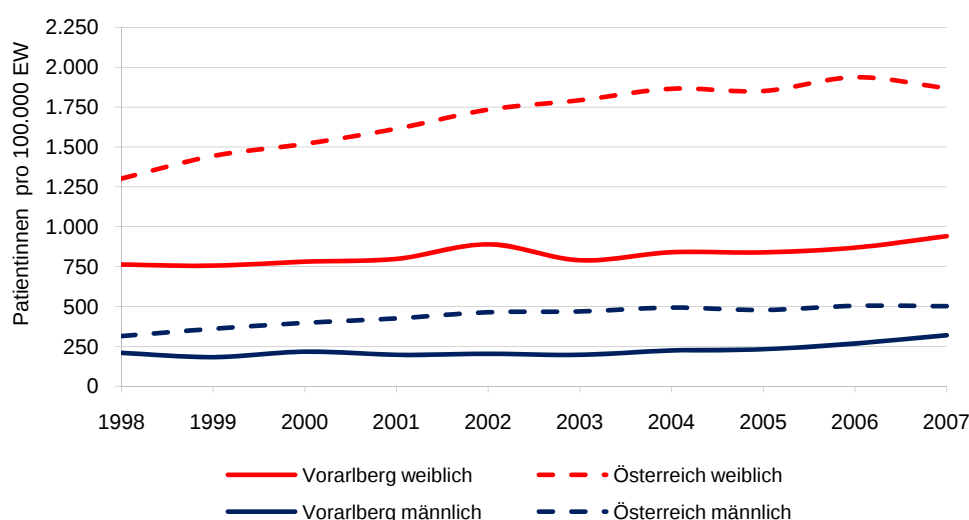
Die genaue Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Osteoporose in Österreich ist nicht bekannt. Nimmt man die Prävalenzzahlen für Deutschland und legt diese auf Österreich um, ergibt sich eine Zahl von etwa 740.000 der über 50-Jährigen, die von Osteoporose betroffen sind, davon etwa 617.000 Frauen (Rieder 2007).

In den österreichischen Krankenhäusern ist die Zahl der dokumentierten Patientinnen und Patienten mit Haupt- oder Nebendiagnose **Osteoporose** deutlich geringer als in der oben genannten Schätzung. Im Jahr 2007 wurde bei rund 780 über 50-jährigen Vorarlberger Frauen und bei 170 Vorarlberger Männern derselben Altersgruppe die Haupt- oder Nebendiagnose Osteoporose gestellt. Die Krankenhaushäufigkeit ist mit 941 (pro 100.000) bei den Vorarlbergerinnen fast dreimal so hoch wie bei Vorarlbergern (320 pro 100.000). Österreichweit war die Krankenhaushäufigkeit von über 50-jährigen Frauen im Jahr

2007 mit rund 1.870 (pro 100.000) fast doppelt so hoch wie in Vorarlberg, und auch bei österreichischen Männern lag die Rate mit rund 500 (pro 100.000) deutlich über der Rate in Vorarlberg. Osteoporose wird vor allem als Nebendiagnose dokumentiert (bei 10 bis 20 % der Patientinnen und Patienten mit Osteoporose wird die Krankheit als Hauptdiagnose gestellt), doch die enormen Unterschiede zwischen Vorarlberger Frauen

und dem Bundesdurchschnitt bestehen auch bei einem Vergleich der Hauptdiagnose Osteoporose allein. Im gesamten Beobachtungszeitraum von 1998 bis 2007 ist die Krankenhaushäufigkeit bei Patientinnen und Patienten mit Osteoporose leicht bzw. bei den österreichischen Frauen insgesamt sogar stark gestiegen (vgl. Abbildung 3.30).

Abbildung 3.30: Krankenhaushäufigkeit von Personen ab 50 Jahren mit der Haupt- oder Nebendiagnose Osteoporose nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



In Fonds- und Unfallkrankenhäusern sowie Sanatorien; Standardbevölkerung Europa

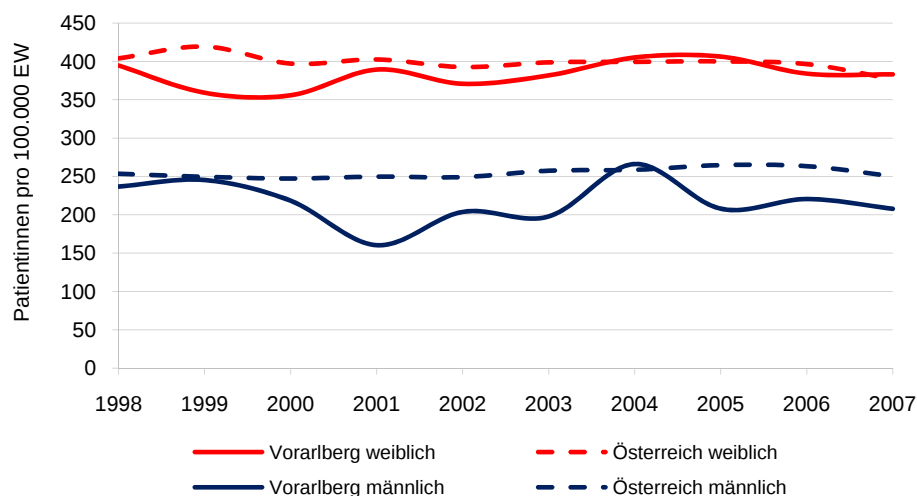
ICD-10: M80.x Osteoporose mit pathologischer Fraktur, M81.x Osteoporose ohne pathologische Fraktur, M82.x Osteoporose bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Quellen: BMGFJ – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1998–2007; ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Ein typischer Bruch, den sich osteoporosebetroffene Personen zuziehen, ist die **Oberschenkel-fraktur**. Im Jahr 2007 wurden rund 350 über 50-jährige Vorarlbergerinnen und rund 100 über 50-jährige Vorarlberger mit der Hauptdiagnose Oberschenkel-fraktur stationär behandelt. Die Krankenhaushäufigkeit ist mit 383 (pro 100.000) bei Vorarlbergerinnen deutlich höher als bei Vor-

arlbergern (208 pro 100.000). Mit dieser Rate liegt Vorarlberg bei Frauen etwa im österreichischen Durchschnitt (377 pro 100.000) und bei Männern unter dem Bundesdurchschnitt (Österreich: 250 pro 100.000). Die Krankenhaushäufigkeit war im Beobachtungszeitraum bundesweit relativ konstant, in Vorarlberg schwankten die Raten stärker (vgl. Abbildung 3.31).

Abbildung 3.31: Krankenhaushäufigkeit von Personen ab 50 Jahren mit der Hauptdiagnose Oberschenkelfraktur nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



In Fonds- und Unfallkrankenhäusern sowie Sanatorien; Standardbevölkerung Europa

ICD-10: S72.x Fraktur des Femurs

Quellen: BMGFJ – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1998–2007;
ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007;
ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

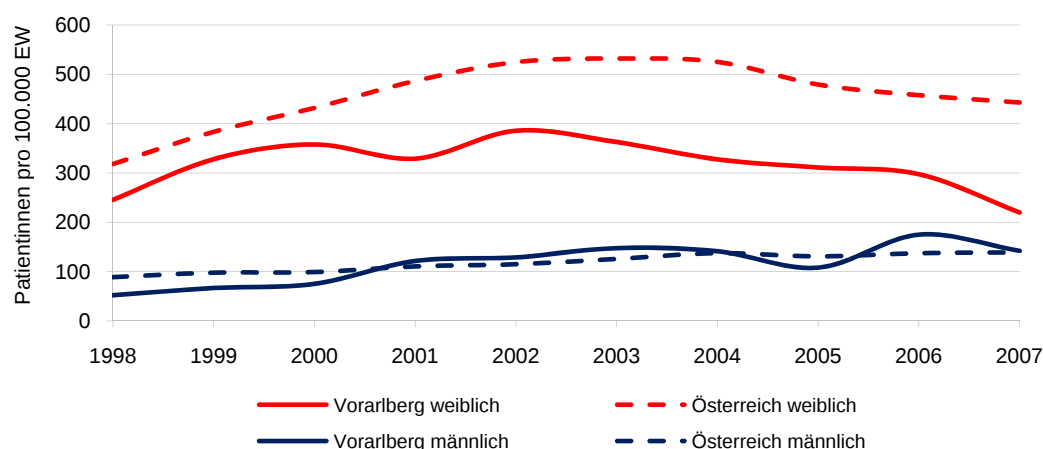
Harninkontinenz

Von Harninkontinenz wird allgemein gesprochen, wenn es Betroffenen nicht bzw. nicht immer möglich ist, Zeit und Ort der Harnausscheidung zu kontrollieren. Da Harninkontinenz durch unterschiedliche Störungen anatomischer und neurologischer Funktionen verursacht werden kann, werden verschiedene Inkontinenztypen bzw. -formen unterschieden. Besonders häufig sind Drang- und Stressinkontinenz sowie eine Mischform dieser beiden. **Frauen** sind von Harninkontinenz wesentlich **häufiger betroffen** als Männer. Die hauptsächlichen Gründe dafür sind Schwangerschaft und Entbindung, Menopause und die Struktur des weiblichen Harntrakts. Andere Risikofaktoren betreffen beide Geschlechter: altersbedingte Veränderungen der Struktur und Funktion von Harnblase und Sphinkterapparat, nachlassende zerebrale Kontrolle des Harntraktes, chronische Harnwegsinfektionen, Beeinträchtigung der Funktionalität des Harntraktes durch nicht-urologische Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Schlaganfall, Demenz) oder Multimorbidität. (RKI 2007b)

Inkontinenz unterscheidet sich von anderen Gesundheitsstörungen insofern, als es sich um ein stark **tabuisiertes Thema** handelt. Inkontinenz führt deshalb häufig zu sozialer Isolation, zumal Betroffene aus Scham die Konsultation einer Ärztin / eines Arztes (Urologie, Gynäkologie) scheuen. Aus diesem Grund muss von einer hohen Dunkelziffer an Betroffenen ausgegangen werden. (RKI 2007b)

Harninkontinenz als Haupt- oder Nebendiagnose wurde im Jahr 2007 bei rund 140 über 50-jährigen Vorarlbergerinnen und knapp 80 über 50-jährigen Vorarlbergern diagnostiziert. Die entsprechende Krankenhaushäufigkeit ist bei Vorarlberger Frauen mit 220 (pro 100.000) ein- einhalbmal so hoch wie bei Vorarlberger Männern (142 pro 100.000) und etwa halb so hoch wie im Durchschnitt der österreichischen Frauen (443 pro 100.000). Bei Männern ist kein Unterschied in der Krankenhaushäufigkeit zwischen Vorarlberg und Österreich festzustellen (vgl. Abbildung 3.32).

Abbildung 3.32: Krankenhaushäufigkeit von Personen ab 50 Jahren mit der Haupt- oder Nebendiagnose Harninkontinenz nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



In Fonds- und Unfallkrankenhäusern sowie Sanatorien; Standardbevölkerung Europa

ICD-10: F98.0 Nichtorganische Enuresis, N39.3 Stressinkontinenz, N39.4 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz, R32.x Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz

Quellen: BMGFJ – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1998–2007; ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Bei durchschnittlich der Hälfte der stationären Frauen mit diagnostizierter Harninkontinenz wird diese als Hauptdiagnose dokumentiert, bei Män-

nern wird Harninkontinenz zu zwei Dritteln als Nebendiagnose dokumentiert.

Demenz

Laut WHO-Definition ist Demenz „ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen“. Der Oberbegriff Demenz bezeichnet nicht eine spezielle Krankheit, sondern umfasst eine **Reihe von Krankheitsbildern** mit verschiedenen Ursachen und unterschiedlichem Verlauf. Gegenwärtig sind mehr als fünfzig verschiedene Krankheiten bekannt, die zu einer demenziellen Erkrankung führen können. Zu diesen zählen unter anderen die Alzheimer-Krankheit, Parkinson, Creutzfeld-Jakob, Epilepsie, multiple Sklerose, Gefäßerkrankungen des Gehirns, Gehirntumore etc. Obwohl die genauen Ursachen für die Entstehung einer Demenz noch nicht abschließend geklärt werden konnten, dürfen erbliche Faktoren genauso eine Rolle spielen

wie negative Umwelteinflüsse und andere schädliche Faktoren. (GÖG/ÖBIG 2008b)

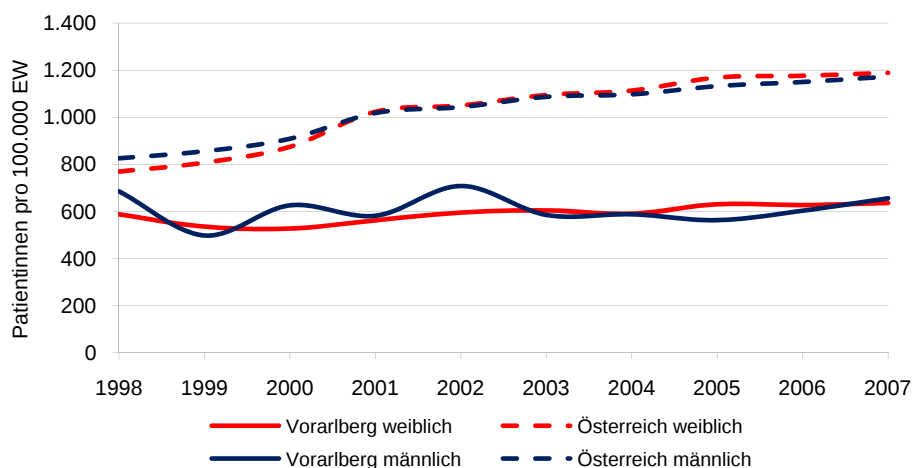
Demenz ist eine der häufigsten und folgenreichsten Erkrankungen im höheren Lebensalter und zählt zu den wichtigsten Ursachen für den Verlust der Selbstständigkeit und damit für Pflegebedürftigkeit. Die **Alzheimer-Demenz** ist die häufigste und wohl auch bekannteste Form der Demenzerkrankungen. Sie zählt zu den primär degenerativen (fortschreitenden) Demenzerkrankungen. Charakteristisch sind ein schleichender und nahezu unmerklicher Beginn sowie eine allmähliche Verschlechterung der Gedächtnisleistungen. Die Krankheit beginnt in der Regel mit leichten Gedächtnisstörungen, wobei vor allem die Aufnahme neuer Informationen beeinträchtigt ist.

Die Ursachen der Demenz sind, abgesehen von den wenigen klar genetisch bestimmten Formen, im Wesentlichen noch unbekannt, und mehrere Faktoren spielen bei der Entstehung eine Rolle. Das Alter ist einer der wichtigsten Risikofaktoren, wobei Personen mit bereits leichten kognitiven Störungen eine Risikogruppe darstellen. Folgende Faktoren können das Risiko für Demenz erhöhen: Vorhofflimmern, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronischer Alkoholmissbrauch und Fettstoffwechselstörung, Übergewicht und Rauchen. (RKI 2005a)

Die steigende Zahl von Personen hohen Alters wird die Zunahme an Demenzkranken beschleunigen. Demenzerkrankungen führen meist zu Pflegebedürftigkeit bzw. bis zur völligen Abhän-

gigkeit von einer pflegenden Person (Wancata et al. 2001). Wie bei den bereits dargestellten altersbedingten Erkrankungen kann auch bei der Demenz-Erkrankung nur ein Bruchteil der Betroffenen statistisch erfasst werden (im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes). Die Dunkelziffer an Betroffenen muss als sehr hoch eingeschätzt werden. Im Jahr 2007 wurde bei rund 360 Vorarlbergerinnen und 200 Vorarlbergern die Haupt- oder Nebendiagnose Demenz gestellt. Die Krankenhaushäufigkeit ist bei Vorarlbergs Frauen allerdings etwas niedriger als bei Männern (637 bzw. 657 pro 100.000). Die entsprechenden Österreichwerte sind bei Frauen und Männern etwa 1,8-mal so hoch (vgl. Abbildung 3.33).

Abbildung 3.33: Krankenhaushäufigkeit von Personen ab 60 Jahren mit der Haupt- oder Nebendiagnose Demenz nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



In Fonds- und Unfallkrankenhäusern sowie Sanatorien; Standardbevölkerung Europa

ICD-10: F00.x Demenz bei Alzheimer-Krankheit, F01.x Vaskuläre Demenz, F02.x Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, F03.x Nicht näher bezeichnete Demenz

Quellen: BMGFJ – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1998–2007; ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

3.4.1 Sonstige (frauenspezifische) Erkrankungen

Gynäkologische Erkrankungen

Die wichtigsten gynäkologischen Erkrankungen sind bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane (vgl. Punkt 3.3.2), gutartige Neubildungen (ICD-10: D25–D28), entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (ICD-10: N70–N77), insbesondere der Gebärmutter (N71) und des Gebärmutterhalses (N72), sowie die nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (ICD-10: N80–N98), insbesondere Endometriose (N80), Genitalprolaps (N81), Blutungsstörungen (N92 und N93) und Regelschmerzen (N94).

Endometriose ist eine chronisch-rezidivierende Erkrankung, bei der sich Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter (z. B. an den Eierstöcken als Zysten) ansiedelt. Die Endometriose zeigt sehr unterschiedliche Verläufe. Laut Robert-Koch-Institut sind zwischen 5 und 15 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter davon betroffen. Typisch sind an den Zyklus gebundene heftige Schmerzen. Am häufigsten tritt Endometriose zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr auf. Endometriose ist schwer zu diagnostizieren; die bisher einzige sichere Möglichkeit der Feststellung ist die Bauchspiegelung mit Entnahme von Gewebeproben. Die Diagnose wird derzeit im Mittel erst nach sechs Jahren mit Beschwerden gestellt (RKI 2007a). Im Zeitraum 1998 bis 2007 wurden rund 520 Vorarlbergerinnen,

das sind 28 pro 100.000, aufgrund einer Endometriose (ICD-10: N80) stationär behandelt. Österreichweit war die Krankenhaushäufigkeit in diesem Zeitraum mit 51 Patientinnen (pro 100.000) deutlich höher.

Eine relativ häufige Ursache für einen Krankenhausaufenthalt im Bereich der Gynäkologie sind starke Schmerzen im Zusammenhang mit der **Menstruation** und Menstruationsstörungen (ICD-10: N92–N94). Rund 1.500 Vorarlbergerinnen wurden im Beobachtungszeitraum aufgrund von Menstruationsproblemen stationär behandelt. Die entsprechende Krankenhaushäufigkeit betrug in Vorarlberg 254 (pro 100.000) und in Österreich insgesamt 260 (pro 100.000).

Ein wichtiger Eingriff im gynäkologischen Bereich ist die **Gebärmutterentfernung**, die in der Regel am Ende des gebärfähigen Alters (zwischen 40 und 55 Jahren) vorgenommen wird. Um die Jahrtausendwende wurde bei rund 400 Vorarlbergerinnen pro Jahr die Gebärmutter entfernt (rund 230 pro 100.000 Frauen), seit 2003 sind die Zahlen allerdings in Vorarlberg und auch österreichweit rückläufig. In den Jahren 2006 und 2007 lag die Krankenhaushäufigkeit in Vorarlberg bei 140 (pro 100.000) und in Österreich insgesamt bei 190 (pro 100.000).

Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Schilddrüsenkrankheiten treten mit ungefähr 3:1 häufiger bei Frauen als bei Männern auf. Dies gilt nicht nur für Jodmangelkrankheiten wie den Kropf und die Autonomen Knoten, sondern auch für die Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse. In Ländern mit einer ausreichenden Jodversorgung sind Krankheiten der Schilddrüse weitaus seltener als in Jodmangelgebieten. Die häufigsten Krankheiten der Schilddrüse sind Jodmangelstruma (Kropf), Überfunktion der Schilddrüse, Entzündungen der Schilddrüse, Unterfunktion der Schilddrüse und Schilddrüsenkrebs.

Im Zeitraum 1998 bis 2007 wurden pro Jahr rund 1.100 Vorarlbergerinnen aufgrund einer Ernährungs- oder Stoffwechselstörung (ICD-10: E00–E90) stationär behandelt. Die Krankenhaushäufigkeit lag bei rund 490 (pro 100.000); das ist deutlich geringer als im österreichischen Durchschnitt bei Frauen (587 pro 100.000), aber mehr als bei Vorarlberger Männern (396 pro 100.000). Die Mortalitätsrate aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ist allerdings bei Frauen niedriger als bei Männern (Österreich: Frauen 20 und Männer 28 Todesfälle pro 100.000) und in Vorarlberg niedriger als öster-

reichweit (Vorarlberg: Frauen 17 und Männer 21 Todesfälle pro 100.000). Die häufigste Stoffwechselerkrankung ist Diabetes mellitus (siehe

unten), doch auch Adipositas ist eine häufig dokumentierte Hauptdiagnose unter den Stoffwechselerkrankungen (vgl. Abschnitt 4.1).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus umfasst eine Gruppe von Krankheiten, bei denen der Blutzucker chronisch erhöht ist. Er spielt im Mortalitätsgeschehen eine relativ geringe Rolle, u. a. deshalb, weil vielfach nicht Diabetes, sondern eine dem eng assoziierte Herz-Kreislauf-Erkrankung oder eine andere Folgekrankheit als Todesursache dokumentiert wird. Diabetes mellitus ist auch deshalb bedeutend, weil er als chronische Krankheit weitreichende Belastungen für die Betroffenen (wie Erblindung, Dialysepflichtigkeit und Amputation von Gliedmaßen) nach sich ziehen kann und das Erkrankungsrisiko zumindest beim Typ-2-Diabetes maßgeblich vom Lebensstil beeinflussbar ist.

Der **Typ-1-Diabetes** tritt vorwiegend bei Kindern und Jugendlichen oder jungen Erwachsenen auf. Die Krankheit beruht auf einer autoimmunen Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse und führt unbehandelt zum Tode. Insulin muss deshalb durch mehrmaliges tägliches Spritzen von außen zugeführt werden. Es wird geschätzt, dass etwa fünf Prozent aller Diabetiker an einem Typ-1-Diabetes leiden.

Die Mehrheit aller Diabeteskranken (80 bis 90 %) leidet an einem **Typ-2-Diabetes** (Insulinresistenz und Insulinsekretionsdefekt), bei dem genetische und erworbene Faktoren wie Übergewicht eine Rolle spielen. Im Gegensatz zum Typ-1-Diabetes ist der Beginn der Erkrankung häufig schleichend und bleibt zunächst unbemerkt. Betroffen sind

vorwiegend Personen jenseits des 40. Lebensjahres (die Häufigkeit nimmt mit steigendem Alter zu), die auch andere Erkrankungen aufweisen, wie etwa Bluthochdruck oder eine Fettstoffwechselstörung. Betroffene haben ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall, erhöhter Blutzucker erhöht außerdem insbesondere bei Frauen das Krebsrisiko.

Für Frauen relevant ist auch der **Schwangerschaftsdiabetes** (erstmalig während einer Schwangerschaft aufgetretener oder diagnostizierter Diabetes), der bestimmte Risiken für Mutter und Kind birgt (z. B. Frühgeburt).

Zwischen 1998 und 2007 wurden 360 Vorarlbergerinnen und 350 Vorarlberger pro Jahr aufgrund der Diagnose Diabetes mellitus stationär behandelt. Das sind 172 Vorarlbergerinnen und 207 Vorarlberger pro 100.000. Österreichweit sind die Werte sowohl für Frauen (228 pro 100.000) als auch für Männer (303 pro 100.000) höher. Die Mortalitätsraten lagen in diesem Zeitraum mit 13 bei Vorarlberger Frauen und mit 17 bei Vorarlberger Männern ebenfalls unter dem jeweiligen Bundesdurchschnitt. Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 beantworteten 3 bis 4 Prozent der 45- bis 64-jährigen und rund 16 Prozent der über 64-jährigen Vorarlbergerinnen und Vorarlberger die Frage „Hatten Sie jemals Diabetes?“ mit „Ja“. Die österreichischen Durchschnittswerte lagen leicht darüber (vgl. Tabelle 3.14).

Tabelle 3.14: Lebenszeitprävalenz Diabetes nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007

Altersgruppe	Vorarlberg				Österreich			
	Weiblich		Männlich		Weiblich		Männlich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
45- bis 64-Jährige	1.215	2,8	1.575	3,6	59.618	5,6	69.572	6,8
Über 64-Jährige	4.954	16,5	3.477	16,2	147.672	17,8	98.308	17,3

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich.

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

3.5 Unfallgefahren

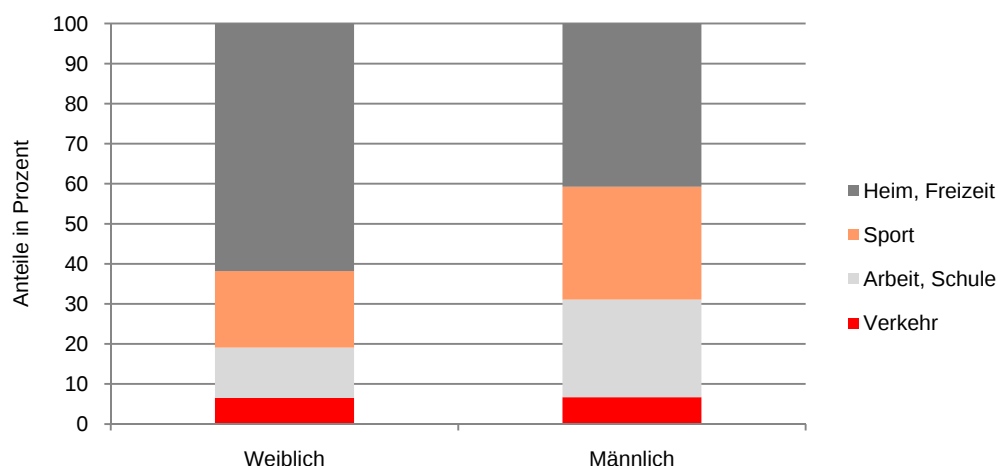
Unfälle und Gewalt tragen maßgeblich zu Morbidität und Mortalität bei. 18 (pro 100.000) Frauen und 55 (pro 100.000) Männer in Vorarlberg starben im Zeitraum 1998 bis 2007 an den Folgen einer Verletzung oder Vergiftung. Damit liegt Vorarlberg bei beiden Geschlechtern unter dem österreichischen Durchschnitt (Frauen 23 und Männer 68 pro 100.000). Das Risiko, an den Folgen eines Unfalls oder einer Gewalteinwirkung zu sterben, ist bei Vorarlbergern also dreimal so hoch wie bei Vorarlbergerinnen.

Die Mortalitätsraten steigen mit zunehmendem Alter, anteilmäßig spielen die Todesfälle, die auf exogene Ursachen zurückzuführen sind, bei Jugendlichen aber die größte Rolle (vgl. Punkt 3.2.2 zu „Mortalität nach Lebensphasen“ und Punkt 3.3.5 zu Suizid). Im Folgenden werden

Häufigkeit und ausgewählte Unfallarten näher beleuchtet.

Im Jahr 2007 verunfallten in Österreich rund 829.000 Menschen; 20 Prozent davon führten zu einem Spitalsaufenthalt, rund 1 Prozent endete in Invalidität, und 0,3 Prozent waren tödlich. Der Großteil der tödlichen Unfälle von Frauen ist auf Stürze (vorwiegend im Alter) zurückzuführen (36 %), gefolgt von Transportmittelunfällen (17 %). Bei Männern ist der Anteil von Transportmittelunfällen höher (34 %), und der Anteil von tödlichen Stürzen ist etwas niedriger (29 %). Rund 62 Prozent der Unfälle von Frauen passieren im Heim- und Freizeitbereich, und knapp ein Fünftel sind Sportunfälle (vgl. Abbildung 3.34). (KfV 2008a)

Abbildung 3.34: Unfälle nach Lebensbereichen und Geschlecht in Österreich 2007

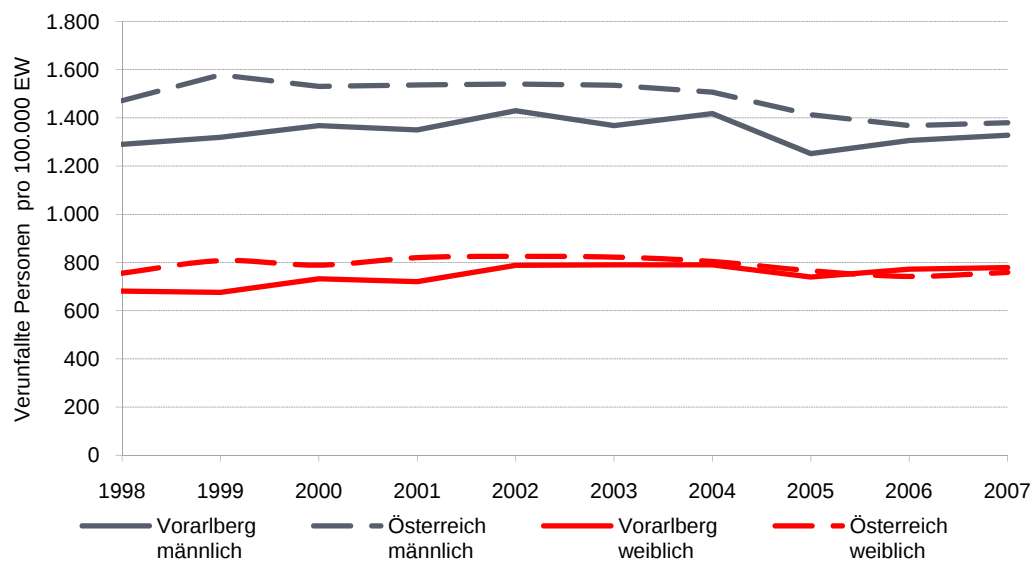


Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit – Freizeitunfallstatistik 2007

In Vorarlberg kam es im Jahr 2007 zu 1.824 **Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden**, die für 16 Menschen tödlich endeten; das entspricht 4,6 Getöteten (pro 100.000), womit Vorarlberg deutlich unter dem österreichischen

Durchschnitt lag (8,6 Menschen pro 100.000). Frauen sind deutlich seltener an Verkehrsunfällen beteiligt als Männer (vgl. Abbildung 3.35). (KfV 2008b und c)

Abbildung 3.35: An Straßenverkehrsunfällen beteiligte Personen, bezogen auf 100.000 Einwohner, in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



Art der Beteiligung am Verkehr: Lenker, Mitfahrer, Fußgänger; alle Verletzungsgrade berücksichtigt

Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit – Statistik der Straßenverkehrsunfälle

4 Gesundheitsrelevante Einflussfaktoren

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Faktoren dargestellt, die einen Einfluss auf die Gesundheit ausüben. Es geht dabei um Ernährung bzw. Übergewicht, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum sowie um Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Sexualität. Aufbereitet werden auch Eckdaten zu Schwangerschaft und Geburt. Der Bereich der Gesundheitsvorsorge wird nur sehr knapp dargestellt; nähere Informationen dazu finden sich im Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2009.

Im Wesentlichen beruhen die Daten für dieses Kapitel auf der Österreichischen Gesundheitsbe-

fragung 2006/2007 (Befragung von über 15-jährigen Personen) und auf der jüngsten HBSC-Befragung (Health Behaviour of School Aged Children) von 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern aus dem Jahr 2006. Fallweise werden diese Daten um Ergebnisse der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und um die Todesursachenstatistik ergänzt. Im Bereich der reproduktiven Gesundheit werden zusätzliche Datenquellen herangezogen.

4.1 Ernährung

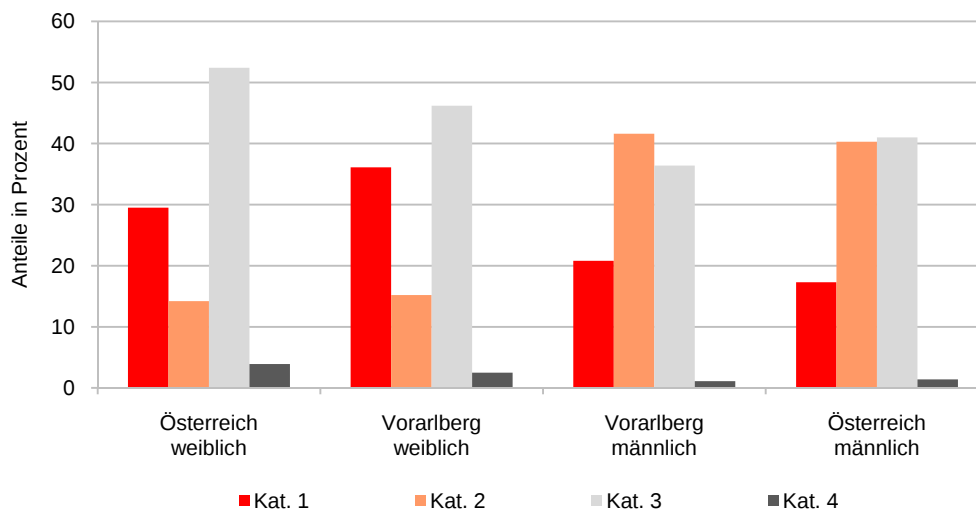
Ernährung ist ein wesentlicher Einflussfaktor für die Gesundheit. In der Literatur wird mehrfach darauf hingewiesen, dass Frauen an gesundheitlichen Fragen der Ernährung mehr interessiert und besser darüber informiert sind als Männer. Sie haben jedenfalls andere Essgewohnheiten. Verschiedene Surveys weisen darauf hin, dass die weibliche Bevölkerung mehr Obst und Gemüse isst, während die männliche Fleisch bevorzugt.

Bereits im Kindes- und Jugendalter zeigt sich ein Unterschied im Ernährungsverhalten. Im Rahmen der HBSC-Befragungen werden die 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schüler sehr differenziert zu ihren Ernährungsgewohnheiten befragt, und es erwies sich, dass Mädchen mehr Obst und Gemüse essen und weniger zuckerhaltige Limonaden konsumieren als Burschen. Doch hinter der kalorien- und fettarmen Ernährung von Frauen steht oft die eher negative Motivation eines Schlankheits- und Schönheitsideals. Frauen und Mädchen führen häufiger Diäten zur Gewichtsreduktion durch als Männer und Burschen, und sie leiden zu einem weit höheren Anteil an Essstörungen (vgl. Punkt 3.3.5).

Ein Drittel der 11-jährigen und die Hälfte der 15-jährigen Mädchen fühlen sich „zu dick“, während „nur“ ein Viertel der 11-jährigen und knapp ein Drittel der 15-jährigen Burschen sich „zu dick“ empfinden. Das Gefühl, „zu dick“ zu sein, nimmt vor allem bei Mädchen mit dem Älterwerden deutlich zu, obwohl der Anteil an Übergewichtigen bei 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen etwa gleich hoch ist. Bereits im Alter von elf Jahren befinden sich 17 Prozent der Mädchen (und 12 % der Buben) auf Diät. Erwartungsgemäß steigt dieser Anteil mit zunehmendem Alter: Unter den 15-jährigen Mädchen gaben bereits 28 Prozent (Burschen: 14 %) an, zum Zeitpunkt der Befragung Diät zu halten (BMGFJ 2007).

Auch die Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 bestätigt das unterschiedliche Ernährungsverhalten zwischen Frauen und Männern. Frauen und insbesondere Vorarlberger Frauen bevorzugen Mischkost mit wenig Fleisch und viel Obst und Gemüse, Männer hingegen essen deutlich mehr Fleisch (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1: Ernährungsverhalten nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007



Kat. 1: Mischkost mit viel Obst und Gemüse

Kat. 2: Mischkost mit viel Fleisch

Kat. 3: Mischkost mit wenig Fleisch

Kat. 4: Vegetarisch, mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern bzw. vegetarisch, ohne tierische Produkte

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Der aks (Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin Vorarlberg) führt seit 1972 in Vorarlberg Schuluntersuchungen durch, im Zuge derer auch die Body-Mass-Index-(BMI-)Komponenten Körpergröße und -gewicht gemessen werden. Die Ergebnisse daraus sind zuverlässiger als die Eigenangaben bei Befragungen. Die Untersuchungen werden an Volks-, Haupt- und Sonderschulen durchgeführt. Durch die Einschränkung auf diese drei Schultypen dürfte die Rate an übergewichtigen Kindern überschätzt sein, weil in allgemeinbildenden höheren Schulen Kinder seltener übergewichtig sind (was im Rahmen einer aks-Erhebung in einem Gymnasium im Schuljahr 2005/2006 bestätigt werden konnte). Die Schuluntersuchungen belegen, dass der Anteil an übergewichtigen Kindern und Jugendli-

chen in Vorarlberg seit Mitte der 1990er Jahr gestiegen ist.

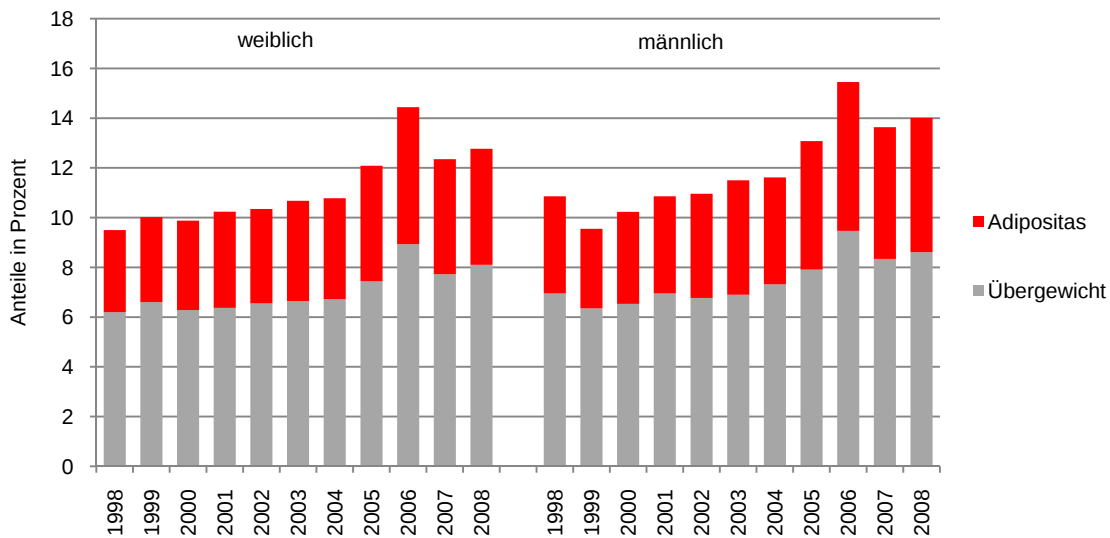
Im Jahr 2008 waren an Vorarlberger Volks-, Haupt- und Sonderschulen rund 8 Prozent der Mädchen übergewichtig und 4,5 Prozent adipös; die Anteile an übergewichtigen und adipösen Buben lagen bis etwa 1997 leicht unter den Werten für Mädchen und sind seit der Jahrtausendwende etwas höher (vgl. Abbildung 4.2).

Gemäß der letzten HBSC-Studie⁴ sind in Österreich 7 bis 8 Prozent der 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen übergewichtig und rund 1 Prozent adipös (BMGFJ 2007)⁵, die entsprechenden Werte für Burschen liegen höher (12 bis 16 % übergewichtig und rund 3 % adipös).

⁴ Ebenda.

⁵ Bestimmung der Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen nach einer Methode von Cole et al. 2000.

Abbildung 4.2: *Übergewicht und Adipositas bei Kindern nach Geschlecht in Vorarlberger Pflichtschulen 1998–2008*



Übergewicht von p90 bis p97 und Adipositas ab p97 nach Kromeyer-Hauschild; p = Perzentile

Quelle: aks – Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin Vorarlberg

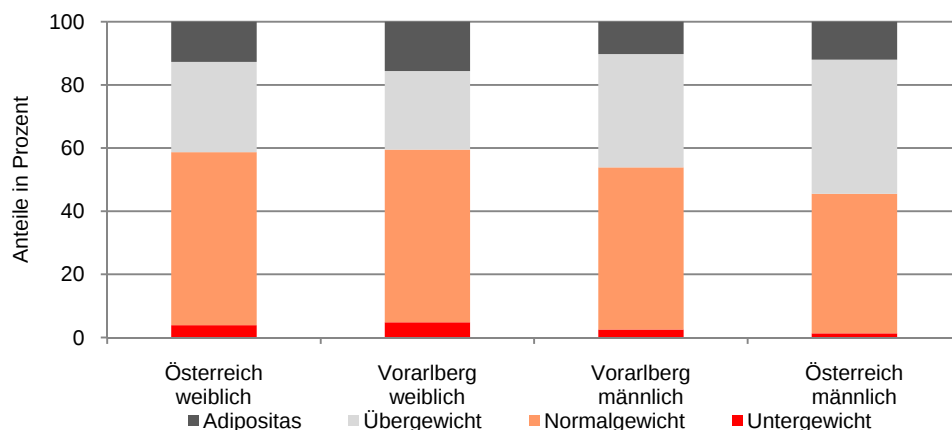
Erwachsene Frauen sind laut Eigenangaben seltener übergewichtig als Männer. Rund 41 Prozent der Vorarlbergerinnen (und Österreicherinnen), aber 46 Prozent der Vorarlberger (und sogar 55 % der Österreicher) weisen gemäß Gesundheitsbefragung 2006/2007 einen BMI von 25 oder mehr auf. Doch innerhalb der Gruppe der Übergewichtigen stellt sich die Situation für Frauen ungünstiger dar, denn der Adipositasanteil liegt bei Frauen höher als bei Männern, wobei der Unterschied in Vorarlberg besonders stark ausgeprägt ist: 15,6 Prozent der Vorarlbergerinnen und 10,2 Prozent der Vorarlberger haben einen BMI von 30 oder mehr (vgl. Abbildung 4.3). Auch die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten weist auf einen besonders hohen Adipositasanteil bei Vorarlbergerinnen hin: Zwischen 1998 und 2007 wurden rund 200 Vorarlbergerinnen pro Jahr aufgrund der Hauptdiagnose „Adipositas und sonstige Überernährung“ (ICD-10: E65-E68) stationär behandelt, die entsprechende Krankenhaushäufigkeit betrug 106 Frauen (pro 100.000). Damit werden Vorarlbergerinnen eineinhalbmal so oft wie österreichi-

sche Frauen (rund 70 pro 100.000) und mehr als doppelt so oft wie Vorarlberger Männer (46 pro 100.000) aufgrund dieser Diagnose stationär behandelt.

Einem sehr hohen Adipositasanteil bei Vorarlberger Frauen auf der einen Seite steht ein überdurchschnittlich hoher Anteil von untergewichtigen Frauen auf der anderen Seite gegenüber. Diese Polarisierung ist unter Vorarlbergerinnen also besonders ausgeprägt, sie könnte mit dem hohen Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund in Zusammenhang stehen (vgl. Punkt 5.2.2).

Bedenklich ist vor allem die Entwicklung seit 1999, denn der BMI stieg seither bei beiden Geschlechtern im gesamten Bundesgebiet stark an, und bei Vorarlberger Frauen hat sich der Adipositasanteil sogar verdoppelt (vgl. Punkt 3.3.5). Eine Erklärung für diesen enormen Anstieg kann im Rahmen dieses Berichtes nicht gegeben werden, möglicherweise handelt es sich zum Teil auch um ein statistisches Artefakt.

Abbildung 4.3: Body-Mass-Index nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007



Body-Mass-Index (BMI) = kg/m^2 ; Untergewicht: BMI unter 18,5; Normalgewicht: BMI 18,5 bis unter 25; Übergewicht: BMI 25 bis unter 30; Adipositas: BMI 30 und höher

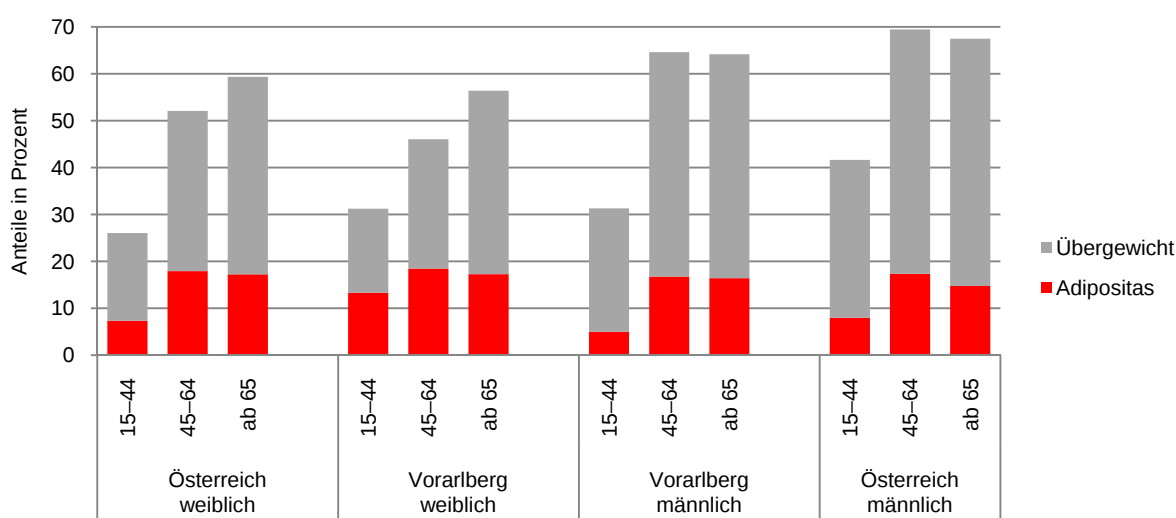
Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Der Anteil an übergewichtigen Menschen steigt bis zum mittleren Erwachsenenalter relativ stark und dann leichter (bei Frauen) oder gar nicht mehr an (bei Männern). Bei den Vorarlberger Frauen fällt auf, dass der Anteil von Adipositas in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen deutlich über dem österreichischen Durchschnitt liegt. Unter den über 45-Jährigen ist der Adipositas-

Anteil durchschnittlich und der Anteil der Übergewichtigen unterdurchschnittlich. Vorarlberger Frauen sind im jungen Erwachsenenalter häufiger adipös als Vorarlberger Männer, später gleichen sich die Werte an. Vorarlberger Männer sind allerdings häufiger übergewichtig als Vorarlberger Frauen.

Abbildung 4.4: Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich, 2006/2007



Übergewicht: BMI 25 bis unter 30; Adipositas: BMI 30 und höher

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Noch mehr als das Geschlecht wirken sich andere Faktoren auf die Ernährungsgewohnheiten und damit auf Körpergewicht und Body-Mass-Index aus. Die Prävalenz von Adipositas ist beispielsweise stark bildungsabhängig: Je höher die Bildung, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit von Adipositas, wobei dieser Zusammenhang bei Frauen viel deutlicher ausgeprägt ist als bei Männern. Unter den österreichischen Frauen, die lediglich einen Pflichtschulabschluss aufweisen, sind rund 18 Prozent adipös, etwa 12 Prozent der Österreicherinnen mit einer Lehre oder einem Abschluss an einer berufsbildenden mittleren Schule und rund 7 Prozent der Frauen mit

einem höheren Schulabschluss leiden unter Adipositas (vgl. auch Punkt 2.2.1). (ST.AT 2008d)

Ein zumindest ebenso deutlicher Zusammenhang besteht zwischen BMI und Migrationshintergrund. Unter den Menschen mit Migrationshintergrund kommen Übergewicht und Adipositas viel häufiger vor als unter Menschen ohne Migrationshintergrund (vgl. Punkt 5.2.2). Auch dieser Zusammenhang ist bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Zum Teil ist dieser Zusammenhang vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich im Durchschnitt einen geringeren Bildungsgrad aufweisen.

4.2 Sport und Bewegung

Es ist erwiesen, dass regelmäßige moderate körperliche Aktivität und Bewegung gesundheitsfördernd wirken und für einen gesunden Lebensstil unabdinglich sind. Bewegung und Sport beugen vielen Krankheiten vor und sind vor allem ein wichtiger Teil gesundheitlicher Prävention und Vorsorge für ein möglichst aktives und selbstständiges Leben im Alter. Regelmäßige körperliche Aktivitäten mindern die Risiken, an kardiovaskulären Krankheiten oder Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, und es gibt auch Hinweise für einen präventiven Effekt bei Osteoporose und verschiedenen Krebsarten (für Frauen insbesondere solche, die mit dem Östrogenspiegel in Verbindung stehen). Auch psychisches Wohlbefinden und Selbstwertgefühl werden durch regelmäßige körperliche Aktivität positiv beeinflusst.

Das Robert-Koch-Institut beschreibt zwei gegenläufige Trends (Frauengesundheitsportal): Einerseits sind Menschen in unserer Gesellschaft und insbesondere Frauen heute sportlich aktiver als vor beispielsweise 20 Jahren, andererseits wird durch die technologische Entwicklung und die moderne Arbeitswelt Bewegung immer weniger in den Alltag eingebunden. Insgesamt bewegen sich die Menschen also trotz Zunahme der sportlichen Aktivitäten zu wenig. Expertinnen und Experten empfehlen in einer „Bewegungspyramide“ für Kinder und Jugendliche zumindest eine Stunde und für Erwachsene zumindest 30 Minu-

ten täglich Bewegung mittlerer Intensität (z. B. Gehen oder Radfahren), zusätzlich sollte mehrmals pro Woche Ausdauer- und Kraftsport betrieben werden.

Der Bereich Sport ist traditionell männlich dominiert, und Frauen haben sich ihre gleichberechtigte Teilhabe im Sportsystem erst im Verlauf der letzten Jahrzehnte erobert. Im Zusammenhang mit Personen mit Migrationshintergrund ist der geschlechtsspezifische Zugang zu Sport allerdings immer noch relevant. Und zwar nicht nur insofern, als Frauen bestimmter Herkunft und Religion keinen oder einen erschwerten Zugang zu Sport haben und die gesundheitlichen Konsequenzen daraus zu tragen haben, sondern auch in Hinblick darauf, dass Sport die soziale Integration unterstützt und diese Frauen auch diesbezüglich benachteiligt sind.

Sport beinhaltet jedoch auch das Risiko von Verletzungen, das bei Frauen geringer ist als bei Männern. Laut der Freizeitunfallstatistik der AUVA entfielen in Österreich im Jahr 2007 65 Prozent aller Sportunfälle auf Männer. Rund ein Fünftel aller Freizeitunfälle von Frauen passierte beim Ausüben von Sport, bei Männern betrug dieser Anteil 28 Prozent.

Ergebnisse aus der HBSC-Befragung zeigen, dass das Bewegungsausmaß mit zunehmendem Alter insbesondere bei Mädchen abnimmt. Die

oben genannte Empfehlung, sich täglich zumindest eine Stunde lang körperlich zu betätigen, trifft bei 22 Prozent der 11-jährigen Mädchen, aber bei 29 Prozent der gleichaltrigen Buben zu. Unter den 15-Jährigen beträgt dieser Anteil bei Mädchen nur mehr 7 Prozent, bei Burschen hingegen 17 Prozent.

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter anderem gefragt, ob sie in ihrer Freizeit „mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen“

kommen. Rund die Hälfte der Vorarlbergerinnen beantwortete diese Frage mit „Ja“. Die Vorarlbergerinnen sind demgemäß etwa so aktiv wie österreichische Frauen im Durchschnitt, aber weniger aktiv als Männer. In Anbetracht des hohen Migrantinnenanteils in Vorarlberg und des unterdurchschnittlichen sportlichen Interesses in dieser Personengruppe dürfte der Anteil bei Vorarlbergerinnen ohne Migrationshintergrund deutlicher über dem entsprechenden österreichischen Durchschnitt liegen, als in Tabelle 4.1 ersichtlich ist.

Tabelle 4.1: Körperliche Aktivität nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007

Region	Zumindest einmal pro Woche körperliche Betätigung mit Schwitzen			
	Weiblich		Männlich	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Vorarlberg	76.838	50,4	85.559	58,6
Österreich	1.766.443	48,7	2.031.632	60,3

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Körperliche Betätigung ist auch bildungsabhängig, insbesondere bei Frauen. Frauen mit höherer Bildung sind sportlich aktiver (vgl. Punkt 2.2.1). Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 belegen die eingangs erwähnte Korrelation zwischen körperlicher Aktivität und Migrationshintergrund. Bei Frauen jedes Alters sind diejenigen mit Migrationshintergrund deutlich weniger sportlich aktiv als jene ohne Migrationshintergrund. Bei Män-

nern ist ein diesbezüglicher Unterschied erst ab dem mittleren Erwachsenenalter festzustellen.

Die Häufigkeit von sportlicher Aktivität im Verlauf des Lebens entwickelt sich geschlechtsspezifisch diametral. Während junge Frauen weniger Sport betreiben als Frauen im mittleren Erwachsenenalter, nehmen bei Männern die sportlichen Aktivitäten mit zunehmendem Lebensalter ab.

4.3 Suchtverhalten

Der Konsum von legalen (z. B. Tabak und Alkohol) wie auch von illegalen Drogen (Cannabis, Kokain, Heroin, Ecstasy etc.) kann weitreichende Folgen für die Gesundheit haben. Für die öffentliche Gesundheit spielt der Konsum von illegalen Drogen quantitativ eine geringe Rolle – verglichen mit legalen Substanzen wie Tabak und Alkohol. Beispielsweise verstarben im Jahr 2007 in Österreich knapp 2.000 Menschen (in Vorarl-

berg 84) an alkoholassoziierten Krankheiten und 175 Personen (in Vorarlberg sieben) infolge des Konsums von illegalen Drogen (GÖG/ÖBIG 2008a). Konsumenten illegaler Drogen sind zum überwiegenden Teil männlich, im Durchschnitt sind 20 Prozent weiblich. Aus diesen Gründen wird im Folgenden auf Rauchen und Alkoholkonsum näher eingegangen.

4.3.1 Rauchen

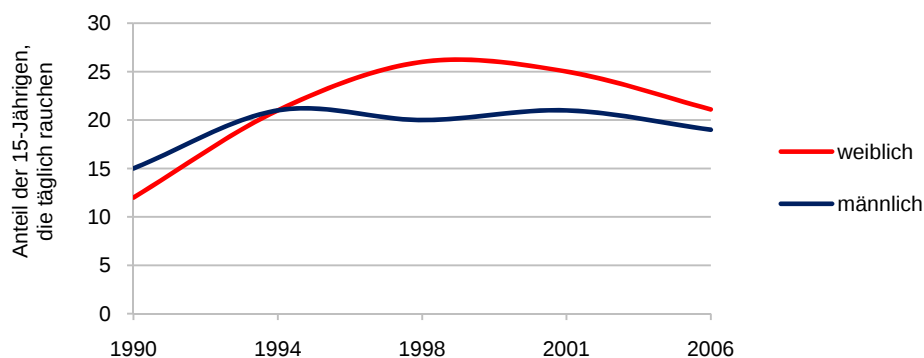
Rauchen ist weltweit eines der größten vermeidbaren Risiken für viele zum Teil schwerwiegende Krankheiten. Rauchen ist – im Gegensatz beispielsweise zu den USA und Kanada – stark in unserer Gesellschaft verankert. Allein aufgrund eines Lungenkarzinoms verstarben im Jahr 2007 in Österreich rund 3.400 Menschen, davon knapp 1.200 Frauen (vgl. dazu auch Punkt 3.3.2). Rauchen und die gesundheitlichen Folgen waren vor 20 Jahren ein männerspezifisches Problem, doch eine besorgniserregende Entwicklung machte Rauchen zu einem Thema, das beide Geschlechter gleichermaßen betrifft.

Ein frauenspezifischer Aspekt im Zusammenhang mit Tabakkonsum (wie von Suchtmitteln generell) stellt eine Schwangerschaft dar, da Rauchen (auch Passivrauchen) auch dem ungeborenen Kind schaden kann. Außerdem rauchen Mädchen und Frauen anders und aus anderen Gründen als Männer. Beispielsweise bevorzugen Frauen Zigaretten mit niedrigem Teergehalt (Light-Zigaretten), wodurch sie verleitet werden, tiefer zu inhalieren. Dadurch werden tiefer liegende Teile der Bronchien und des Lungengewebes geschädigt (Stadt Wien 2006). Als Argu-

ment gegen das Aufhören spielt die danach zu erwartende Gewichtszunahme eine große Rolle. Der Tabakkonsum hat sich in den letzten Jahrzehnten bei Frauen und Männern unterschiedlich entwickelt. In den 1970er Jahren rauchten rund 40 Prozent der männlichen und 10 Prozent der weiblichen Bevölkerung. Über die Jahre nahm bei Männern der Anteil der täglichen Raucher kontinuierlich ab und liegt nun bei etwa 30 Prozent. Bei den Frauen zeigte sich ein gegenläufiger Trend. Der Anteil der Raucherinnen stieg kontinuierlich und liegt aktuell bei rund 20 Prozent. (ST.AT 2007b, Mikrozensus-Sonderprogramm „Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung“ 1972, 1979, 1986 und 1997)

Im Jahr 1990 rauchten gemäß HBSC-Befragung 12 Prozent der 15-jährigen Mädchen und 15 Prozent der 15-jährigen Burschen täglich. Dieser Anteil ist im Verlauf der 1990er Jahre auf rund ein Viertel gestiegen (1998: Mädchen 26 % und Burschen 23 %) und ist seither wieder leicht rückläufig. Laut der letzten HBSC-Befragung 2006 rauchen rund ein Fünftel der 15-jährigen österreichischen Schülerinnen und Schüler täglich, und zwar mehr Mädchen als Burschen (BMGFJ 2007) (vgl. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5: 15-jährige Schülerinnen und Schüler, die täglich rauchen, nach Geschlecht in Österreich 1990–2006



Quellen: WHO-HBSC-Survey 1990, 1994, 1998, 2001, zitiert nach dem Wiener Gesundheitsbericht; BMGFJ – WHO-HBSC-Survey 2006

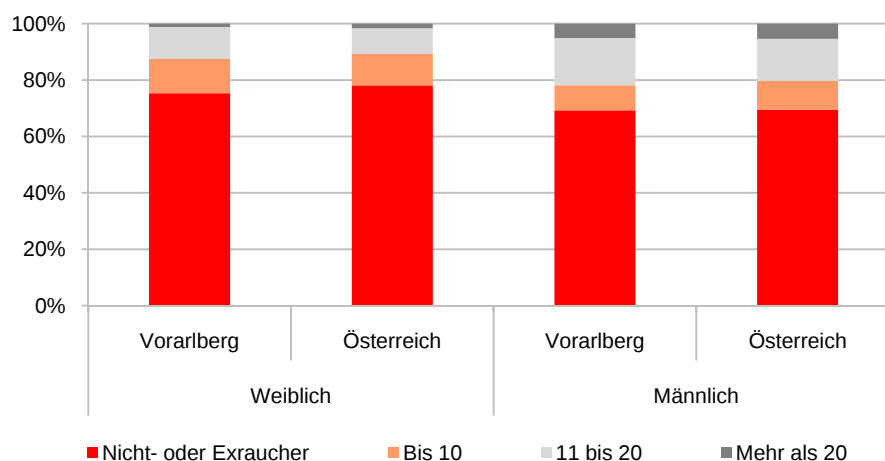
Der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 zufolge rauchen in Vorarlberg

25 Prozent der Frauen und 30 Prozent der Männer, wobei die Anzahl der täglich gerauchten

Zigaretten bei den Frauen niedriger ist. Die Vorarlberger Männer liegen damit etwa im Bundesdurchschnitt, die Vorarlberger Frauen rauchen häufiger als im österreichischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 4.6). Der Anteil der Vorarlberger Bevölkerung, der derzeit täglich raucht, begann mit durchschnittlich 17,2 Jahren mit dem Rauchen (der österreichische Durchschnitt liegt bei

18 Jahren), wobei das Alter bei Rauchbeginn immer niedriger wird. Die Vorarlberger Raucherinnen und Raucher konsumieren pro Tag 16,3 Zigaretten (österreichischer Durchschnitt: 16,7 Zigaretten). Rund der Hälfte dieser Personen hat die Ärztin / der Arzt geraten, damit aufzuhören (österreichischer Durchschnitt: 36,3 %).

Abbildung 4.6: Zigarettenkonsum nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007



Angaben in Zigaretten pro Tag, Gelegenheitsraucher/innen sind in der Kategorie „bis 10“ inkludiert

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich.

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

4.3.2 Alkohol

Ähnlich wie Tabakkonsum ist Alkohol ein bedeutender Risikofaktor für viele körperliche und psychische Erkrankungen. Alkohol ist in unserer Gesellschaft unter den süchtig machenden Substanzen am weitesten verbreitet und am leichtesten zugänglich. Einerseits führt die toxische Wirkung von Alkohol, insbesondere wenn er über einen langen Zeitraum in hohen Mengen konsumiert wird, zu Gewebeschädigungen und möglicherweise zu einer Alkoholabhängigkeit. Aber auch in geringen Mengen kann täglicher Alkoholkonsum zu Schädigungen beispielsweise der Leber führen. Alkohol kann auch psychische und Verhaltensstörungen bewirken (ICD-10: F10). Andererseits kann auch (seltener) Konsum sehr großer Mengen Alkohols durch die Berausung zu sozialen Problemen führen und Gewalt fördern.

Hinsichtlich des durchschnittlichen Alkoholkonsums liegt Österreich im internationalen Vergleich eher im oberen Feld⁶. Jüngste Beobachtungen bei Kindern und Jugendlichen weisen auf einen problematischen Umgang mit Alkohol hin. Alkoholmissbrauch geht außerdem häufig mit anderen gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen wie etwa Rauchen oder Drogenmissbrauch einher.

Die Themen Alkohol und Alkoholmissbrauch bzw. -störungen gelten gemeinhin als männer-spezifisches Problem, weil von Männern mehr Alkohol konsumiert wird und weil die alkoholbe-

⁶ <http://puck.sourceoecd.org/vl=1733249/cl=21/nw=1/rpsv/health2007/g3-2-01.htm>
(OECD: Health at a glance, 2007)

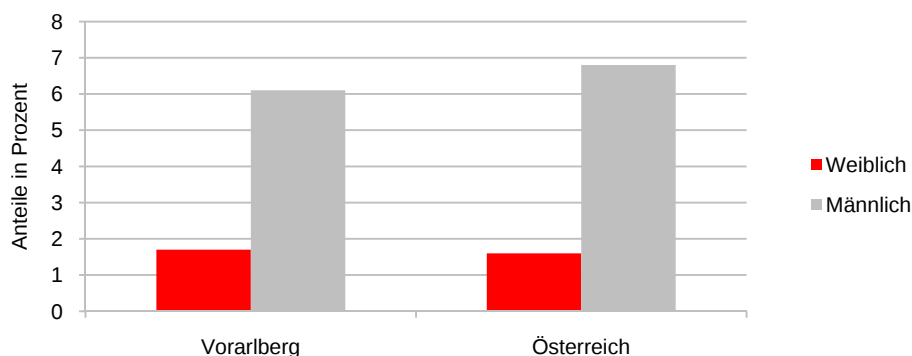
zogenen Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei Männern drei- bis viermal so hoch wie bei Frauen sind. Trotzdem ist das Thema „Frauen und Alkohol“ ein relevantes Gesundheitsproblem, denn folgende frauenspezifische Aspekte im Zusammenhang mit Alkohol und Gesundheit sind zu beachten:

- Alkohol wirkt aufgrund des unterschiedlichen Körperbaus bei Frauen anders als bei Männern. Daher sind Richtwerte für problematischen Alkoholkonsum niedriger als bei Männern.
- Es gibt Hinweise, dass körperliche und psychische alkoholbedingte Schädigungen bei Frauen gravierender sind als bei Männern.
- Bei schwangeren Frauen kann (übermäßiger) Alkoholkonsum auch zu Schädigungen bei dem ungeborenen Kind führen.
- Alkohol ist eng verknüpft mit Gewalt und Kriminalität. Frauen sind insofern besonders davon betroffen, als auch bei Sexualdelikten und bei Gewalt in der Familie Alkohol eine erhebliche Rolle spielt. (RKI 2008a)

Es gibt Hinweise, dass der in der Jugend geformte Umgang mit Alkohol über ein Leben relativ konstant bleibt. Insofern ist das diesbezügliche Verhalten von Kindern und Jugendlichen von besonderer Bedeutung (BMGFJ 2007). Die jüngste HBSC-Befragung belegt, dass österreichische Burschen häufiger regelmäßig Alkohol konsumieren als Mädchen. Bei den 15-Jährigen gaben ein Drittel der Mädchen und 41 Prozent der Burschen an, regelmäßig Alkohol (mindestens ein alkoholisches Getränk pro Woche) zu konsumieren. Etwa ein Fünftel der Jugendlichen dieser Altersgruppe gab bei der Befragung an, innerhalb der letzten 30 Tage betrunken gewesen zu sein. Diese Jugendlichen begannen durchschnittlich im Alter von 13,1 Jahren, Alkohol zu trinken.

Problematischer Alkoholkonsum im Erwachsenenalter betrifft laut Eigenangaben 1,6 Prozent der Vorarlberger Frauen und 6,1 Prozent der Vorarlberger Männer. Die Frauen liegen damit etwa im österreichischen Durchschnitt, die Männer leicht darunter (vgl. Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7 Problematischer Alkoholkonsum nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2006/2007



Problematischer Alkoholkonsum errechnet sich aus zwei oder mehr positiven Antworten auf folgende vier Fragen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007: „Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?“, „Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholkonsums ärgerlich gemacht?“, „Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?“ und „Haben Sie einmal morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?“.

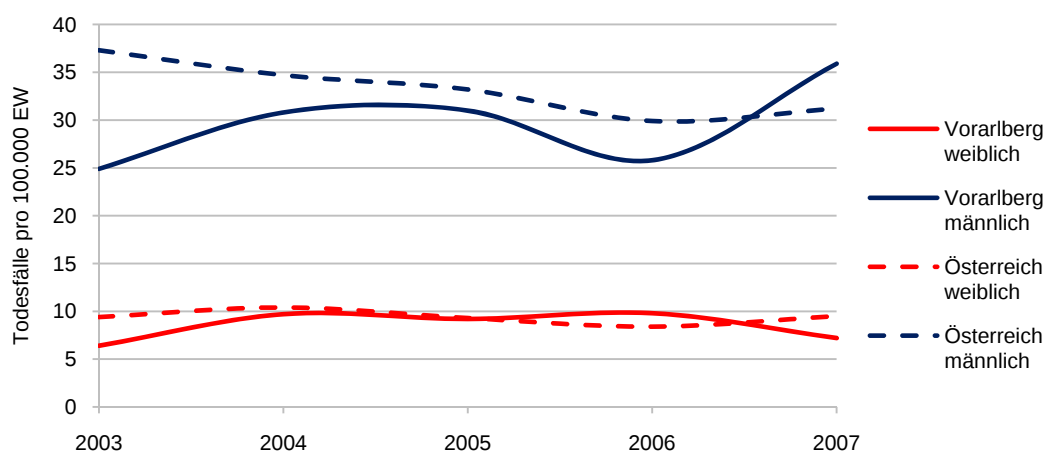
Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

In Ergänzung zu den Eigenangaben im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 können aus der Todesursachenstatistik jene Fälle gefiltert werden, die mit Alkoholkonsum assoziiert werden („Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“, „Alkoholische Leberkrankheit“, „Fibrose und Zirrhose der Leber“, „Toxische Wirkung von Alkohol“). Die Sterblichkeit aufgrund von potenziell alkoholassoziierten Krankheiten war im Durchschnitt der

Jahre 2003 bis 2007 in Vorarlberg bei Frauen und Männern etwas geringer als bundesweit, zuletzt allerdings lag sie bei Vorarlberger Männern über dem österreichischen Durchschnitt. Pro Jahr starben im Durchschnitt 8,5 Vorarlbergerinnen und 29,8 Vorarlberger pro 100.000 an einer der genannten alkoholassoziierten Erkrankungen; die Sterblichkeit der Männer betrug also mehr als das Dreifache der Frauen (vgl. Abbildung 4.8).

Abbildung 4.8: Potenziell alkoholassoziierte Mortalität nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2003–2007



Alkoholassoziiert: ICD-10: F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, K70 Alkoholische Leberkrankheit, K74 Fibrose und Zirrhose der Leber, T51 „Toxische Wirkung von Alkohol“

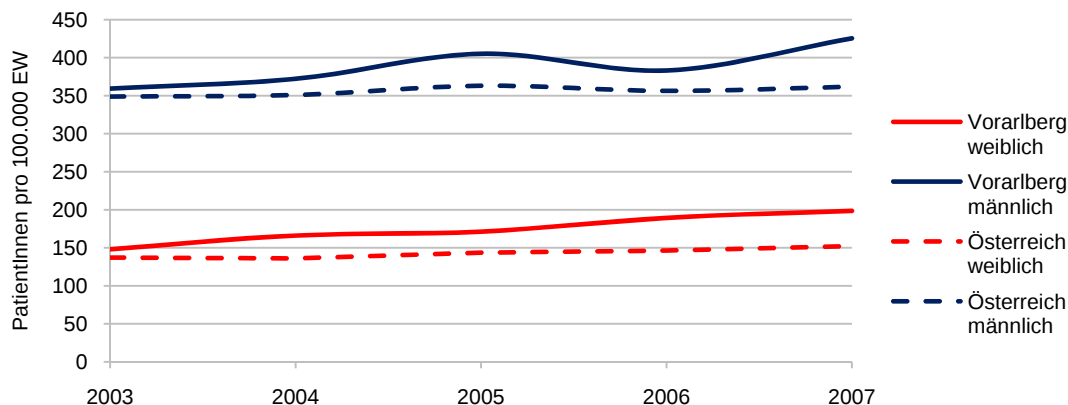
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007, Todesursachenstatistik 1998–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Im Jahr 2007 wurden etwa 360 Vorarlbergerinnen und 800 Vorarlberger aufgrund einer der oben genannten alkoholassoziierten Diagnosen im Krankenhaus behandelt. Die Krankenhaushäufigkeit liegt in Vorarlberg bei beiden Geschlechtern leicht über dem österreichischen Durchschnitt: Sie betrug bei Frauen im Durch-

schnitt der letzten fünf Jahre 175 (pro 100.000 Einwohner, Österreich: 143) und bei Männern 389 (pro 100.000 Einwohner, Österreich: 356). Es zeigt sich österreichweit eine leicht und in Vorarlberg eine stärker steigende Tendenz während der letzten fünf Jahre (vgl. Abbildung 4.9).

Abbildung 4.9: Potenziell alkoholassoziierte Krankenhaushäufigkeit nach Geschlecht in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 2003–2007



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007;
BMGFJ – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1998–2007;
ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

4.4 Reproduktive Gesundheit

4.4.1 Sexualverhalten und Schwangerschaftsabbruch

Zur Sexualität werden im Rahmen der HBSC-Untersuchung nur die 15-Jährigen befragt. Ein Viertel der 15-jährigen Mädchen in Österreich hatte schon Geschlechtsverkehr, das ist weniger als bei den Burschen (31 %), aber mehr als bei der letzten HBSC-Befragung im Jahr 2001 (Mädchen rund 20 %, Burschen rund 23 %). Auf die Frage nach der Verhütungsmethode beim letzten Geschlechtsverkehr antworteten 7,6 Prozent, dass sie nicht verhütet haben. Knapp 80 Prozent verwendeten ein Kondom, zum Teil in Kombination mit einem weiteren Verhütungsmittel. Etwa ein Viertel der Mädchen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, nahm die Anti-Baby-Pille. (BMGFJ 2007)

Repräsentative Befragungen von Erwachsenen zu Verhütungsmethoden liegen für Vorarlberg oder Österreich nicht vor. Laut Wiener Frauengesundheitsbericht 2006, für den diesbezügliche Studien verglichen wurden, wird die Pille am häufigsten und das Kondom am zweithäufigsten verwendet. Beide Methoden werden in jungen Jahren häufiger angewendet als im mittleren Erwachsenenalter. Mit zunehmendem Alter der

Frauen steigt die Häufigkeit der Anwendung von Langzeitverhütungsmitteln (z. B. Spirale). Wichtig ist, dass es bei der Verwendung von Kontrazeptiva nicht nur um Schwangerschaftsverhütung, sondern auch um Verhütung übertragbarer Krankheiten geht (z. B. HPV oder HIV; vgl. Punkte 3.3.2 und 3.3.6).

Ein **Schwangerschaftsabbruch** ist in Österreich seit 1975 straffrei. Eine offizielle Gesamtstatistik zu Abtreibungen in Österreich gibt es nicht. Daten liegen nur aus Krankenhäusern vor, aber ein großer Teil der Abbrüche wird in privaten Ambulatorien durchgeführt. In österreichischen Krankenhäusern wurden seit 1998 pro Jahr durchschnittlich zehn Abtreibungen bei Vorarlbergerinnen dokumentiert, das entspricht einer Rate von 5,8 pro 100.000 Frauen; die österreichweite Rate ist deutlich höher. In Vorarlberg werden Schwangerschaftsabbrüche vor allem im Krankenhaus Montfort bei Dr. Hostenkamp vorgenommen. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit einer Abtreibung in einer niedergelassenen Facharztpraxis.

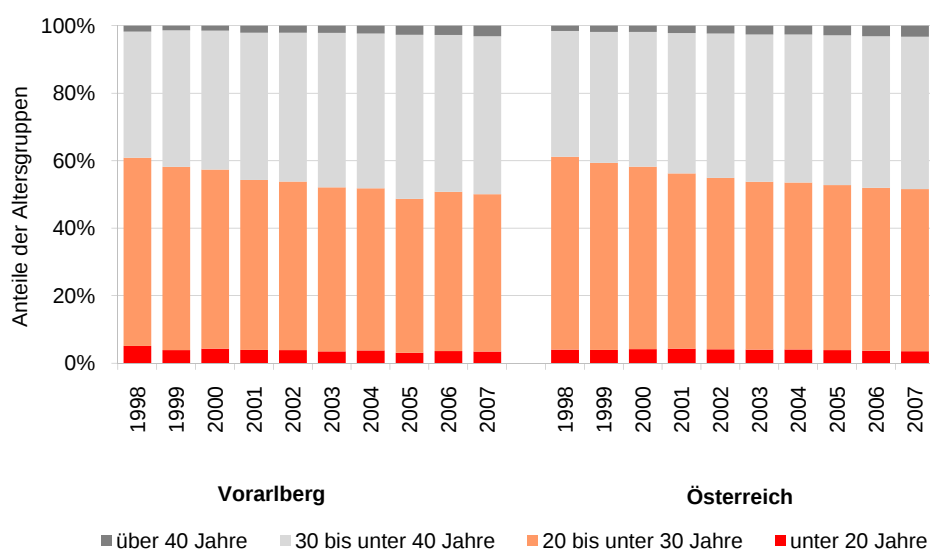
4.4.2 Schwangerschaft und Geburt

Die Gesamtfertilitätsrate lag im Durchschnitt der Jahre 1998 bis 2007 in Vorarlberg mit 1,5 über dem österreichischen Durchschnitt (1,38). Das Durchschnittsalter aller Frauen, die im Jahr 2007 ein Kind zur Welt gebracht haben, betrug in Vorarlberg 29,9 und in Österreich insgesamt 29,8 Jahre.

Zwischen 1998 und 2006 wurden in Vorarlberg insgesamt zehn Kinder geboren, deren Mütter bei deren Geburt jünger als 15 Jahre waren. Im Durchschnitt kommen in Vorarlberg pro Jahr 155 Kinder zur Welt, deren Mutter jünger ist als 20

Jahre (Teenager-Schwangerschaften). Der Anteil der Geburten von **Teenagermüttern** an allen Geburten lag in Vorarlberg mit 2,9 Prozent in den letzten Jahren etwa im Bundesdurchschnitt (3,0 %). Im Jahr 2007 entfielen in Vorarlberg (und in Österreich) auf 1.000 junge Frauen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren rund elf Geburten. Der Trend zu immer späterer Schwangerschaft ist auch im Zeitraum 1998 bis 2007 zu beobachten, der Anteil der über 40-jährigen Mütter nimmt zu, der Anteil der unter 20-jährigen Mütter nimmt tendenziell ab (vgl. Abbildung 4.10). (ST.AT 2008c)

Abbildung 4.10: Lebendgeborene nach dem Alter der Mutter in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007, Anteile in Prozent



Quellen ST.AT – Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 2004 und 2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Die augenscheinlichste Veränderung bezüglich der **Art der Entbindung** innerhalb der letzten zehn Jahre ist die Zunahme der Kaiserschnittgeburten. In Vorarlberg kamen im Jahr 1998 11,6 Prozent der Kinder per Kaiserschnitt zur Welt (Österreich: 14,6 %), im Jahr 2007 war es beinahe ein Viertel aller Neugeborenen (Öster-

reich: 27,1 %). Über den gesamten Zeitraum lag der Anteil an Kaiserschnittgeburten in Vorarlberg um zwei bis drei Prozentpunkte unter dem österreichischen Durchschnitt. In Vorarlberg werden häufiger Hilfsmittel (v. a. die Saugglocke) angewendet als in Österreich insgesamt (vgl. Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2: Lebendgeborene nach Art und Ort der Entbindung in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007

	Vorarlberg					Österreich				
	Insge- samt	Anteile in Prozent				Insge- samt	Anteile in Prozent			
		Spontan- geburt	Kaiser- schnitt	sonstige Hilfsmittel	Haus- geburt		Spontan- geburt	Kaiser- schnitt	sonstige Hilfsmittel	Haus- geburt
1998	4.203	79,3	11,6	9,0	1,0	81.233	79,7	14,6	5,7	1,1
1999	4.071	78,7	13,6	7,8	0,6	78.138	77,8	16,4	5,8	1,2
2000	3.897	77,0	14,4	8,6	0,4	78.268	77,3	17,2	5,5	1,2
2001	3.990	75,8	16,2	8,0	0,4	75.458	75,9	18,9	5,2	1,2
2002	4.015	74,1	17,9	7,9	0,4	78.399	73,7	20,6	5,7	1,1
2003	3.780	73,7	18,6	7,7	0,9	76.944	72,7	22,1	5,2	1,3
2004	4.042	73,2	20,1	6,8	0,9	78.968	71,2	23,6	5,2	1,3
2005	3.982	69,0	23,0	8,0	1,1	78.190	70,2	24,4	5,4	1,2
2006	3.853	69,5	23,9	6,7	0,9	77.914	68,6	25,8	5,6	1,2
2007	3.722	68,0	24,4	7,5	1,0	76.250	67,4	27,1	5,5	1,3

Hausgeburt: Wohnung der Mutter oder Wohnung der Hebamme

Sonstige Hilfsmittel: Saugglocke (mehr als 90 % der Hilfsmittel), Zangengeburt, Manualhilfe

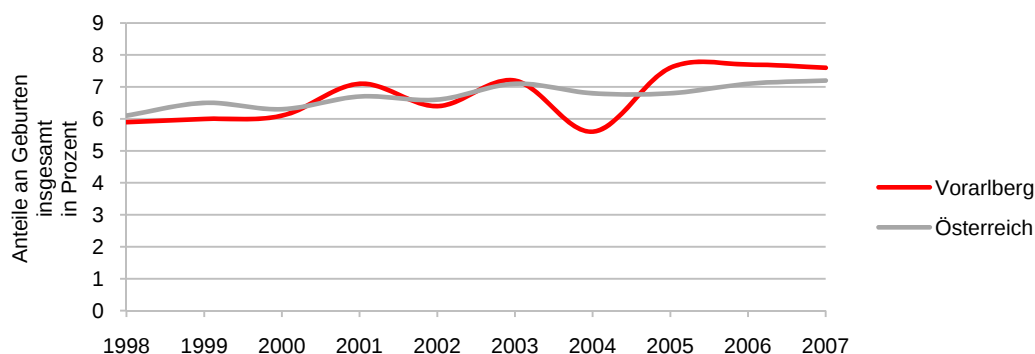
Quellen: ST.AT – Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 2004 und 2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Als Ursachen für die steigende Häufigkeit der Kaiserschnittgeburt werden das gestiegene Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt, eine geringere Risikobereitschaft seitens der Frauen und der Ärztinnen und Ärzte, die ökonomischen und organisatorischen Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern sowie verringerte geburtshilfliche Fähigkeiten bei der Betreuung von Risikogeburten genannt (BAG 2006).

Frühgeburten (Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm) bzw. extreme Frühgeburten (Geburtsgewicht unter 2.000 Gramm) sind für einen großen Teil der Säug-

lingssterblichkeit und für Erkrankungen von Neugeborenen sowie für Folgeschäden verantwortlich. Der Anteil der Frühgeburten, aber ebenso die Überlebensrate der Frühgeborenen ist in den letzten Jahren gestiegen. Im Jahr 2007 waren 7,6 Prozent der Neugeborenen in Vorarlberg und 7,2 Prozent in Österreich insgesamt untergewichtig (vgl. Abbildung 4.11). Das durchschnittliche Geburtsgewicht lag 2007 in Vorarlberg bei 3.269 Gramm (Österreich: 3.290 Gramm), die durchschnittliche Schwangerschaft dauerte in Vorarlberg 39 Wochen (Österreich: 38,8 Wochen). (ST.AT 2008c)

Abbildung 4.11: Frühgeburten in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



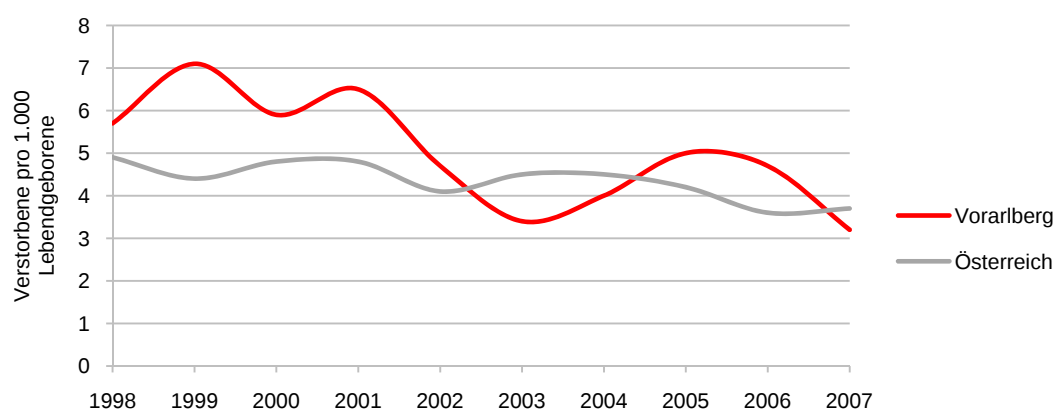
WHO-Definition „untergewichtig“ bzw. Frühgeburt: Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm,

Quelle: ST.AT – Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007

Die **Säuglingssterblichkeit** ist in den letzten Jahrzehnten in Österreich drastisch gesunken. Seit Anfang der 1990er Jahre liegt sie unter zehn, seit 2001 unter fünf Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten. Im Jahr 2007 verstarben österreichweit 3,7 Kinder (pro 1.000 Lebendgeborene) im ersten Lebensjahr. Damit liegt die Rate ähnlich hoch wie in Deutschland, in der Schweiz und in Italien. Die geringste Säuglingssterblichkeit in Europa verzeichnen Luxemburg (1,8 im Jahr

2007), Belgien (3,1) und die skandinavischen Staaten (zwischen 2,5 und 3,1) (ST.AT 2008c). In Vorarlberg ist die Säuglingssterblichkeit aufgrund der geringen Fallzahlen größeren Schwankungen unterworfen. Die Jahre von 1998 bis 2002 waren eine längere Periode, in der die Säuglingssterblichkeit über dem österreichischen Durchschnitt lag. Im Jahr 2007 lag sie mit 3,2 unter dem Bundesdurchschnitt.

Abbildung 4.12: Säuglingssterblichkeit in Vorarlberg und Österreich im Zeitverlauf 1998–2007



Quelle: ST.AT – Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007

4.4.3 Künstliche Befruchtung

Seit dem Jahr 2000 gibt es in Österreich einen Fonds zur Unterstützung von In-vitro-Fertilisations-Versuchen, der aus dem Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen und der Sozialversicherungsträger gespeist wird (auf Basis des BGBl I 1999/180). Unter bestimmten Voraussetzungen werden 70 Prozent der Kosten eines IVF-Versuchs übernommen.

Seit 2004 wird an der Gesundheit Österreich GmbH (damals: ÖBIG) ein IVF-Register geführt. In Österreich gibt es derzeit 24 Krankenanstalten, die künstliche Befruchtungen in Zusammenarbeit mit dem IVF-Fonds durchführen. In Vorarlberg werden IVF-Versuche im Institut für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie in Bregenz und im LKH Feldkirch vorgenommen.

Tabelle 4.3: Anzahl der In-vitro-Fertilisations-(IVF-)Versuche 2007

Herkunft der Patientinnen	Standort der IVF-Zentren			
	Vorarlberg		Österreich	
	absolut	in %	absolut	in %
Vorarlberg	247	87,3	253	4,3
andere Bundesländer	36	12,7	5.679	95,7
Österreich	283	100,0	5.932	100,0

Quelle: GÖG/ÖBIG – IVF-Register, Jahresbericht 2007

Österreichweit steigt die Anzahl der IVF-Versuche kontinuierlich. Im Jahr 2001 wurden 4.726 Versuche im IVF-Register gemeldet, im Jahr 2007 waren es bereits 5.932. Die Anzahl der IVF-Versuche bei Vorarlbergerinnen ist seit 2005 weitgehend konstant. Pro Jahr werden

etwa 250 IVF-Versuche registriert, der Großteil davon im eigenen Bundesland. Entsprechend dem Frauenanteil des Bundeslandes werden 4,3 Prozent aller IVF-Versuche in Österreich an Vorarlbergerinnen durchgeführt.

4.5 Gesundheitsvorsorge

Die wichtigste Einrichtung zur Gesundheitsvorsorge in Vorarlberg ist der 1964 gegründete aks (Arbeitskreis für Vorsorge und Sozialmedizin). Projekte des aks werden von der Vorarlberger Landesregierung und zumeist von den Sozialversicherungen, insbesondere der Vorarlberger Gebietskrankenkasse, unterstützt.

Schon 1968 wurde vom aks das **erste frauenspezifische Vorsorgeprogramm für Schwangere** in Form der „Grünen Karte“ eingeführt. Sie enthielt damals schon alle Untersuchungen, die 1975 mit dem „Mutter-Kind-Pass“ bundesweit etabliert wurden. Innerhalb eines Jahres konnte trotz eines Selbstbehaltes eine Beteiligung von 80 Prozent aller Schwangeren in Vorarlberg erzielt werden. Im Jahr 1970 wurde die jährliche **gynäkologische Vorsorge** vom aks gestartet. Das Programm wurde ab 1975 vom Bund als österreichweites Programm übernommen.

Mit „**Frauen PLUS**“ wurde 1991 ein Vorsorgeprogramm eingeführt, das spezifische Probleme der Frauengesundheit in der zweiten Lebenshälfte fokussiert, unter anderem die Messung der Knochendichte. Die Kosten des Programms mussten von den Frauen zur Gänze selbst getragen werden. Etwa ein Drittel der engeren Zielgruppe der 50- bis 55-jährigen Frauen nahm daran teil. Nach Übernahme der Kosten der Knochendichtemessung durch die Sozialversicherungen ab 1996 wurde Frauen PLUS eingestellt. „**Frauen ALPHA**“ als Nachfolgeprogramm von Frauen PLUS war ein sehr umfassendes psychosoziales und differenziertes medizinisch-biologisches Programm. Es konnte sich aufgrund der hohen Kosten nicht durchsetzen.

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger dokumentiert die Inanspruchnahme von allgemeinen und gynäkologischen **Vorsorgeuntersu-**

chungen. Demnach nahmen im Zeitraum 2001 bis 2007 zwischen 16 und 19 Prozent der über 20-jährigen Vorarlbergerinnen pro Jahr eine Vorsorgeuntersuchung (ohne gynäkologische Vorsorgeuntersuchung) in Anspruch. Der Anteil lag damit im gesamten Zeitraum um 3 bis 4 Prozentpunkte höher als bei den Vorarlberger Männern und um rund 5 Prozentpunkte höher als bei den österreichischen Frauen insgesamt (vgl. dazu auch Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2009). Pro Jahr lässt rund ein Viertel aller über 20-jährigen Vorarlbergerinnen eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung durchführen; österreichweit liegt der entsprechende Wert bei 3 bis 4 Prozent. Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 gaben 17 Prozent der über 15-jährigen Vorarlbergerinnen an, dass bei ihnen noch nie ein Krebsabstrich durchgeführt wurde (Österreich: 19 %).

Das organisierte **Mammographie-Screening** Vorarlberg startete 1989 als Additivuntersuchung zur gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung und zur Gesundenuntersuchung für Frauen ab dem vierzigsten Lebensjahr. Die Beteiligung betrug nur etwa 50 Prozent aller Frauen, die an den Gesundenuntersuchungen teilnahmen, und diese Rate konnte in den weiteren Jahren nur gering erhöht werden. Wie schon in Punkt 3.3.2 erwähnt, spielt Früherkennung angesichts relativ guter Heilungschancen bei Brustkrebs eine maßgebliche Rolle.

Die österreichische Bundesgesundheitskommission beauftragte im Jahr 2005 die GÖG/ÖBIG mit der Initiierung und Koordination von Mammographie-Screening-Pilotprojekten. Bisher konnten fünf Projekte in verschiedenen Bundesländern (Burgenland, Salzburg, Tirol, Vorarlberg, Wien) implementiert werden. Im Rahmen des Pilotprojektes in Vorarlberg wurde vom aks im Jahr 2007

im Bezirk Bludenz eine Modellregion „**Mammographie-Screening nach EU-Qualitätskriterien**“ eingerichtet. Alle Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren wurden zur Mammographie im Abstand von jeweils zwei Jahren eingeladen. Innerhalb eines Jahres konnte die Beteiligungsra-

te in der Zielgruppe um zehn Prozent gesteigert werden. Laut Eigenauskunft bei der österreichischen Gesundheitsbefragung wurde bei 16 Prozent der über 40-jährigen Vorarlbergerinnen noch nie eine Mammographie durchgeführt (Österreich: 17 %).

Tabelle 4.4: Ausgewählte Vorsorgeuntersuchungen in Vorarlberg und Österreich 2006/2007

Art der Vorsorgeuntersuchung	Wurde bei Ihnen jemals ... durchgeführt?							
	Vorarlberg				Österreich			
	Weiblich		Männlich		Weiblich		Männlich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Mammographie*	74.824	84,0	–	–	1.861.826	83,0	–	–
Krebsabstrich**	125.817	82,5	–	–	2.932.859	80,9	–	–
Darmspiegelung***	18.195	30,0	17.088	32,9	543.818	34,5	465.317	36,4

* nur Frauen ab 40 Jahren; ** Frauen ab 15 Jahren; *** Frauen und Männer ab 50 Jahren

Hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Die **Darmspiegelung** ist als routinemäßige Vorsorgeuntersuchung nicht so etabliert wie der Krebsabstrich oder die Mammographie. Bei rund 70 Prozent der über 50-jährigen Vorarlbergerinnen und bei zwei Dritteln der über 50-jährigen Vorarlberger wurde noch nie eine Darmspiegelung durchgeführt.

Im Jahr 2008 wurden in Vorarlberg insgesamt 3.603 Vorsorge-Darmspiegelungen durchgeführt,

was einer deutlichen Steigerung gegenüber 2007 entspricht.

Die Impfvorsorge wird im Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2009 dargestellt. Im Mädchen- und Frauengesundheitsbericht sei nur darauf hingewiesen, dass die Durchimpfungsraten bei Masern/Mumps/Röteln der Geburtsjahrgänge ab 2000 rund 90 Prozent betragen.

5 Besondere berücksichtigungswürdige Thematiken

5.1 Gewalt gegen Frauen

Gewalt gegen Frauen wird heute als öffentliches Problem wahrgenommen. Eine in Deutschland durchgeführte Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass 40 Prozent der Frauen körperliche und sexuelle Gewalt erlebt haben. Am häufigsten kommen die Täter aus dem direkten Um-

feld, sind Partner oder stehen der betroffenen Frau sehr nahe (Frauengesundheitsportal). Schätzungen zufolge ist auch in Österreich jede fünfte Frau zumindest einmal in ihrem Leben Opfer einer gewalttätigen Handlung in der Familie (BMsSG 2002).

Nationale Gesetzgebung

In der nationalen Gesetzgebung ist vor allem das 1997 in Kraft getretene **Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie (Gewalt-schutzgesetz – GeSchG)** wesentlich. Das Gesetz erlaubt der Polizei, gewalttätige Personen aus der Wohnung zu weisen (Wegweiserecht) und ihnen die Rückkehr für zehn bzw. zwanzig Tage zu verbieten (Betretungsverbot). Diese Frist kann durch einen Antrag bei Gericht auf drei Monate verlängert werden (einstweilige Verfügung). Opfer von Gewalt erhalten nach einer Wegweisung kostenlose Beratung und Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen der Gewaltschutzzentren/Interventionsstellen. Die Interventionsstellen wurden in Österreich als Begleitmaßnahme zum GeSchG eingerichtet.

Weiters ist seit dem 1. Juli 2006 ein **Bundesgesetz zum Schutz vor Stalking** in Kraft. Mit dem englischen Begriff „Stalking“ wird das bewusste und wiederholte Verfolgen oder Belästigen einer Person bezeichnet. Zu den verschiedenen Formen von Stalking zählen u. a. Verfolgen, Auflau-

ern vor dem Haus oder dem Arbeitsplatz, Telefonterror, Überhäufen mit nicht gewollten Geschenken, Verbreiten falscher Gerüchte, Verbreiten von Fotos oder Videos (im Internet), Belästigung mit SMS, E-Mails oder (Droh-)Briefen. Häufig beginnt Stalking nach einer Trennung oder Scheidung; die Stalker sind oft Ex-Partner, die die Beziehung wieder aufnehmen oder sich für deren Beendigung rächen wollen. Sie sind meistens sehr ausdauernd und verfolgen ihre Opfer manchmal jahrelang. Der Großteil der Stalking-Opfer sind Frauen.

Das Gesetz sieht zwei Möglichkeiten zum Schutz eines Opfers vor beharrlicher Verfolgung vor: *strafrechtlichen Schutz* durch eine Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr (dazu muss eine Anzeige bei der Polizei gegen den Stalker erfolgen); *zivilrechtlichen Schutz* durch eine einstweilige Verfügung, mit der dem Stalker die Kontaktaufnahme jeglicher Art, der Aufenthalt an bestimmten Orten und andere häufig gesetzte Stalking-Handlungen untersagt werden können.

5.1.1 Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Gewalt wirkt sich unmittelbar auf die seelische und körperliche Gesundheit aus. Häufig zeigen sich die gesundheitlichen Folgen von Gewalt jedoch erst langfristig. Wie schwer und auf welche Weise die Gesundheit durch Gewalterlebnisse geschädigt wird, ist u. a. abhängig davon, in welcher Beziehung Opfer und Täter zueinander standen, wie häufig und schwer die Angriffe

waren, vom Alter der betroffenen Frau und von ihren Möglichkeiten, Unterstützung und Hilfe zu finden.

Die Akut- und Langzeitfolgen sind komplex und werden oft unterschätzt. Gewalt geht häufig mit Scham und Schuldgefühl beim Opfer sowie mit Angst vor dem Täter, vor Unglauben und Schuld-

zuweisung Dritter einher und wird deshalb von vielen Frauen verschwiegen. Gewaltfolgen werden in der Literatur nach ihrer Dauer differenziert. Kurzfristige Folgen sind akute Verletzungen (z. B. Blutergüsse, Quetschungen, Brandwunden, Brüche) und direkte psychische und psychosoziale Folgen von Gewalt (Angst- und Bedrohungsgefühle, psychischer Stress, Leistungs- und Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhter Alkohol- und Medikamentenkonsum). Mittel- und langfristige Folgen von Gewalt sind eher psychosomatisch oder psychische Symptomaten. Folgen von Gewalt können auch nach der Art der Beeinträchtigung unterschieden werden:

- Psychische Folgen: Depressionen, Ängste, Schlafstörungen, Panikattacken, Essstörungen, Verlust der Selbstachtung und des Selbstwertgefühls, Suizidalität
- Psychosomatische Folgen: Reizdarmsyndrom, chronisches Schmerzsyndrom, Magen-Darm-Störungen, Bauchschmerzen, Verdauungsprobleme, Harnwegsinfektionen, Übelkeit, Atemwegsbeschwerden, Schwindel, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen
- Gesundheitsgefährdende Strategien als Folgen: Rauchen, Alkohol-, Tabletten- und Dro-

gengebrauch, risikoreiches Sexualverhalten, selbstverletzendes Verhalten

- Folgen für die reproduktive Gesundheit: Eileiter- und Eierstockentzündungen, sexuell übertragbare Krankheiten, ungewollte Schwangerschaften, Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburten

Gewalt verursacht neben den individuellen und sozialen Problemen erhebliche gesamtgesellschaftliche Kosten. Folgekosten betreffen u. a. den sozialen Bereich (z. B. Kinder- und Jugendhilfe, Unterstützungseinrichtungen für Gewaltbetroffene), die Justiz (z. B. Strafverfolgung) sowie den gesamten Bereich der Erwerbsarbeit (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung). Im medizinischen Bereich (z. B. Notfallambulanzen, allgemeinmedizinische und fachärztliche Praxen, Krankenhäuser) fallen vorwiegend Kosten an für die medizinische Erstversorgung bei akuten Verletzungen, für die Behandlung psychosomatischer Beschwerden, sexuell übertragbarer Krankheiten sowie für die psychologische Beratung und therapeutische Behandlung (Psychotherapie/Psychiatrie). Darüber hinaus sind Ausgaben für Medikamente und wiederholte ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zu berücksichtigen. (BMsSGK 2005, RKI 2008b)

5.1.2 Häufigkeit von Gewalt gegen Frauen

Zum Thema der Häufigkeit von Gewalt gegen Frauen in Vorarlberg und Österreich stehen drei Datenquellen zur Verfügung. Die polizeiliche und gerichtliche Kriminalstatistik bietet geschlechtsdifferenzierte Zahlen zu Opfern und Tatverdächtigen auf Ebene der Bundesländer. Die Statistik zum Gewaltschutzgesetz dokumentiert (ebenfalls nach Bundesländern differenziert) Wegweisungen und Betretungsverbote, einstweilige Verfügungen und die Anzahl der Kontakte zwischen Opfern und Interventionsstellen. Die Statistiken des Vereins Autonomer Österreichischer Frauenhäuser und der IfS-FrauennotWohnung Dornbirn geben Auskunft über die Inanspruchnahme ihrer Leistungen und über einzelne sozioökonomische Kriterien ihrer Klientel. Damit wird aber sicher nur ein kleiner Teil der Gewalthandlungen bzw. der von Gewalt betroffenen Frauen abge-

bildet. Die wichtigsten Tatbestände, die als Gewalt gegen Frauen angezeigt werden können, sind

- Körperverletzung und schwere Körperverletzung,
- Nötigung und schwere Nötigung,
- gefährliche Drohung,
- Vergewaltigung und
- geschlechtliche Nötigung.

Im Jahr 2007 wurden in Vorarlberg 1.946 strafbare Handlungen gegen Leib und Leben und 1.250 Delikte gegen die Freiheit zur Anzeige gebracht. In Vorarlberg werden mehr Delikte pro 100.000 Einwohner angezeigt als österreichweit, sowohl bei Frauen als auch bei Männern. **Opfer** von strafbaren Handlungen gegen die **sexuelle Integrität und Selbstbestimmung** werden so-

wohl in Vorarlberg als auch bundesweit **hauptsächlich Frauen** (Vorarlberg: 78,9 %, Österreich: 89,6 %; vgl. Tabelle 5.1). Die ermittelten Tatverdächtigen sind großteils Männer, insbesondere bei strafbaren Handlungen gegen die

sexuelle Integrität und Selbstbestimmung (v. a. Vergewaltigung und geschlechtliche Nötigung) sowie bei schwerer Körperverletzung und Nötigung.

Tabelle 5.1: Opfer ausgewählter Formen von Gewalt in Vorarlberg und Österreich 2007

Strafbare Handlung	Opfer von Gewaltakten (angezeigte Fälle)			
	Vorarlberg		Österreich	
	Davon weiblich		Davon weiblich	
	Insgesamt	pro 100.000	Insgesamt	pro 100.000
gegen Leib und Leben (§ 75–95)	1.946	340	36.583	268
§ 83 Körperverletzung	1.747	318	32.776	252
§ 84 Schwere Körperverletzung	172	15	3.229	12
gegen die Freiheit (§ 99–109)	1.250	325	17.882	227
§ 105 Nötigung	211	50	2.335	25
§ 106 Schwere Nötigung	74	17	1.529	21
§ 107 Gefährliche Drohung	827	198	11.372	132
gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung (§ 201–221)	147	63	1.940	41
§ 201 Vergewaltigung	35	18	659	15
§ 202 Geschlechtliche Nötigung	15	8	300	7

Quellen: Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt – Opfertabellen der polizeilichen Kriminalstatistik für Vorarlberg und Österreich 2007, Kriminalitätsbericht Österreich 2007; ST.AT – Bevölkerungsfortschreibung 2002–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Insgesamt kam es im Jahr 2007 in Vorarlberg zu 260 **Wegweisungen bzw. Betretungsverboten** und zu 110 **einstweiligen Verfügungen** (IfS 2007b). Die Erfahrung zeigt, dass in ländlichen Regionen Vorarlbergs seltener Betretungsverbote ausgesprochen werden als in Städten. Aufgrund eines gewissen Naheverhältnisses zwischen den Beteiligten wird häufig versucht, Kon-

flikte zu schlichten und von Betretungsverboten Abstand zu nehmen. (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2007)

Betrachtet man die Verurteilung gemäß § 107a StGB betreffend **beharrliche Verfolgung bzw. Stalking**, so kam es in Vorarlberg im Jahr 2007 zu 19 Verurteilungen (BMJ 2007).

Inanspruchnahme von Frauenhäusern und der IfS-FrauennotWohnung Dornbirn

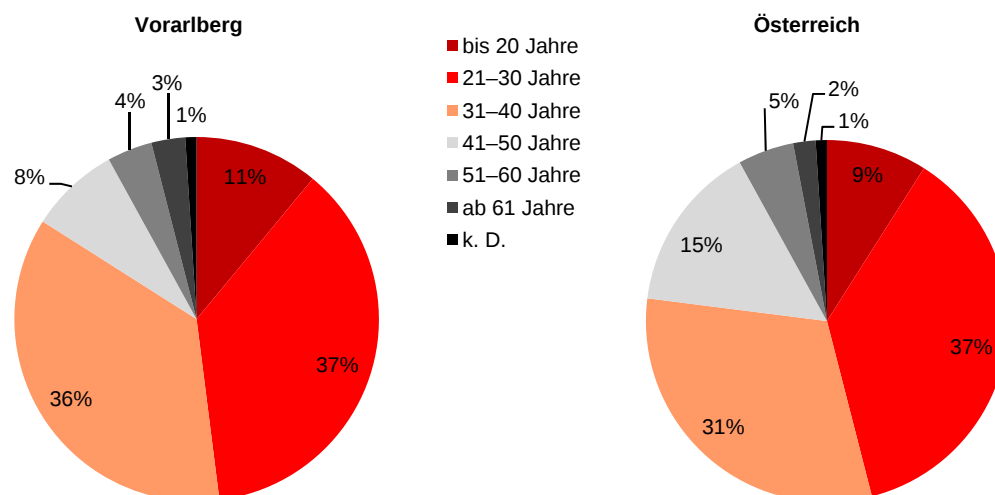
Im Verein Autonomer Österreichischer Frauenhäuser sind 28 Frauenhäuser in Österreich vernetzt, u. a. auch die IfS-FrauennotWohnung Dornbirn, welche die einzige stationäre Einrichtung zur Hilfe bei häuslicher Gewalt in Vorarlberg ist. Im Jahr 2007 wurden dort insgesamt **75 Frauen und 51 Kinder aufgenommen**. Vorarlberg zählte insgesamt **4.482 Aufenthaltstage**, davon 2.971 von Frauen und 1.511 von Kindern. Zusätzlich zur Beratung und Begleitung von Bewohnerinnen gab es 2007 in Vorarlberg 424 Beratungsgespräche mit Frauen, die nicht in im Frauenhaus wohnhaft waren.

suchen, ist verheiratet, ein Viertel bis ein Fünftel ist ledig, und zwölf Prozent sind geschieden. Diesbezüglich besteht kaum ein Unterschied zwischen Vorarlberg und Österreich.

Die Frauen im Vorarlberger Frauenhaus sind im Durchschnitt etwas jünger als die Frauen in allen österreichischen Frauenhäusern. 11 Prozent der Frauen in der IfS-FrauennotWohnung sind 20 Jahre oder jünger, 37 Prozent sind zwischen 21 und 30 Jahre alt, 37 Prozent sind zwischen 31 und 40 Jahre alt, etwa ebenso viele sind zwischen 31 und 40, und 16 Prozent sind älter (vgl. Abbildung 5.1).

Der überwiegende Teil (fast zwei Drittel) der Frauen, die in einer FrauennotWohnung Zuflucht

Abbildung 5.1: Alter der Frauen in Frauenhäusern in Vorarlberg und Österreich 2007



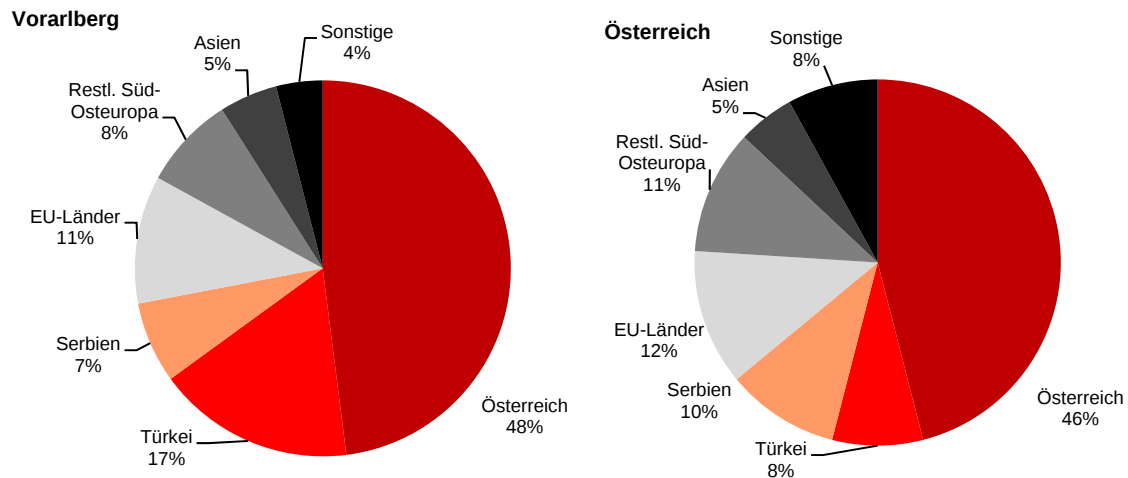
Vorarlberg = Daten des IfS-FrauennotWohnung Dornbirn (n = 75), Österreich = Daten des Vereins Autonomer Österreichischer Frauenhäuser (n = 1.641); k. D. = keine Dokumentation

Quellen: Institut für Sozialdienste / FrauennotWohnung Dornbirn – Tätigkeitsbericht 2007; Verein Autonomer Österreichischer Frauenhäuser – Statistik 2007

Im Jahr 2007 waren fast die Hälfte der in Frauenhäusern in Vorarlberg und Österreich aufgenommenen Frauen österreichische Staatsbürgerinnen. Auffallend hoch ist der Anteil von Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft in Vorarlberg (17 %) gegenüber Österreich (8 %; vgl. Abbildung 5.2). Die Grafik zeigt, dass Frauen unabhängig von ihrer Nationalität von Gewalt

betroffen sind. Für Migrantinnen ist es aber zu- meist schwieriger, Konsequenzen zu ziehen, wenn sie vom Partner Gewalt erfahren, etwa weil sie über ihre Rechte nicht informiert sind oder weil sie in einem Abhängigkeitsverhältnis wegen des Aufenthaltsstatus sind. Außerdem spielen sprachliche Barrieren oder patriarchale Strukturen oft eine große Rolle (vgl. Punkt 5.2.2).

Abbildung 5.2: Nationalität der Frauen in Frauenhäusern in Vorarlberg und Österreich 2007



Vorarlberg = Daten des IfS-FrauennotWohnung Dornbirn (n = 75), Österreich = Daten des Vereins Autonomer Österreichischer Frauenhäuser (n = 1.641);

Quellen: Institut für Sozialdienste / FrauennotWohnung Dornbirn – Tätigkeitsbericht 2007; Verein Autonomer Österreichischer Frauenhäuser – Statistik 2007

Rund 47 Prozent der Frauen in Vorarlberg, die ein Frauenhaus aufsuchen, verfügen über einen Pflichtschul-Abschluss (Österreich: 40 %) oder über gar keine Schulbildung (Vorarlberg: 12 %, Österreich: 6 %). Dies zeigt, dass vor allem Frauen mit geringerem Ausbildungsstand Frauen-

häuser aufsuchen. Rund 40 Prozent der Frauen in der FrauennotWohnung in Dornbirn und 46 Prozent bundesweit verfügen beim Einzug ins Frauenhaus über kein Einkommen oder beziehen lediglich Kinderbetreuungsgeld.

5.1.3 Einrichtungen und Aktivitäten für gewaltbetroffene Frauen

In Österreich existiert ein engmaschiges Netz an Hilfsangeboten für gewaltbetroffene Frauen. Die im Folgenden dargestellten Einrichtungen und

Aktivitäten stellen eine Auswahl an Hilfsangeboten in Vorarlberg und in Österreich insgesamt dar.

Ausgewählte bundesweite Aktivitäten

Frauenhäuser und Beratungsstellen in Österreich

Eine der nachhaltigsten Konsequenzen der Thematisierung von Gewalt gegen Frauen war die Gründung von Frauenhäusern, die den Betroffenen eine sichere Wohnmöglichkeit und psychosoziale Unterstützung anbieten. Das erste und bis dato einzige **Frauenhaus in Vorarlberg**, die FrauennotWohnung in Dornbirn, wurde 1990 eröffnet. In Österreich bestehen derzeit 28 Frauenhäuser, die sich größtenteils zum Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser zusammengeschlossen haben.

Der **Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser** (www.a oef.at) wurde 1988 als Zusammenschluss der Mitarbeiterinnen der autonomen Frauenhäuser in Österreich gegründet. Ziel dieser Vernetzung war eine Verbesserung der Kooperation der einzelnen Einrichtungen und der Informationsaustausch. In Österreich gibt es derzeit sechs **Beratungsstellen** (Auflistung unter www.a oef.at) mit dem Schwerpunkt „Gewalt gegen Frauen und Kinder in der Familie“. Gewaltopfer erhalten nach Terminvereinbarung kostenlose Beratung und Unterstützung.

Interventionsstellen/Gewaltschutzzentren

Interventionsstellen sind Opferschutzeinrichtungen, die Frauen und ihren Kindern nach einer polizeilichen Wegweisung des Partners bzw. Ehemanns Beratung und Unterstützung anbieten. Die Interventionsstellen wurden als Begleitmaßnahme zum österreichischen Gewaltschutzgesetz in allen Bundesländern eingerichtet.

Frauenhelpline gegen Männergewalt

Die Frauenhelpline (0800/222 555, www.frauenhelpline.at) ist eine kostenlose, bundesweite, anonyme Erst- und Krisenberatung für Frauen, Kinder und Jugendliche, die von Gewalt betroffen sind. Sie ist rund um die Uhr besetzt. Nach Bedarf werden die Beratungen auch in Arabisch, Englisch, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Slowenisch, Slowakisch und Türkisch angeboten.

Österreichische Frauennotrufe

Derzeit gibt es in fünf Bundesländern autonome Frauennotrufe (Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien). Gemeinsam ist den fünf Einrichtungen die Spezialisierung auf das Thema

sexuelle Gewalt. Über die Website www.frauennotrufe.at finden sich Links zu den jeweiligen Frauennotrufen in den Bundesländern.

Helpchat

Der Helpchat (www.haltdergewalt.at) ist eine virtuelle Beratungsstelle für Frauen und Mädchen, die in ihrem Lebensumfeld von Gewalt betroffen sind. Es stehen jeweils montags von 19 bis 22 Uhr (außer an Feiertagen in Österreich) abwechselnd zwei Beraterinnen zur Verfügung.

Plattform gegen Gewalt in der Familie

Die Plattform gegen Gewalt in der Familie (www.plattformgegengewalt.at) wurde 1993 auf Initiative des damaligen Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie als Instrument zur Gewaltprävention gegründet. Die Plattform dient der Vernetzung von Hilfseinrichtungen, als österreichweites Forum für den Erfahrungsaustausch und als Beitrag zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Problem der Gewalt in der Familie. Seit 1998 gibt es auch eine Zeitung der Plattform, die seit dem Jahr 2002 vierteljährlich erscheint.

Ausgewählte Hilfseinrichtungen in Vorarlberg

Institut für Sozialdienste Vorarlberg

Das Institut für Sozialdienste Vorarlberg (IfS, www.ifs.at) bietet Menschen in psychischen und sozialen Notsituationen Hilfe an. Das IfS gliedert sich in verschiedene Fachbereiche, wobei die IfS-Beratungsdienste und der IfS-Opferschutz (Interventionsstelle, FrauennotWohnung, Prozessbegleitung, Kinderschutz) für gewaltbetroffene Frauen besondere Relevanz haben.

Die **Interventionsstelle Vorarlberg** (IfS-Interventionsstelle) ist eine gesetzlich anerkannte Opferschutzeinrichtung und wurde als Begleitmaßnahme zur Umsetzung des österreichischen Gewaltschutzgesetzes in Vorarlberg eingerichtet.

Die **FrauennotWohnung Dornbirn** (IfS-FrauennotWohnung) ist die einzige stationäre Einrichtung bei häuslicher Gewalt in Vorarlberg und Mitglied des Vereins Autonomer Österreichischer Frauenhäuser. Sie bietet Platz für zwölf Frauen

und deren Kinder. Im Jahr 2003 wurde zusätzlich zur FrauennotWohnung eine IfS-Außenwohnung geschaffen. Sie steht Frauen, die nach einem Aufenthalt in der FrauennotWohnung für den Aufbau einer eigenständigen Existenzsicherung noch Zeit brauchen, zur Verfügung (vgl. Punkt 1.1.1).

Weiters bietet das Institut für Sozialdienste Gewaltopfern eine **kostenlose Prozessbegleitung** durch Psychologen, Sozialarbeiter und Juristen bzw. Anwälte an. Die Finanzierung erfolgt durch das Bundesministerium für Justiz (Förderung von Einrichtungen der Opferhilfe gemäß Art VI der Strafprozessnovelle 1999).

Fraueninformationszentrum FEMAIL Vorarlberg

Dieses Zentrum (www.femail.at) bietet Information und Beratung zu verschiedenen Anliegen (z. B. Gewalt, Scheidung, Trennung, Karenz,

Bewerbung, Pension etc.) für Frauen in Vorarlberg. Beratungsleistungen können kostenlos und anonym in Form von persönlichen Gesprächen, telefonisch oder per E-Mail in Anspruch genommen werden.

Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung

Das Frauenreferat hat besonders in den letzten Jahren zu den Themen sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt gegen Frauen Forschungsprojekte, Publikationen, Tagungen und Modellprojekte initiiert und durchgeführt, wie z. B. die Projekte „Signal“, „Grenzen überschrei-

ten, Grenzen setzen – gegen Gewalt an Frauen in Ehe und Partnerschaft“. Produkte wie eine Notfallkarte, ein Leitfaden für Familienangehörige, Bekannte und Freunde, Sicherheitstipps für Mädchen und Frauen gegen Männergewalt werden auf der Website der Vorarlberger Landesregierung angeboten (www.vorarlberg.at/frauen).

Weitere Hilfseinrichtungen in Vorarlberg sind die **Wohngemeinschaft für Mutter und Kind in Feldkirch**, eine **Missbrauchsambulanz im A. ö. Krankenhaus der Stadt Dornbirn** und die beim Amt der Vorarlberger Landesregierung eingerichtete **„Plattform gegen Gewalt in der Familie“**.

5.2 Besondere soziale Lagen

5.2.1 Alleinerzieherinnen

13 Prozent aller Familien in Österreich sind Familien mit nur einem Elternteil. In Vorarlberg beträgt der Anteil der Familien mit einem Elternteil (13.400 Familien) 13,1 Prozent. Die überwiegende Mehrheit der alleinerziehenden Elternteile, 88,1 Prozent in Vorarlberg und 85,4 Prozent in Österreich, sind Frauen (vgl. Punkt 2.2.3). Rund 11.800 Frauen in Vorarlberg leben in einer Situation, in der sie allein ein oder mehrere Kinder betreuen. Viele der Kinder sind unter 15 Jahre alt. Hinsichtlich Familienstand setzen sich alleinerziehende Elternteile in Vorarlberg wie folgt zusammen:

- 45,5 Prozent sind geschieden,
- 28,4 Prozent sind verwitwet,
- 17,9 Prozent sind ledig,
- 8,2 Prozent sind verheiratet und leben getrennt vom Ehemann. (ST.AT 2008b)

Aufgrund von Mehrfachbelastungen aus finanziellen, psychosozialen, seelischen und zeitlichen Gründen unterliegen Alleinerzieherinnen einem deutlich höheren Gesundheitsrisiko als Mütter, die in einer ehelichen Gemeinschaft oder einer Lebensgemeinschaft leben. Hinzu kommt eine Dreifachbelastung aus Arbeit, Haushalt und Erziehung, die es zu bewältigen gilt.

Die **gesundheitlichen Belastungen** von alleinerziehenden Müttern resultieren aus folgenden Faktoren:

- Scheidung, Trennung vom oder Tod des Partners, die häufigsten Gründe für das Alleinerziehen von Kindern, sind traumatisierende Ereignisse, die speziell die gesundheitliche Verfassung und seelische Gesundheit von Frauen beeinträchtigen.
- Alleinerzieherinnen beziehen häufig ein geringes Einkommen. Unterhalt wird oft nur für die Kinder bezahlt. Wer durchschnittlich verdient, fällt durch das Netz der Transferleistungen der öffentlichen Hand.
- Durch die Dringlichkeit, sofort nach Trennung oder Scheidung Geld verdienen bzw. Beruf mit Kinderbetreuung vereinbaren zu müssen, nehmen Frauen Jobs an, bei denen sie wenig verdienen und/oder für die sie überqualifiziert sind. In der Folge entwickelt sich hinsichtlich Einkommen, Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie sozialer Absicherung (Beispiel Pension) eine Tendenz nach unten. Schlecht bezahlte Jobs verstärken die ohnehin schon prekäre finanzielle Lage von alleinerziehenden Müttern.

- Häufig sind Alleinerzieherinnen sozial isoliert. Aufgrund von Scheidung oder Trennung zieht sich der alte Freundes- und Bekanntenkreis zurück. Es gibt wenig Zeit, soziale Kontakte zu pflegen oder neue Kontakte aufzubauen. Soziale Isolation verschärft die angespannte psychische Situation der Frauen und von deren Kindern.
- Die Kinderbetreuung wirft häufig große Probleme auf. Eine umfassende Kinderbetreuung in Ergänzung zu Schule und Kindergarten ist nicht immer vorhanden. Zusatzangebote sind kostspielig. Die Kinderbetreuung stellt hinsichtlich Kosten und Organisation einen zusätzlichen Belastungsfaktor für alleinerziehende Mütter dar. Wichtig ist, dass die Bemühungen zur Verbesserung der Kinderbetreuung durch die Landesregierung bzw. die Gemeinden fortgesetzt werden.

Alleinerzieherinnen sind häufiger als andere Personengruppen von **Armut** bedroht. Laut OECD ist jede fünfte Familie mit alleinerziehender Mutter armutsgefährdet. Dies entspricht Platz acht unter dreißig OECD-Staaten. Werden alle Familien berücksichtigt, wird Österreich auf Platz fünf gereiht. Trennung oder Scheidung sind demnach in Österreich mehr als in anderen OECD-Ländern ein Armutsrisiko (OECD 2005). Die soziale Lage hat einen Einfluss auf die Gesundheit. Sie bestimmt maßgeblich die gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und das Gesundheits- und Krankheitsverhalten, was sich wiederum auf die Gesundheit auswirkt. (ÖBIG 2003) Der oftmals schlechte physische Gesundheitszustand wird häufig von psychischen Problemen begleitet (z. B. Angstzustände, innere Unruhe, Stress, Depression [ÖBIG 2002]; vgl. Punkt 3.3.5).

In Österreich liegen keine umfassenden repräsentativen Daten zum **Gesundheitszustand** von Alleinerzieherinnen vor. In der Bundesrepublik Deutschland wurden im Jahr 2003 Ergebnisse veröffentlicht, die darauf hinweisen, dass die Häufigkeit der jemals im Lauf des Lebens erlebten Krankheiten bei Alleinerzieherinnen signifikant höher als in der Vergleichsgruppe verheirateter Mütter ist. Mehr als ein Drittel der Alleinerzieherinnen leidet demnach unter Migräne, jeweils ein Viertel unter gynäkologischen Krankheiten, Allergien und psychischen Erkrankungen. Alleinerziehende Mütter sind laut dieser Studie signifikant häufiger als verheiratete Mütter von psychischen Erkrankungen, Nieren- und Lebererkrankungen und chronischer Bronchitis betroffen. (BMGF 2006)

Der Gesundheitszustand von Alleinerziehenden wird weder österreichweit noch in Vorarlberg systematisch erfasst und dokumentiert. Expertinnen und Experten der **Anlaufstelle für alleinerziehende Personen des Ehe- und Familienzentrums in Feldkirch** stellen fest, dass sich Alleinerziehende oft allein gelassen fühlen, weil sich die eigene Familie oder die Schwiegerfamilie zurückzieht. Armut, Isolation und Überforderung durch Mehrfachbelastungen kennzeichnen die Situation vieler Alleinerzieherinnen. Diese Faktoren beeinträchtigen die psychische Gesundheit und können sich in einer Vielzahl von Symptomen niederschlagen. Als häufige Gesundheitsprobleme werden genannt:

- Anfälligkeit für Infekte durch die Schwächung des Immunsystems,
- Hautprobleme,
- psychiatrische Krankheiten,
- Magen-Darm-Probleme,
- Depressionen und
- Alkoholprobleme.

Unterstützungsangebote für Alleinerziehende in Vorarlberg

- Ehe-und Familienzentrum (EFZ) der Diözese Feldkirch: Dieses bietet als Anlaufstelle Beratung und Psychotherapie für Alleinerziehende. Das Angebot umfasst einen Frühstückstreff, eine Ferienwoche, Seminare, eine Selbsthilfegruppe, eine therapeutisch begleitete Müt-

tergruppe mit Fachimpulsen und das Projekt „gigagampfa“, bei dem Eltern durch die Betreuung der Kinder entlastet werden.

- IfS-Beratungsstellen (psychosoziale Beratung, Psychotherapie, Erziehungs- und Familienberatung),

- Familienempowerment des Vorarlberger Kinderdorfes,
- Besuchscafé des Vorarlberger Kinderdorfes und des IfS,
- Caritas Familienhilfe,
- Ambulanter Familiendienst des IfS und des Vorarlberger Kinderdorfes,
- Beratung und Information durch das FrauenInformationszentrum FEMAIL,
- Erholungswochen der Arbeiterkammer Vorarlberg,
- „Leitfaden für Alleinerziehende“ vom Amt der Vorarlberger Landesregierung (Frauenreferat).

5.2.2 Migrantinnen

Migrantinnen sind eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichem sozialen Status, unterschiedlichen Sprachen und Religionen sowie unterschiedlichem Bildungsgrad. Die Datenlage zur Situation von Migrantinnen in Österreich und Vorarlberg ist dürrig, da viele Statistiken nicht nach Migrationshintergrund (Staatsbürgerschaft und/oder Geburtsland) differenzieren.

Anhand der vorhandenen Datenquellen wird nachfolgend die Situation von Migrantinnen in Vorarlberg dargestellt. Datenbasis für die Punkte

„Herkunft“ und „Sozioökonomische Situation“ sind Bevölkerungsstatistiken der Statistik Austria, die nach dem Kriterium der Staatsbürgerschaft differenzieren. Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurden die Personen nach Staatsbürgerschaft und Geburtsland befragt. Der Punkt „Gesundheitsverhalten von Migrantinnen“ verwendet diese Daten und bezieht sich auf Menschen mit Migrationshintergrund, definiert als jene, die nicht in Österreich geboren wurden.

Herkunft der Migrantinnen in Vorarlberg

Wie bereits in Abschnitt 2.1 erwähnt, ist in Vorarlberg der Anteil von Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft mit rund 13 Prozent an der Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich hoch. Die meisten in Vorarlberg lebenden Ausländerinnen und Ausländer kommen aus der Türkei, Ex-Jugoslawien (vor allem aus Serbien und Montenegro, Bosnien und Herzegowina sowie Kroatien) und Deutschland (vgl. Tabelle 5.2). Deutsche sind aufgrund ihrer sozioökonomischen Situation, ihres kulturellen Hintergrundes und der gleichen Muttersprache im Rahmen der Gesundheitspolitik nicht anders zu behandeln als Österreicherinnen und Österreicher. Relevante Unterschiede bestehen vor allem zu Türkinnen und Türken und zum Teil zu Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Bei der letzten Volkszählung im Jahr 2001 kamen rund 40 Prozent aller in Vorarlberg lebenden Migrantinnen und Migranten aus der Türkei

(Österreich: 18 %), zu Beginn des Jahres 2008 betrug dieser Anteil nur mehr 31 Prozent (Österreich: 13 %). Auch die Anzahl von Personen aus Ex-Jugoslawien ist seit 2001 zurückgegangen. Dieser Rückgang (sowohl absolut als auch anteilmäßig) ist auf die seit 1999 forcierten Einbürgerungen zurückzuführen (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2007). Der Anteil von Menschen mit türkischer Staatsbürgerschaft an der Gesamtbevölkerung betrug in Vorarlberg im Jahr 2008 3,9 Prozent (2001: 5,4 %); österreichweit waren nur 1,3 Prozent (2001: 1,6 %) der Bevölkerung türkische Staatsbürger.

Sowohl in Vorarlberg als auch in Österreich ist der Frauenanteil bei den Personen mit türkischer Staatsbürgerschaft deutlich geringer als bei der inländischen Bevölkerung, auch in der Altersgruppe der über 60-Jährigen. Seit 2001 hat sich dieser Anteil von 44 Prozent auf 48 Prozent erhöht.

Tabelle 5.2: Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit in Vorarlberg und Österreich 2001 und 2008

Staatsangehörig- keit	2001				2008			
	Vorarlberg		Österreich		Vorarlberg		Österreich	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Österreich	304.395		7.322.000		319.752		7.477.178	
Ausland, davon:	46.700	13,3	710.926	8,9	46.625	12,7	854.752	10,3
Türkei	18.838	40,3	127.226	17,9	14.353	30,8	109.716	12,8
Ex-Jugoslawien	15.710	33,6	322.261	45,3	11.855	25,4	299.300	35,0
EU-15 u. Schweiz	9.088	19,5	112.135	15,8	14.296	30,7	182.068	21,3
nahes Osteuropa*	874	1,9	67.092	9,4	1.442	3,1	110.239	12,8
andere	2.190	4,7	82.212	11,6	4.679	10,0	153.429	18,0

* Ungarn, Tschechien, Slowakei, Polen, Rumänien

Quellen: ST.AT – Statistisches Jahrbuch 2009, ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Werden auch diejenigen Personen berücksichtigt, die im Ausland geboren wurden und die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, erhöht sich der Anteil der Türkinnen und Türken in Vorarlberg. Im Jahr 2001 lebten in Vorarlberg rund 21.600 türkischstämmige Menschen in Vor-

arlberg (exkl. derjenigen, die in Österreich geboren wurden und österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, aber deren Eltern zugewandert sind); das entspricht einem Anteil von 6,2 Prozent an der Vorarlberger Gesamtbevölkerung.

Sozioökonomische Situation von Migrantinnen

Die Schulstatistik zeigt, dass in Vorarlberger Pflicht- und Sonderschulen der Anteil von Kindern von Migrantinnen und Migranten deutlich höher ist als an höheren Schulen. Die **Bildungschancen** dieser Kinder sind geringer als von österreichischen Kindern, zumal häufig auch Sprachprobleme bestehen. In weiterer Folge bedeutet dies meist weniger qualifizierte Tätigkeiten und geringere Entlohnung. (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2007)

Die **Erwerbstätigenquoten** von Migrantinnen liegen unter jenen der Österreicherinnen. Im Jahr 2007 waren in Vorarlberg 57 Prozent der Migran-

tinnen und 66 Prozent der Österreicherinnen erwerbstätig. Bei den Männern ist dieser Unterschied etwas geringer. Die geringsten Erwerbstätigenquoten haben sowohl bundesweit (27,3 %) als auch in Vorarlberg (34,1 %) Frauen aus der Türkei (vgl. Tabelle 5.3); sie unterscheiden sich diesbezüglich deutlich von Migrantinnen aus anderen Ländern. Mit ihrer ausschließlichen Hausfrauenrolle korrespondieren höhere Kinderzahlen und historisch gewachsene Familienbilder. Migrantinnen sind hauptsächlich Arbeiterinnen im Bereich der Hilfs- und der angelernten Arbeiten. (BKA/BMFMÖD 2007)

Tabelle 5.3: Erwerbstätigenquoten der 15- bis 64-Jährigen nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht in Vorarlberg und Österreich 2007

Staatsangehörigkeit	Vorarlberg		Österreich	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
Österreich	66,0	82,6	65,9	79,0
Ausland	56,8	77,6	53,3	74,5
davon Türkei	34,1	66,8	27,3	67,5

Quellen: ST.AT – Arbeitskräfteerhebung 2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Im Jahr 2007 betrug die **Arbeitslosenquote** von Frauen in Vorarlberg 6,4 Prozent; rund ein Fünftel der vorgemerkten Arbeitslosen waren Migrantinnen. Im Vergleich zu Österreich ist in Vorarlberg sowohl die Arbeitslosenquote von Frauen als auch der Anteil der Migrantinnen an den Arbeitslosen erhöht (vgl. Tabelle 5.4). Der Zugang

zum Arbeitsmarkt ist für Migrantinnen aufgrund geringerer Qualifikationen und Sprachbarrieren erschwert. Außerdem sind Migrantinnen, v. a. aus Ex-Jugoslawien und der Türkei, häufig in Branchen mit hoher saisonaler Arbeitslosigkeit beschäftigt.

Tabelle 5.4: Anteil ausländischer Personen an der Arbeitslosenquote in Vorarlberg und Österreich 2007

Geschlecht	Vorarlberg		Österreich	
	Arbeitslosenquote 2007	Ausländeranteil* in %	Arbeitslosenquote 2007	Ausländeranteil* in %
Weiblich	6,4	20,8	6,0	15,6
Männlich	5,1	26,5	6,5	19,5

* Anteil der ausländischen an den arbeitslosen Personen insgesamt

Quelle: Arbeitsmarktservice Österreich – Jahresprofil 2007

Familien mit Migrationshintergrund verfügen über ein unterdurchschnittliches **Einkommen**. Trotzdem haben sie relativ hohe Lebenshaltungskosten infolge großer Haushalte und finanzieller

Überweisungen in das Heimatland. Migrantinnen und Migranten gehören zu den besonders arbeitsgefährdeten Bevölkerungsgruppen in Österreich.

Gesundheitsverhalten von Migrantinnen

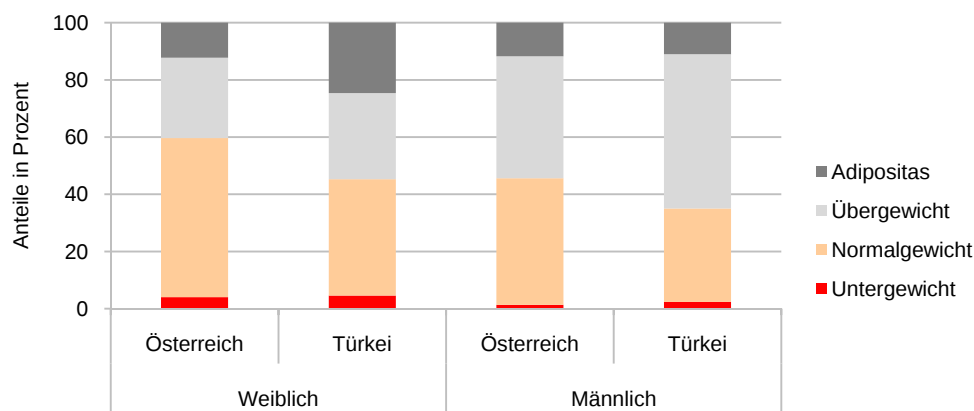
Menschen mit Migrationshintergrund haben im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung erhöhte Gesundheitsrisiken. Zwar ist Migration als solche kein Gesundheitsrisiko, doch die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund führen oft zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands, und strukturelle, sprachliche und/oder kulturelle Barrieren können den Zugang zu Gesundheitsleistungen erschweren. (RKI 2008c)

Bei der Darstellung des Gesundheitsverhaltens ist eine **Differenzierung nach Herkunftsland** sinnvoll. Migrantinnen und Migranten aus EU-Ländern sowie teilweise aus Ex-Jugoslawien weisen im Vergleich zu Österreicherinnen und Österreichern in Bezug auf das Gesundheitsverhalten nur geringe Unterschiede auf. Unter-

de lassen sich vor allem bei Personen aus der Türkei feststellen. Aufgrund des hohen Anteils an türkischstämmigen Personen in Vorarlberg wird nachfolgend das Gesundheitsverhalten dieser Bevölkerungsgruppe mit demjenigen der Personen österreichischer Herkunft verglichen, wobei dieser Vergleich aus statistischen Gründen nur auf Österreich-Ebene gezogen werden kann.

Frauen mit türkischem Migrationshintergrund sind häufiger übergewichtig und adipös als Frauen ohne Migrationshintergrund. Mehr als ein Fünftel der Migrantinnen leidet unter Adipositas und ein weiteres Viertel ist übergewichtig. Die Männer mit Migrationshintergrund sind zwar seltener adipös, aber der Anteil der Übergewichtigen ist noch größer als bei den Frauen (vgl. Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3: *Body-Mass-Index nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Österreich 2006/2007*



Body-Mass-Index (BMI) = kg/m^2 ; Untergewicht: BMI unter 18,5; Normalgewicht: BMI 18,5 bis unter 25; Übergewicht: BMI 25 bis unter 30; Adipositas: BMI 30 und höher

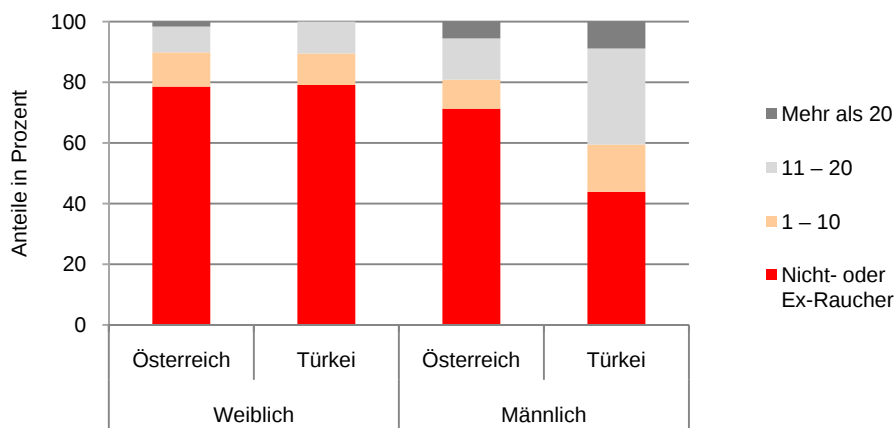
Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Männer mit türkischem Migrationshintergrund rauchen deutlich häufiger als Männer ohne Migrationshintergrund: mehr als die Hälfte zählt zu den Rauchern. Bei den Frauen, die generell

seltener rauchen, gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen Migrantinnen und österreichischen Frauen (vgl. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4: *Täglicher Zigarettenkonsum nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Österreich 2006/2007*



Angaben in Zigaretten pro Tag

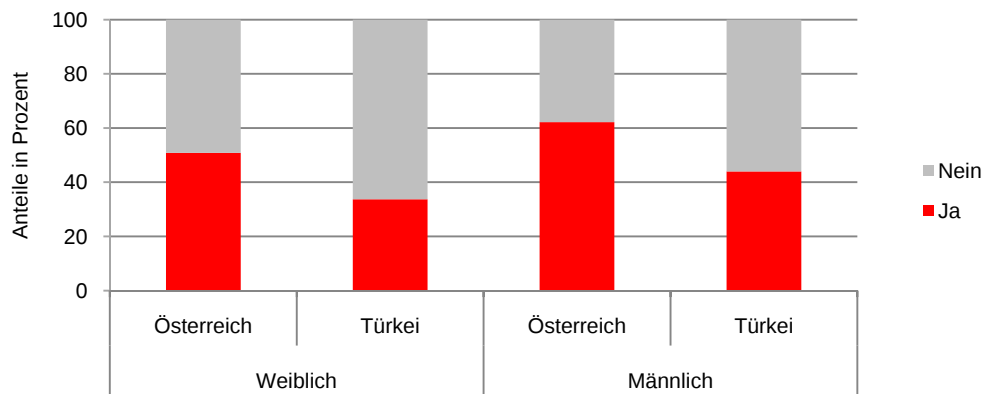
Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Männer betreiben häufiger Sport als Frauen. Bei beiden Geschlechtern sind türkischstämmige Personen deutlich weniger aktiv als Österreicherinnen und Österreichern. Allerdings ist zu ver-

muten, dass türkischstämmige Männer im Rahmen ihrer Erwerbsarbeit körperlich mehr gefordert sind als österreichische Männer (vgl. Abbildung 5.5).

Abbildung 5.5: Körperliche Aktivität nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Österreich 2006/2007



Körperliche Betätigung mindestens einmal pro Woche

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren; hochgerechnete Zahlen, Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Der Zahnstatus ist ein Indikator für das Gesundheitsverhalten (v. a. Ernährung) bei Kindern. Insgesamt ist der Zahnstatus von Vorarlberger Kindern besser als in Österreich (näheres dazu findet sich im Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2009). Bedenklich hoch ist der Unterschied zwischen Kindern mit Migrationshintergrund und

österreichischen Kindern. 51 Prozent der sechsjährigen Kinder ohne Migrationshintergrund, aber nur 27 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund haben in Vorarlberg ein völlig gesundes Gebiss (Österreich: 37 % ohne Migrationshintergrund, 17 % mit Migrationshintergrund). (GÖG/ÖBIG 2006)

Migrantinnenspezifische Probleme

Bei Migrantinnen in Vorarlberg geht es – wie oben dargestellt – primär um Frauen türkischer Herkunft. Frauen türkischer Herkunft sind in mehrfacher Hinsicht gesundheitsbelastenden Situationen ausgesetzt, die sich aus geschlechtsrollenspezifischen und gesellschaftlichen Nachteilen sowie aus schwierigen soziokulturellen, rechtlichen, sozialen und finanziellen Situationen ergeben. Türkische Frauen in Österreich weisen zudem im Durchschnitt einen geringeren Bildungsgrad auf, der wiederum – wie bereits an mehreren Stellen festgestellt – das gesundheitsrelevante Verhalten und in der Folge den Gesundheitszustand maßgeblich beeinflusst. Hinzu kommen psychosoziale Belastungen, z. B. durch Trennung von der Familie oder durch Fremdenfeindlichkeit.

Gewalt gegen Frauen betrifft Migrantinnen besonders. Faktoren wie ökonomischer Druck, aufenthaltsrechtliche Unsicherheit bzw. Abhängigkeit, soziokulturelle Prägungen, Bildungs- und

Sprachdefizite bzw. Isolation beeinflussen sowohl die Gewaltbereitschaft als auch die Situation von Gewaltopfern.

Der aufenthaltsrechtliche Status von Gewaltopfern nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit kann eine Hürde für den Zugang zu Schutz- und Unterstützungsmechanismen darstellen. Frauen, die im Rahmen des Familiennachzuges ihrem Ehemann nach Österreich gefolgt sind, können im Falle einer Scheidung in Österreich ihr Aufenthaltsrecht verlieren. Eine der wenigen „Fluchtmöglichkeiten“ für von häuslicher Gewalt betroffene Migrantinnen ist ein Frauenhaus. In der FrauennotWohnung Dornbirn hatten im Jahr 2007 mehr als die Hälfte der aufgenommenen Frauen Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 5.2).

Zwangsheirat ist für Menschen aus manchen Herkunftsländern in Österreich ein Thema. Laut Migrationsbericht handelt es sich bei den meis-

ten in Österreich dokumentierten Fällen um minderjährige Mädchen mit österreichischer Staatsbürgerschaft aus albanischen, bosnischen, griechischen, indischen, kurdischen, tamilischen, türkischen und Roma-Familien. „Die Auswirkungen einer Zwangsehe können fatal sein. Die betroffenen Mädchen brechen häufig die Schule ab und verlieren ihr soziales Umfeld. Eine unfreiwillige Übersiedlung ins Herkunftsland des Bräutigams kann große seelische und ökonomische Probleme auslösen. Frauen, welche nach Österreich ‚importiert‘ werden, sprechen zudem nicht Deutsch, sind völlig isoliert, rechtlos und auf die Familie des Mannes in jeder Hinsicht angewiesen.“ (BKA/BMFMÖD 2007) In Österreich wird die Zwangsheirat im § 106 Strafgesetzbuch geregelt und gilt als schwere Nötigung.

Das Alter für die Familienzusammenführung von Ehegatten aus Drittstaaten wurde auf 18 Jahre angehoben.

Mädchen- und Frauenhandel ist österreichweit zweifellos ein migrantinnenspezifisches Problem, doch sind davon v. a. Frauen aus Lateinamerika sowie aus den mittel- und osteuropäischen Nachbarländern betroffen. Da in Vorarlberg die Mehrheit der Migrantinnen aus der Türkei kommt, wird dieses Thema im vorliegenden Bericht nicht näher ausgeführt. Auch **Genitalverstümmelung von Frauen** (Female Genital Mutilation – FGM) ist kein Thema, von dem Türcinnen betroffen sind, sondern Mädchen und Frauen v. a. aus Afrika und einigen Ländern des Nahen Ostens. (BKA/BMFMÖD 2007)

Ausgewählte Aktivitäten im Bereich der Integrationsarbeit in Vorarlberg

Maßnahmen und Angebote für Zugewanderte bestehen in Vorarlberg bereits seit Beginn der „Gastarbeiterzuwanderung“ in den 1960er Jahren. Im Vordergrund standen damals Beratungs- und Übersetzungsangebote sowie die Bereitstellung von Wohnraum. Diese „Ausländerpolitik“ veränderte sich in den letzten Jahren immer mehr in Richtung „Integrationspolitik“, auch deshalb, weil die damals Zugewanderten und ihre Kinder nicht in die Herkunftsländer zurückkehren werden. Nachfolgend werden die wichtigsten integrationspolitischen Einrichtungen und Aktivitäten in Vorarlberg aufgelistet:

- Projektstelle „okay.zusammenleben“ – landesweiter Wissens- und Kompetenzort für Fragen von Zuwanderung und Integration (<http://www.okay-line.at>)
- Koordinationsstelle für Integrationsangelegenheiten im Amt der Vorarlberger Landesregierung
- Referate für Integration in Dornbirn, Bregenz und Bludenz
- Integrationsleitbild der Stadt Dornbirn und der Stadt Bregenz
- Einrichtung von Integrationsausschüssen in mehreren Vorarlberger Städten und Gemeinden
- 1. Vorarlberger Integrationskonferenz am 27. Juni 2008
- Ausländerberatungsstelle im Vorarlberger Landesschulrat
- Büro für Interkulturelle Angelegenheiten der Diözese Feldkirch
- Büro für Interkulturelle Angelegenheiten der Arbeiterkammer Vorarlberg
- FrauenInformations-Telefon in deutscher und türkischer Sprache (0810/00 63 62)
- Islam-Beauftragter der katholischen Kirche
- Gesellschaft für ausländische ArbeitnehmerInnen in Vorarlberg
- Türkische Plattform – Zusammenschluss von türkischen Vereinen
- Umfangreiches Angebot an Deutschkursen für Migrantinnen im gesamten Bundesland
- Im Sozialbereich tätige Institutionen mit Angeboten für Migrantinnen
 - o Institut für Sozialdienste (IFS)
 - o FrauenInformationszentrum FEMAIL
 - o AKS Arbeitskreis für Sozialmedizin
 - o SUPROmobil (Präventions- und Suchtberatung für Migrantinnen)
 - o Stiftung Maria Ebene (Suchtgefährdung bei Migrantinnen)
 - o Caritas (Integration von anerkannten Flüchtlingen)

5.2.3 Prostitution

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Ausübung der Prostitution wird in Österreich durch mehrere Gesetze auf Bundes- und Landesebene geregelt. Auf Bundesebene sind amtsärztliche Untersuchungen für Prostituierte vorgeschrieben (Aids-Gesetz, Geschlechtskrankheiten-Gesetz). Prostituierte müssen sich wöchentlich einer amtsärztlichen Untersuchung unterziehen und mindestens alle drei Monate einen Aids-Test durchführen lassen. Dabei erhalten sie soziale und psychologische Beratung und Betreuung. Alle darüber hinausgehenden Bestimmungen bezüglich Prostitution sind Landessache und werden von den Bundesländern unterschiedlich geregelt.

Sämtliche Bundesländer haben von ihrer Regelungskompetenz Gebrauch gemacht und die Anbahnung und Erbringung von sexuellen Dienstleistungen gesetzlich geregelt. Eigene

Prostitutionsgesetze gibt es in Kärnten, Niederösterreich, in der Steiermark und in Wien. Im Burgenland, in Oberösterreich, Salzburg und Tirol ist Prostitution im Rahmen der Polizeistrafgesetze geregelt, und in Vorarlberg gibt es ein sogenanntes Sittenpolizeigesetz (Vorarlberger Sittenpolizeigesetz, LGBI 1976/1 in der Fassung LGBI 2008/1, Abschnitt 3: Gewerbsmäßige Unzucht).

In Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg ist Prostitution generell nur in bewilligten Bordellen erlaubt. In Wien, Niederösterreich, Steiermark und dem Burgenland ist Prostitution bzw. die „Anbahnung der Prostitution“ zu bestimmten Zeiten darüber hinaus auch an bestimmten öffentlichen Orten und unter bestimmten Bedingungen auch in Wohnungen (Hausbesuche) erlaubt.

Situation in Vorarlberg

Laut § 4 und § 5 Sittenpolizeigesetz ist in Vorarlberg die Ausübung von Prostitution **nur in bewilligten Bordellen** erlaubt. Eine spezielle Situation ergibt sich in Vorarlberg dadurch, dass derzeit kein bewilligtes Bordell in Betrieb ist. In den Jahren 2005 bis 2008 waren in Vorarlberg durchschnittlich acht Verfahren pro Jahr wegen Verdachts der Ausübung von Prostitution anhängig.

Zur gesundheitlichen Situation der Prostituierten in Vorarlberg ist zu erwähnen, dass Hinweise für ein dezidiertes Public-Health-Problem weder aus

der ambulanten noch aus der stationären Gesundheitsversorgung bekannt geworden sind. Die niedrigen HIV-Infektionszahlen sind seit vielen Jahren konstant, und auch die Statistik über meldepflichtige Infektionskrankheiten ist unauffällig. So ist z. B. die Inzidenz bei Lues und Gonorrhoe laut Abteilung Dermatologie/Venerologie am LKHF in den letzten Jahren zurückgegangen. Die Stiftung Maria Ebene bietet mit den Beratungsstellen Clean psychosoziale Hilfe für Prostituierte mit Schwerpunkt im Bezirk Bregenz an.

5.3 Frauen mit Behinderung

Definition und Klassifikation von Behinderung

International betrachtet weichen Definitionen des Begriffs Behinderung stark voneinander ab. Die WHO hat 2001 die ressourcen- und defizitorientierte ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) entwickelt. Sie ist ein medizinisches Konzept zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung sowie der relevanten Umweltfaktoren von Menschen. Damit löst die ICF das 1980 entwickelte Klassifikationsschema ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) und die später daraus modifizierte ICIDH-2 ab und entwickelte sich von einer Klassifikation der „Krankheitsfolge“ zu einer Klassifikation der „Komponenten der Gesundheit“. (DIMDI/WHO 2005)

Im nationalen Rahmen gibt es zwei wesentliche Definitionen für die Behindertenpolitik des Bundes und der Länder:

- Behinderte Menschen sind Personen, die in einem lebenswichtigen sozialen Beziehungsfeld (z. B. Bildung, Erwerbstätigkeit, Wohnen und Freizeitgestaltung) körperlich, geistig oder seelisch dauernd wesentlich beeinträchtigt sind oder denen eine solche Beeinträchtigung in absehbarer Zeit droht. (BMSGK 2003)
- Behindert sind Menschen, denen es ohne Hilfe nicht möglich ist, geregelte soziale Beziehungen zu pflegen, sinnvolle Beschäftigung zu erlangen und auszuüben und angemessenes und ausreichendes Einkommen zu erzielen. BMSGK 2003)

Als Mensch mit Behinderung im Sinne des **Vorarlberger Chancengesetzes** gilt eine Person, die aufgrund einer nicht nur vorübergehenden

Beeinträchtigung ihrer körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten. Leistungen (Integrationshilfe) im Sinne dieses Gesetzes sind Hilfen, die darauf hinwirken, die Teilhabe des Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft zu stärken.

Grundsätzlich können Behinderungen nach Art der Schädigung und ihrer Auswirkungen (körperliche Behinderung, Sinnesbehinderung, Sprachbehinderung, psychische Behinderung, Lernbehinderung und geistige Behinderung) oder nach der Behinderungsursache klassifiziert werden. Als Behinderungsursache kommen entweder angeborene Behinderungen infrage (durch Vererbung bzw. chromosomal bedingt oder vor der Geburt entstandene Schädigungen) oder erworbene Behinderungen (während der Geburt, durch Krankheiten, Unfälle, Gewalteinwirkungen oder durch Alterungsprozesse entstanden).

Die wichtigste Informations- und Datenquelle zum Thema „Menschen mit Behinderung“ stellt der vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz herausgegebene Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich dar. Es gibt allerdings keine Daten über die Gesamtzahl von Personen mit Behinderung in Österreich oder Vorarlberg.

Tabelle 5.5 bietet eine österreichweite Übersicht einzelner Gruppen von Personen mit Behinderung. Die größten Gruppen stellen die Menschen, die Invaliditätspensionen bzw. Bundespflegegeld beziehen, dar.

Tabelle 5.5: Übersicht über einzelne Gruppen von Menschen mit Behinderung 2007

Gruppen behinderter Menschen	Rechtsgrundlage	Österreich
Begünstigte Behinderte	Behinderteneinstellungsgesetz	94.190
Vorgemerkte Arbeitslose mit Behinderung	Arbeitsmarktservice	31.392
Invaliditätspensionen	Pensionsversicherung	446.676
Versehrtenrentenbezieher	Unfallversicherung	88.743
Beschädigte	Kriegsopferversorgungsgesetz	16.629
Beschädigte	Heeresversorgungsgesetz	1.716
Erhöhte Familienbeihilfe	Familienlastenausgleichsgesetz	68.000
Bundespflegegeldbezieher (inkl. Ausland)*	Bundespflegegeldgesetz	351.057
Landespflegegeldbezieher*	Landespflegegeldgesetz	60.919

* Diese Daten sind nur auf Bundesebene verfügbar.

Quelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hg.): Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich 2008 – Begutachtungsentwurf, 2008; Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2007 (*)

Rechtliche Rahmenbedingungen

In Österreich gibt es eine Vielzahl von Gleichbehandlungs- und Antidiskriminierungsgesetzen, die ausgehend von den Antidiskriminierungsrichtlinien der EU die rechtlichen Rahmenbedingungen für Menschen mit Behinderung bilden. Die Gleichstellung von Frauen und Männern mit Behinderung in Österreich wird durch das 2006 in Kraft getretene **Bundesbehindertengleichstellungsgesetz (BGStG)** geregelt. Ziel dieses Gesetzes ist, Menschen mit Behinderungen vor Diskriminierung zu schützen und ihnen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Es wird differenziert nach einer unmittelbaren Diskriminierung (weniger günstige Behandlung) und einer mittelbaren Diskriminierung (Benachteiligung aufgrund der Behinderung), wobei auch Belästigung und Anweisung von Dritten zu Diskriminierung und Belästigung als Diskriminierung definiert sind.

Der Bund versucht mit dem **Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG)**, das sich im Wesentlichen auf drei Säulen stützt (Beschäftigungspflicht, finanzielle Anreize zur Förderung der Eingliederung, Assistenzleistungen), in der Arbeitswelt Personen vor Diskriminierung aufgrund einer Behinderung zu schützen. Gemäß diesem Gesetz sind alle Dienstgeber mit mehr als 25 Beschäftigten verpflichtet, auf je 25 Dienstneh-

mer mindestens einen behinderten Menschen einzustellen („begünstigter Behinderter“). Sollte die Beschäftigungspflicht nicht oder nicht zur Gänze erfüllt werden, muss eine Ausgleichstaxe entrichtet werden. Unter „begünstigten Behinderten“ werden im Wesentlichen Personen verstanden, die einen Behinderungsgrad von mindestens fünfzig Prozent aufweisen. Ein begünstigter Behinderter muss zur Ausübung der Erwerbstätigkeit auf dem geschützten Arbeitsplatz geeignet sein. Unter anderem haben „begünstigte Behinderte“ einen besonderen Kündigungsschutz, erleichterten Zugang zu Förderungen, Zusatzurlaub, Lohnsteuerfreibeträge und Fahrpreisermäßigungen.

Auf Landesebene existiert in Vorarlberg das **Vorarlberger Chancengesetz**. Es wurde im Jahr 2006 mit dem Ziel beschlossen, Menschen mit Behinderung gleichwertige Lebensbedingungen zu ermöglichen. Mit diesem Gesetz sollen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Menschen mit Behinderung gefördert werden.

Weitere wichtige rechtliche Rahmenbedingung für Menschen mit Behinderung sind das Bundespflegegeldgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Familienlastenausgleichsgesetz.

Pflegegeldbezieherinnen in Vorarlberg

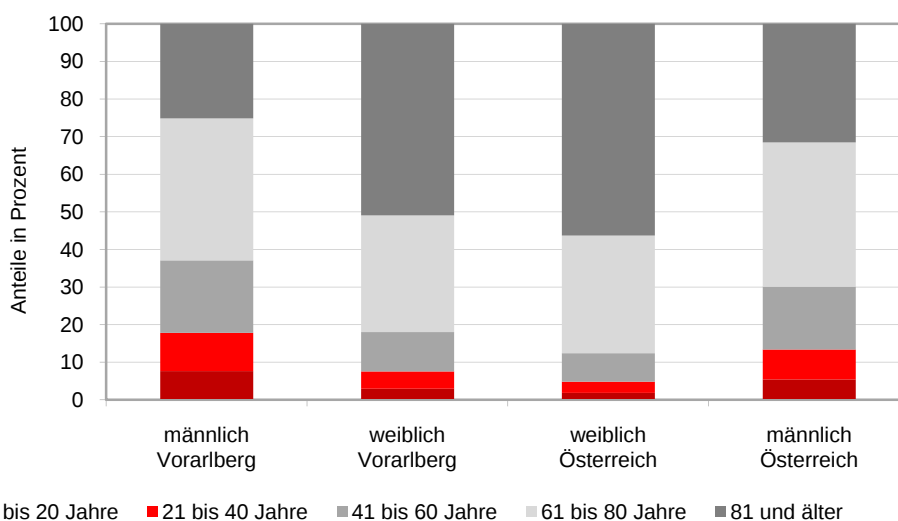
Das Pflegegeld ist eine eigenständige Sozialleistung und wird unabhängig von Vermögen und Einkommen gewährt. Es kann als eine zweckgebundene Leistung zur teilweisen Abdeckung pflegebedingter Mehraufwendungen gesehen werden. Für einen Anspruch auf Pflegegeld (Bundes- oder Landespflegegeld) müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung bzw. einer Sinnesbehinderung, die voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird,
- ständiger Pflegebedarf von zumindest 50 Stunden im Monat,
- gewöhnlicher Aufenthalt in Österreich; die Gewährung von Pflegegeld im EWR-Raum ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

Im Jahr 2007 bezogen in Vorarlberg 13.458 Personen Pflegegeld, das entspricht rund 37 Personen pro 1.000 Einwohnern. Österreichweit lag der entsprechende Wert mit 49 Personen pro 1.000 Einwohnern deutlich höher. Österreichweit und auch in Vorarlberg sind etwa zwei Drittel der Bundespflegegeldempfänger weiblich.

Mehr als die Hälfte der Bundespflegegeldempfänger ist älter als 80 Jahre, bei Männern macht die Gruppe der 61- bis 80-Jährigen den größten Anteil aus. Der Anteil der unter 60-jährigen Pflegegeldempfänger ist bei Männern mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen.

Abbildung 5.6: Pflegegeldbezieher nach Geschlecht und Altersgruppen in Vorarlberg und Österreich 2007, Anteile in Prozent



Anmerkung: Rundungsdifferenzen wurden ausgeglichen

Quelle: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz – Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Im Zeitraum 2000 bis 2007 hat sich sowohl in Vorarlberg als auch in Österreich insgesamt die Anzahl der Pflegegeldbezieher erhöht. Allerdings ist die Zunahme in Vorarlberg (+40 %) deutlich höher als bundesweit (+24 %). Fast die Hälfte der Vorarlberger Pflegegeldempfänger und et-

was mehr als die Hälfte österreichweit sind in Pflegestufe eins oder zwei eingestuft. Zwischen 2000 und 2007 hat sich vor allem die Anzahl der in Pflegestufe sechs und sieben eingestuften Pflegegeldbezieher in Vorarlberg stark erhöht (vgl. Tabelle 5.6).

Tabelle 5.6: Bundes- und Landespflegegeldbezieher nach Pflegestufen in Vorarlberg und Österreich 2000–2007

Pflegestufen	Vorarlberg			Österreich*		
	2000	2007	Veränderung in Prozent	2000	2007	Veränderung in Prozent
Pflegestufen 1–2	4.875	6.320	29,6	179.601	224.086	24,8
Pflegestufen 3–5	4.151	5.749	38,5	134.286	160.644	19,6
Pflegestufen 6–7	549	1.296	136,1	14.012	20.695	47,7
Gesamt	9.575	13.365	39,6	327.899	405.425	23,6

*exkl. Pflegegeldbezieher im Ausland

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2000–2007; ÖBIG-FP-eigene Berechnungen

Erwerbsbeteiligung von Frauen mit Behinderung

Frauen mit Behinderung haben laut Behinderntenbericht (BMsSGK 2008) schlechtere Berufschancen als Männer mit Behinderung, da sie seltener über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen und öfter in unterbezahlten, frauentypischen Berufen tätig sind. Dies wirkt sich negativ auf ihre finanzielle Situation und ungünstig auf ihre psychosoziale Befindlichkeit aus.

Die Zahl der beim AMS in Vorarlberg vorgemerkten arbeitslosen Personen mit gesundheitlichen

Vermittlungseinschränkungen (Personen, deren Behinderung im Sinne des Behinderteneinstellungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes oder des Landesbehindertengesetzes festgestellt wurde) ist bei Frauen und Männern seit 2002 gestiegen. Im Jahresdurchschnitt 2007 waren in Vorarlberg rund 18 Prozent der Gesamtarbeitslosen Personen mit Vermittlungseinschränkungen, in Österreich machte dieser Anteil rund 14 Prozent aus.

Spezifische Probleme von Frauen mit Behinderung

Wie dieses Kapitel insgesamt beruhen auch die folgenden Ausführungen zu spezifischen Problemen von behinderten Frauen vor allem auf dem Behindertenbericht des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Sie stellen einen wichtigen Aspekt zum Thema Frauen mit Behinderung dar, haben aber keine vorarlbergspezifische Komponente.

Menschen mit Behinderung sind mit einigen spezifischen zusätzlichen Problemen konfrontiert. Ein besonderer frauenspezifischer Aspekt betrifft die **sexuelle Gewalt**. Die verstärkte Abhängigkeit von Menschen mit Behinderung führt dazu, dass insbesondere Frauen mit Behinderung sexueller Gewalt ausgesetzt sind. (BMsSGK 2003)

Da zwei Drittel der über 75-Jährigen in Österreich Frauen sind, ist das Thema **Gewalt gegen**

ältere Menschen für Frauen von besonderer Relevanz. Diese Art der Gewalt kann über körperliche Misshandlung hinausgehen und verschiedene Formen haben. Als Ursache von Gewalt gegen ältere Menschen werden fehlende Distanzierungsmöglichkeiten und soziale Isolation der Betroffenen sowie psychische und körperliche Überforderung der Pflegepersonen genannt. (<http://www.bmsk.at>)

Für Frauen mit Behinderung sind die Themen **Partnerschaft, Sexualität und Familie** meist gleich bedeutsam wie für Frauen ohne Behinderung. Für Menschen mit Behinderung ist es jedoch zumeist schwieriger, Partner zu finden, und sie sind deshalb auf die Unterstützung von professionellem Betreuungspersonal und Familie angewiesen. Aus diesem Grund erfolgte in den letzten Jahren eine verstärkte Auseinanderset-

zung mit dem Thema „Sexualität von Menschen mit Behinderung“ in Form von Projekten (z. B. „Pfefferoni – alles rund um Freundschaft, Flirt und Liebe“, ein Angebot, das Menschen mit Behinderungen Kontakte ermöglicht). Wichtige Themen in diesem Kontext sind:

- Neuorientierung in Erziehung und Sozialpädagogik,

- bewusster Umgang mit Fragen von Familiengründung und Kinderwunsch,
- sexuelle Aufklärung und
- verantwortungsbewusster Umgang mit bestehenden Machtverhältnissen zwischen Betreuer und zu betreuende Person sowie Wahrung persönlicher Grenzen. (BMsSGK 2003, 2008)

6 Spezifische Gesundheitseinrichtungen für Mädchen und Frauen

Die **Fachstelle Frauengesundheit** wurde im Jahr 2008 als Drehscheibe für frauenspezifische Gesundheitsfragen in Vorarlberg eingerichtet. Die Fachstelle hat eine koordinierende und vermittelnde Funktion. Die Leistungen der Fachstelle kommen sowohl Kundinnen als auch Netzwerkpartnerinnen und -partnern zugute. Die konkreten Angebote werden in Hinblick auf bestmögliche Synergieeffekte und mit Bedacht auf Kooperation und Vernetzung mit anderen (sozial-)medizinischen Einrichtungen geplant und umgesetzt. Die Fachstelle Frauengesundheit greift drei grundlegende Handlungsfelder auf, nämlich Wissensmanagement, Netzwerkarbeit und Beratung. Folgende Ziele wurden für die Fachstelle Frauengesundheit im Rahmen der Konzeptidee definiert:

- Informationsaufbereitung und Wissenstransfer zu frauenspezifischen Gesundheitsfragen,
- Anlaufstelle für Frauen mit Fragen zur Frauengesundheit: Empowerment, Prävention, Vermittlung,
- Fachstelle (mit Genderkompetenz) für frauenspezifische Gesundheitsthemen in Vorarlberg,
- Aufgreifen von Themenschwerpunkten und Bedarfen, Entwicklung von Konzepten zur Förderung der Gesundheit von Frauen (und Mädchen),
- interdisziplinäre Zusammenarbeit und transregionale Vernetzung,
- Vermittlungs- und Informationstätigkeit in Bezug auf regionale Präventions- und Versorgungsangebote,
- Förderung der Vernetzung von Gesundheitseinrichtungen, Aufgreifen von Kooperationsideen.

Frauengesundheit umfasst das körperliche, geistige, emotionale wie auch das soziale Wohl von Frauen. In der Beratung widmen sich die Mitarbeiterinnen

- der Klärung der Anliegen der Kundinnen,
- der Stärkung und Motivation in Sachen Gesundheitsprävention und Lebensstilführung,
- der Weitervermittlung an passende Fachinstitutionen,
- der Weitergabe von Infrastrukturwissen und Informationen zu Behandlungsleistungen und
- der Informationen zu frauenspezifischen Gesundheitsangeboten und -themen.

Im Rahmen der Netzwerktätigkeit werden Kooperationswünsche der Netzwerkpartner aufgegriffen, was einerseits die Organisation von Schnittstellen und andererseits den Austausch zu frauenrelevanten Gesundheitsthemen fördert. Eine umsichtige Vernetzung ist die Basis für übereinstimmende Konzeptentwicklungen und geeignetes Aufgreifen von Brennpunkten im Frauengesundheitswesen.

In der Pilotphase schuf die Fachstelle Frauengesundheit im Rahmen von Recherchen, Informationsgesprächen und Austausch über **frauenspezifische Gesundheitsangebote** die Grundlage für eine gelingende Vernetzung mit den regionalen Institutionen aus dem Gesundheits- und dem psychosozialen Bereich. Darüber hinaus wurde eine **Online-Informationsdatenbank** zu den frauenspezifischen Gesundheitsangeboten im Land Vorarlberg entwickelt und eine Informations- und Beratungsstelle für Frauen mit Gesundheitsfragen eingerichtet.

Nachfolgend sind die Angebote thematisch aufgelistet. Angeführt sind weiters die Institutionen, die über die entsprechenden frauenspezifischen Gesundheitsangebote verfügen. Details zu den frauenspezifischen Gesundheitsangeboten in Vorarlberg können von der FEMAIL-Informationsdatenbank (www.femail.at) abgerufen werden.

Tabelle 6.1: Institutionen und deren frauenspezifische Angebote in Vorarlberg

Thema	Anbietende Institution
Brustgesundheit	Frauenselbsthilfe nach Krebs
Erholung	AK – Arbeiterkammer Vorarlberg
Ernährung	aks Gesundheitsvorsorge GmbH
Essprobleme	Caritas Bregenz Clean Bludenz IfS-Beratungsstellen Lebensraum Mädchenzentrum Amazone
Frauengesundheitsinformation	FEMAIL FrauenInformationszentrum Vorarlberg
Gewalt	IfS-Frauennotwohnung IfS-Interventionsstelle Mädchenzentrum Amazone Krankenhaus der Stadt Dornbirn – Ambulanz für sexuellen Missbrauch und Gewalt schwanger.li Feldkirch Club Antenne Laut-Stark – Selbstverteidigung für Frauen und Mädchen
Krebstherapie	Österreichische Krebshilfe Vorarlberg
Mädchen	Mädchenzentrum Amazone schwanger.li Feldkirch Ehe- und Familienzentrum
Osteoporose	AOP-Vorarlberg
Patientinnenrechte	Patienten-anwaltschaft Vorarlberg
Persönlichkeitsentwicklung	Club Antenne Bildungshaus Batschuns
Prostitution	Clean Bregenz
Schwangerschaft/Geburt	Landeskrankenhaus Bludenz – Stillambulanz schwanger.li Mädchenzentrum Amazone Hebammenpraxis Dornbirn IfS-Beratungsstellen aks Gesundheitsvorsorge GmbH – Stillhotline Ehe- und Familienzentrum Ärztelhaus Montfort Hebammengremium
Seelische Gesundheit	IfS-Beratungsstellen Ehe- und Familienzentrum Mädchenzentrum Amazone Lebensraum Hebammenpraxis
Sexualität	schwanger.li Mädchenzentrum Amazone Ehe- und Familienzentrum
Sucht	aks Gesundheitsvorsorge GmbH H.I.O.B. – Caritas Feldkirch TeamMika Suchtberatung
Wohnen	Caritas Vorarlberg Haus der Hoffnung

Quelle: FEMAIL – FrauenInformationszentrum Vorarlberg, 2008

Besonders zu erwähnen ist das Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige in Vorarlberg. Dieses Thema nimmt im Vorarlberger Betreuungs- und Pflegenetz einen Schwerpunkt ein.

Der ambulante Fachdienst Hauskrankenpflege ist dezentral und flächendeckend ausgebaut, Kurzzeitpflege (für Urlaub von der Pflege) wird von allen 49 Pflegeheimen angeboten, über

30 Pflegeheime bieten Tagesbetreuung an. Haushaltsnahe Dienstleistungen (Betreuung, Haushaltshilfe ...) stehen ebenfalls flächendeckend zur Verfügung. Informationen über das Unterstützungsangebot werden vielfältig produziert und kommuniziert (Broschüren, Internet ...). In einem Kurhotel im Bregenzerwald werden –

mitgetragen von Krankenversicherungsträgern, der Arbeiterkammer und dem Land Vorarlberg – Erholungsurlaube für pflegende Angehörige angeboten. Speziell an pflegende Angehörige von Menschen mit demenziellen Erkrankungen richtet sich das Angebot „Tandem“ (Angehörigengruppen mit einer beschränkten Teilnehmerzahl).

Tabelle 6.2: Kontaktdaten der anbietenden Institutionen in Vorarlberg

Institution	Adresse	Telefon/Fax	Website
AK – Arbeiterkammer Vorarlberg	Widnau 2–4 6800 Feldkirch	Tel.: 050/258 Fax: 050/258 10 01	www.ak-vorarlberg.at
aks Gesundheitsvorsorge GmbH	Rheinstraße 61 6900 Bregenz	Tel.: 0 55 74/202-1025	www.aks.or.at
AOP-Vorarlberg	Auf der Matte 53 6900 Bregenz	Tel.: 0 55 74/758 16	
Ärztehaus Montfort (Langzeitverhütung – Konflikt- schwangerschaft)	Montfortstraße 17 6900 Bregenz	Tel.: 0 55 74/429 55	www.aerztehaus-montfort.eu
Bildungshaus Batschuns	Kapf 1 6832 Zwischenwasser	Tel.: 0 55 22/44 29	www.bildungshaus-batschuns.at
Caritas Vorarlberg	Rosamichlweg 12 6800 Feldkirch	Tel.: 0 55 22/200-1800	www.caritas-vorarlberg.at
Clean Bludenz	Kasernplatz 5 6700 Bludenz	Tel.: 0 55 52/650 40	www.mariaebene.at
Clean Bregenz	Bergstraße 8 6900 Bregenz	Tel.: 0 55 74/45 40	www.mariaebene.at
Club Antenne	Höchstlerstraße 30 6850 Dornbirn	Tel.: 0 55 72/263 74	www.selbsthilfe-vorarlberg.at
Ehe- und Familienzentrum	Herrengasse 4 6800 Feldkirch	Tel.: 0 55 22/741 39	www.efz.at
FEMAIL FrauenInformations- zentrum e. V	Marktgasse 6 6800 Feldkirch	Tel.: 0 55 22/310 02	www.femail.at
Frauenselbsthilfe nach Krebs	Burgen 771 6861 Alberschwende	Tel.: 0 55 79/740 46	
Haus der Hoffnung	Lustenauerstr. 67 6850 Dornbirn	Tel.: 0 55 72/551 36	
Hebammengremium	Ausserberg 22 6707 Bürserberg	Tel.: 0 55 52/339 92	www.vorarlberg.hebammen.at
Hebammenpraxis Dornbirn	Bahnhofstr. 33 6850 Dornbirn	Tel.: 0 55 72/720 47 00	www.hebammenpraxis.co.at
H.I.O.B. – Caritas Feldkirch	Wohlendstraße 1 6800 Feldkirch	Tel.: 0 55 22/200-15	www.caritas-vorarlberg.at
IfS-FrauennotWohnung	Postfach 187 6850 Dornbirn	Tel.: 0 55 72/293 04	www.ifs.at
IfS Bregenz	St. Anna-Straße 2 6800 Bregenz	Tel.: 0 55 74/428 90	www.ifs.at
IfS Dornbirn	Kirchgasse 4b 6800 Dornbirn	Tel.: 0 55 72/213 31-0	www.ifs.at
IfS-Interventionsstelle Vorarlberg	Drevesstraße 2/3 6800 Feldkirch	Tel.: 0 55 22/824 40 Fax: 0 55 22/824 40 20	www.ifs.at
Krankenhaus der Stadt Dornbirn (Gynäkologische/Geburtshilfliche Abteilung)	Lustenauerstraße 4 6850 Dornbirn	Tel.: 0 55 72/303	www.spital.dornbirn.at
Laut-Stark – Selbstverteidigung für Frauen und Mädchen		Tel.: 0 55 50/33 55	www.laut-stark.at

Quelle: FEMAIL – FrauenInformationszentrum Vorarlberg, 2008

Fortsetzung Tabelle 6.2

Institution	Adresse	Telefon/Fax	Website
Lebensraum Bregenz	Clemens-Holzmeister-Gasse 2 6900 Bregenz	Telefon: 0 55 74/527 00	www.lebensraum-bregenz.at
LKH-Bludenz	Spitalgasse 13 6700 Bludenz	Telefon: 0 55 22/603	www.lkhz.at
Mädchenzentrum Amazone	Kirchstraße 39 6900 Bregenz	Telefon: 0 55 74/458 01 Fax: 0 55 74/528 73	www.amazone.or.at
Österreichische Krebshilfe Vorarlberg	Franz-Michael-Felder-Straße 6 6845 Hohenems	Telefon: 0 55 76/735 72 Fax: 0 55 76/735 72 14	www.krebshilfe-vbg.at
Patienten-anwaltschaft Vorarlberg	Markplatz 8 6800 Feldkirch	Telefon: 0 55 22/815 53	www.patientenanwalt-vbg.at
schwanger.li	Bahnhofstraße 18 6800 Feldkirch	Telefon: 081/00 33 44	www.schwanger.li
TeamMika Suchtberatung	Montfortstraße 3 6900 Bregenz	Telefon: 0 55 74/462 71	www.suchtberatung.at

Quelle: FEMAIL – FrauenInformationszentrum Vorarlberg, 2008

7 Prävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Mädchen und Frauen

7.1 Gesundheitsförderungsprojekte des Landes Vorarlberg

Die Vorarlberger Landesregierung hat in den letzten Jahren immer wieder das Thema Frauen- und Gendergesundheit aufgegriffen und Projekte mit relevanten Stellen im Gesundheitsbereich durchgeführt. Beratungs-, Bildungs- und Kursangebote, die speziell auf die Bedürfnisse von Frauen abgestimmt sind, wurden konzipiert und durchgeführt. Fokus des Konzeptes „Frauengesundheit“ war in den letzten Jahren der ganzheitliche Zugang nach der Definition der WHO und die regionale Beteiligung. So wurden Maßnahmen in folgenden Bereichen gesetzt:

- Information, Aufklärung und Bewusstseinsbildung,
- Sensibilisierung für den eigenen Körper,
- Stärkung eines nicht normierenden Körperbewusstseins,
- themenspezifische Aufklärung,
- Förderung des Selbstbewusstseins von Frauen,
- Unterstützungsstrukturen durch Partner, Familie und Gesellschaft.

Durch den 1. Vorarlberger Frauengesundheitsbericht 1999, den Vorarlberger Frauensituationsberichten 2000, 2003 und 2007, den österreichischen Frauengesundheitsbericht 2005 und die Forschungsergebnisse auf internationaler und nationaler Ebene zu Gender-Gesundheit wie durch die Erhebung „Frauen 50+“ wurde eine gute Ausgangslage für die Konzipierung von Angeboten zur Frauengesundheit geschaffen. Im Folgenden sollen einige ausgewählte Maßnahmen angeführt werden.

Mit der Mappe „**Informationen von A – Z für Frauen**“ wurde ein Überblick über die für Gesundheit zuständigen Stellen in Vorarlberg geschaffen. Die Adressen werden jährlich aktualisiert und ergänzt. Die Mappe kann im Frauenreferat (frauen@vorarlberg.at) bestellt werden;

Hinweise darauf finden sich auf den Websites www.femail.at und www.vorarlberg.at/frauen.

Die Veranstaltungsreihen „**Lust am Leben**“ (2003/2004), „**Luag uf di**“ (2005/2006) und „**betrifft: frau**“ (2006/2008) werden kostenlos über die Frauensprecherinnen des Frauennetzwerkes Vorarlberg in allen Regionen des Landes zum Thema Gesundheit angeboten. Vom Frauennetzwerk Vorarlberg wurden zudem Frauengesundheitstage organisiert.

Der **internationale Frauengesundheitstag** im Mai wird seit 1998 jährlich gemeinsam mit den Sozialpartnern gestaltet. Themen waren: Brustkrebsfrüherkennung; Ausgewogen essen und trinken; Frauen und Alkohol; Herzinfarkt – eine typische Frauenkrankheit; Wenn Arbeit krank macht; Mobbing am Arbeitsplatz; Nachtarbeit – Rechtliche Situation und gesundheitliche Auswirkung; Stress-Ursachen/Folgen/Prävention; Gynäkologie; Lust und Frust des Rauchens; Sexualisierte Gewalt gegen Frauen; Älterwerden im Betrieb aus Frauensicht; Gesundheitsvorsorgemaßnahmen in Vorarlberg.

Um Frauen eine Orientierung geben zu können, werden jährlich im **Frauenbildungskalender** spezifische Angebote der Bildungseinrichtungen zum Thema Gesundheit in Vorarlberg zusammengestellt.

Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit im Mädchenzentrum ist gesundheitliche Prävention. So wird z. B. mit dem Projekt „**Spaß mit Maß**“ ein breitgefächertes Workshop-Programm zur Alkoholprävention in ganz Vorarlberg angeboten; ein Peer-Education-Konzept ist entwickelt worden und kann von Veranstalterinnen und Veranstaltern von Jugendevents, von Vereinen, Gemeinden, Städten usw. angefordert werden. Die mobi-

le AmazoneBar mit den alkoholfreien Drinks wird bei Veranstaltungen eingesetzt.

Der Situation von gewaltbetroffenen Frauen wird in der „**Plattform Gewalt**“ Raum gegeben; Frauen mit Gewalterfahrungen sind in einem größeren Ausmaß von psychischen und physischen Beeinträchtigungen sowie von Krankheit betroffen als Männer.

Im Rahmen des Interreg-Projektes „Grenzen überschreiten – Grenzen setzen“ wurde im Jahr 2003 die Studie „**Gewalt hat kein Zuhause**“ veröffentlicht. Im Zuge dieser Studie wurde erstmals eine repräsentative Datenerhebung zum Thema Gewalt durchgeführt; untersucht wurden die Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen von familiärer Gewalt. Dabei wurde auch erhoben, welche Hilfsstrukturen und Einrichtungen die betroffenen Frauen brauchen. In der Folge wurden ein **Leitfaden für Angehörige** „**Wie kann ich helfen?**“ und **Notfallkarten** mit den wichtigsten Adressen zu professioneller Hilfe für und Unterstützung von Frauen zur Verfügung

gestellt. Die Notfallkarte wurde in acht Sprachen übersetzt, um auch für Migrantinnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse verständlich zu sein.

Broschüren sollen Mädchen und Frauen informieren und sensibilisieren, wie z. B. die Broschüre „**Sicherheitstipps für Mädchen und Frauen**“ und „**Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz – Nein bedeutet Nein**“.

Mit dem Interreg-Projekt „**Signal**“ werden Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal, oft erste Anlaufstelle bei häuslicher Gewalt, informiert; außerdem werden Veranstaltungen für diese Zielgruppe angeboten.

Den Unterschieden zwischen Frauen und Männern wurde in einer **Veranstaltungsreihe „Gender Medizin. Gesundheit weiblich – männlich“** nachgegangen. Die Dokumentation dieser Veranstaltungsreihe kann im Frauenreferat bestellt werden.

7.2 Frauenspezifische Präventionsprojekte und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Vorarlberg

Nachfolgend werden frauenspezifische Präventionsprojekte in Vorarlberg alphabetisch aufgelistet und kurz erläutert. Details zu den einzelnen Angeboten finden sich in der Informationsdatenbank der Fachstelle Frauengesundheit (www.femail.at).

Allgemeine Schwangerschaftsberatung

Hebammen, Psychotherapeutinnen, Lebens- und Sozialberaterinnen, Sexualpädagoginnen und Sozialarbeiterinnen beraten bei allen persönlichen Fragen rund um Schwangerschaft und Geburt. Bei medizinisch-ärztlichen Fragestellungen werden Fachärztinnen beigezogen.

Institution: schwanger.li
Bahnhofstraße 18, 6800 Feldkirch
Telefon: 081/00 33 44
E-Mail: info@schwanger.li,
Website: <http://www.schwanger.li>

Ambulante Stillberatung

Fachlich kompetente Beratung durch geprüfte Still- und Laktationsberaterinnen für alle werdenden Eltern, schwangere Frauen, stillende und nicht stillende Frauen.

Institution: LKH-Bludenz
Spitalgasse 13, 6700 Bludenz
Telefon: 0 55 22/603,
Website: <http://www.lkhz.at>

Anti-Osteoporose-Turnen

Vermittlung von Anti-Osteoporose-Turnen.

Institution: AOP Vorarlberg
Auf der Matte 53, 6900 Bregenz
Telefon: 0 55 74/758 16,
E-Mail: helga.heinzle@gmx.at

Auszeit von Beruf, Familie und Haushalt

Erholungs- und Gesundheitsurlaub für Alleinerziehende im Kurhotel Rossbad-Oase, Krumbach

Institution: AK – Arbeiterkammer Vorarlberg
Widnau 2–4, 6800 Feldkirch
Telefon: 050/258, Fax: 050/258-1001
Website: <http://www.ak-vorarlberg.at>

Beckenbodentraining nach der Geburt mit integrierter Rückbildungsgymnastik

Das Verstehen des weiblichen Beckenbodens und eine korrekte Haltung bilden die Basis von Gesunderhaltung. Für das Training der verschiedenen Muskelschichten des Beckenbodens, des Rückens, des Bauches und der Brust werden vielfältige Methoden angewandt.

Institution: Hebammenpraxis Dornbirn
Bahnhofstraße 33, 6850 Dornbirn
Telefon: 0 55 72/720 47 00
E-Mail: info@hebammenpraxis.co.at,
Website: <http://www.hebammenpraxis.at>

Beratung bezüglich Familienplanung und Verhütungsfragen

Umfassende Information und Beratung über die verschiedenen Formen der Verhütung, deren Vor- und Nachteile und Unterstützung bei der Wahl der persönlich angemessenen Methode.

Institution: schwanger.li
Bahnhofstraße 18, 6800 Feldkirch
Telefon: 081/00 33 44
E-Mail: info@schwanger.li,
Website: <http://www.schwanger.li>

Beratung und Behandlung in der (Früh-)Schwangerschaft

Beratende Unterstützung und Hilfe von Hebammen bei Problemen wie Übelkeit, vorzeitigen Wehen, Ängsten, Geburtstrauma, Ischiasbeschwerden, Sodbrennen, Beckenendlage, Schlafstörungen und Schmerzen aller Art in Ergänzung zu ärztlichen Untersuchungen.

Institution: Hebammenpraxis Dornbirn
Bahnhofstr. 33, 6850 Dornbirn
Telefon: 0 55 72/720 47 00
E-Mail: info@hebammenpraxis.co.at
Website: <http://www.hebammenpraxis.at>

Betreuung von Frauen, die der Prostitution nachgehen oder an Folgen von Prostitution leiden

Individuelle und diskrete Begleitung bzw. Betreuung der Betroffenen, abgestimmt auf die aktuelle Situation; primär auch Frauen, die an den Folgen der Prostitution leiden.

Institution: Clean Bregenz
Bergstraße 8, 6900 Bregenz
Telefon: 0 55 74/454 00,
Website: <http://www.mariaebene.at/cleanbregenz>

Defendo – sich selbstbewusst schützen

Ziel des Defendo-Kurses ist es, dass Mädchen ab dem 10. Lebensjahr sich vor verschiedenen Situationen des Alltags zu schützen lernen, in denen Grenzverletzungen stattfinden können. Das Angebot wird in Kooperation mit dem Verein Defendo durchgeführt.

Institution: schwanger.li
Bahnhofstraße 18, 6800 Feldkirch
Telefon: 081/00 33 44

Dem Geheimcode meines Körpers auf der Spur

Die Sprache des Körpers und des Zyklus der Frau verstehen lernen.

Institution: Ehe- und Familienzentrum
Herrengasse 4, 6800 Feldkirch
Telefon: 0 55 22/741 39
E-Mail: efz@kath-kirche-vorarlberg.at,
Website: <http://www.efz.at>

Geburtsvorbereitungskurse für Frauen

Informationen dazu erhalten Frauen bei den Bezirksspitalern (Bludenz, Feldkirch, Dornbirn, Bregenz).

Gesund kochen und genießen, Kochkurse mit verschiedenen Themen

„Gesund kochen und genießen“ richtet sich an all jene, die sich für eine gesundheitsorientierte Küche interessieren. Ziele sind Erweiterung der Ernährungskennntnisse, Vermittlung praktischer Fähigkeiten der Speisenzubereitung, Bewusstseinsbildung.

Institution: aks Gesundheitsvorsorge GmbH
Rheinstraße 61, 6900 Bregenz
Telefon: 0 55 74/202-1021,
Website: <http://www.aks.or.at>

Hilfe für die Helfenden

Erholungsurlaub für pflegende Angehörige im Kurhotel Rossbad-Oase, Krumbach

Institution: AK – Arbeiterkammer Vorarlberg

Ich für mich – Lösungen und Wege

Jahresgruppe für Frauen 2009, Stärkung und Unterstützung der persönlichen Entwicklung

Institution: Bildungshaus Batschuns
Kapf 1, 6832 Zwischenwasser
Telefon: 0 55 22/442 90
Website: <http://www.bildungshaus-batschuns.at>

Infogespräche und ambulante Beratung bei Gewalt an Frauen und ihren Kindern

Face-to-face-Beratungen, telefonische Beratungen oder E-Mail-Beratung bei Gewalt an Frauen und ihren Kindern. 24 Stunden rund um die Uhr

Institution: IfS-FrauennotWohnung
Postfach 187, 6850 Dornbirn
Telefon: 0 55 72/293 04
E-Mail: frauennotwohnung@ifs.at
Website: <http://www.ifs.at>

Klipp & Klar – das Aufklärungsprojekt in der offenen Jugendarbeit

Workshops zum Thema Aufklärung, „Let's play about sex“ – ein Aufklärungsspiel, Exkursionen zur Frauenärztin, Exkursion zur Aids-Hilfe

Institution: Mädchenzentrum Amazone
Kirchstr. 39, 6900 Bregenz
Telefon: 0 55 74/458 01
E-Mail: a.ruf@amazone.or.at
Website: <http://www.amazone.or.at>

Projekt Rauchfrei – Tabakentwöhnungskurs für Frauen

Frauen haben ein anderes Rauchverhalten als Männer. Deshalb brauchen Frauen oft auch andere Strategien, um mit dem Rauchen aufzuhören. Klinische Psychologinnen und Gesundheitspsychologinnen begleiten die Frauen bei der Raucherentwöhnung und arbeiten nach einem verhaltenspsychologischen Ansatz.

Institution: aks Gesundheitsvorsorge GmbH
Rheinstraße 61, 6900 Bregenz
Telefon: 0 55 74/202-1025
Website: <http://www.aks.or.at>

Schwanger? Und jetzt?

Beratung, Information und Begleitung bei Schwangerschaft, Schwangerschaftskonflikt, Schwangerschaftsabbruch, Partnerschaft, Verhütung, anonymer Geburt, Babyklappe und pränataler Diagnostik

Institution: IfS Bregenz
St.-Anna-Straße 2, 6800 Bregenz
Telefon: 0 55 74/428 90-0,
E-Mail: ruedisser-rall.ruth@ifs.at
Website: <http://www.ifs.at>

Schwangerschaftskonfliktberatung „Ich schaff das“

Beratung und Begleitung in schwierigen Lebenssituationen rund um die Schwangerschaft.

Institution: Ehe- und Familienzentrum
Herrengasse 4, 6800 Feldkirch
Telefon: 0 55 22/741 39
Email: efz@kath-kirche-vorarlberg.at
Website: <http://www.efz.at>
Widnau 2–4, 6800 Feldkirch
Telefon: 050/258, Fax: 050/258-1001
Website: <http://www.ak-vorarlberg.at>
E-Mail: info@schwanger.li
Website: <http://www.schwanger.li>

selbst&bewusst

Anhand von Rollenspielen und anderen Übungen werden Selbstwahrnehmung und Selbstbehauptung trainiert, damit sich Mädchen vor Gewalt schützen können.

Institution: Mädchenzentrum Amazone
Kirchstr. 39, 6900 Bregenz
Telefon: 0 55 74/458 01
E-Mail: a.ruf@amazone.or.at
Website: <http://www.amazone.or.at>

Stillhotline

Über die Stillhotline des aks werden Mütter und Eltern kostenlos informiert und beraten. Die Hotline ist täglich (auch an Sonn- und Feiertagen) von 8 bis 20 Uhr unter der Telefonnummer 0664/151 20 00 erreichbar. Qualifizierte Stillberaterinnen (IBCLC) informieren und beraten zu allen Fragen rund um die Themen Stillen und Säuglings- und Kleinkindernährung.

Institution: aks Gesundheitsvorsorge GmbH
Rheinstraße 61, 6900 Bregenz
Telefon: 0 55 74/202-1025
Website: <http://www.aks.or.at>

Überregionales Vorsorgeprojekt Mammographie, Pilotbezirk Bludenz

Im Rahmen der österreichweiten überregionalen Mammographie-Screening-Vorsorge-projekte wird seit Sommer 2007 im Bezirk Bludenz das nach EU-Standards gestaltete Mammographie-Screening umgesetzt (vgl. Abschnitt 4.5).

Verein Laut-Stark – Selbstverteidigung für Frauen und Mädchen

Der Verein leistet Präventionsarbeit vor (sexueller) Gewalt an Mädchen und Frauen. Ausgebildete Trainerinnen bieten in Vorarlberg Kurse sowie Trainingsabende für Frauen und Trainingsnachmittage für Mädchen an. Die Trainerinnen stehen auch als kompetente Referentinnen zur Verfügung.

Institution: Verein Laut-Stark – Selbstverteidigung
für Frauen und Mädchen
Telefon: 0 55 50/33 55
E-Mail: lautstark@aon.at
Website: www.laut-stark.at

Workshop zum Thema Essstörungen

Informationsvermittlung und Sensibilisierung zu den Themen: Wie erkenne ich Essstörungen? Wie spreche ich jemanden darauf an? Hintergründe und Hilfsmöglichkeiten.

Institution: Caritas Bregenz
Kolumbanstraße 9, 6900 Bregenz
Telefon: 0 55 22/200-3015 oder 2017
E-Mail: eva.garmusch@caritas.at
Website: <http://www.caritas.at/essstoerungen>

6Fragen – Plattform für Sexuaufklärung der Vorarlberger Landesregierung

In Zusammenarbeit mit dem Jugendinformationszentrum „aha“ – Tipps und Infos für junge Leute. Die Website bietet Mädchen und Burschen Information und Aufklärung zu Freundschaft und Liebe, Verhütung und Schwangerschaft, Hetero- und Homosexualität, Infektionskrankheiten und zum Thema Missbrauch.

Website: www.6fragen.at

8 **Potenzielle Handlungsfelder für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen**

In Vorarlberg gibt es zahlreiche Aktivitäten zur Förderung der Frauengesundheit. Kapitel 6 liefert eine thematisch gegliederte Übersicht über Vorarlberger Institutionen mit frauenspezifischen Angeboten im Zusammenhang mit Gesundheit und Prävention. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse einer Bestandserhebung von FEMAIL zu Präventionsprojekten und Gesundheitsförderungsmaßnahmen dargestellt. Es existiert bereits ein relativ vielfältiges Angebot rund um die Themen Sexualität, Schwangerschaft und Geburt, und mehrere Projekte befassen sich mit Gewaltprävention. Darüber hinaus initiiert wurden bzw. werden krankheitsbezogene Präventionsprojekte (Mammographie, Osteoporose, Essstörungen), Projekte zu gesundheitsbeeinflussenden Verhaltensweisen (Rauchen, Alkohol, Ernährung) und Projekte für besonders belastete Bevölkerungsgruppen (Alleinerzieherinnen, pflegende Angehörige, Prostituierte). Aus dieser Bestandsaufnahme lässt sich ein erstes potenzielles Handlungsfeld ableiten, nämlich die Evaluierung dieser Initiativen hinsichtlich ihrer Ziele, der Inanspruchnahme und Erfolge.

Der vorliegende Bericht zeigt, dass sich Frauen und Männer, aber auch verschiedene Alters- und Bevölkerungsgruppen in Gesundheit und Krankheit und in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen unterscheiden. Deshalb ist es für alle potenziellen Maßnahmen essenziell, dass sie zielgruppenspezifisch konzipiert werden. Weiters ist für viele Maßnahmen eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig; entsprechende Stakeholder aus Politikfeldern abseits von Gesundheit sollten in die Konzeption von Präventionsprojekten eingebunden werden (z. B. Verkehrs- und Bildungsbereich, wenn es um die Förderung körperlicher Aktivitäten geht). Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollten nach einem bestimmten Zeitraum einer Evaluation unterzogen werden. Deshalb ist es notwendig, quantifizierbare, also messbare Ziele bereits im Vorfeld zu formulieren.

Folgende prioritäre Handlungsfelder für zukünftige Präventions- und Gesundheitsförderungs-

maßnahmen können auf Basis des Vorarlberger Mädchen- und Frauengesundheitsberichts identifiziert werden:

- Einsetzen einer ressortübergreifenden Arbeitsgruppe mit dem Auftrag, ein Projekt zu untenstehenden Handlungsfeldern zu konzipieren;
- Unterstützung der „Gender-Medizin“-Aspekte in der Gesundheitsversorgung (beginnend bei der Prävention bis hin zur Gerontopsychiatrie) aber auch in der Ausbildung nicht-medizinischer Gesundheitsberufe;
- Senkung des Tabakkonsums bei Mädchen und jungen Frauen unter Berücksichtigung ihres sozialen Umfeldes;
- Intensivierung der bereits bestehenden Unterstützungsangebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern („Frühe Hilfe“);
- Initiierung und Weiterentwicklung von zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderungsangeboten in einzelnen Lebensphasen und -kontexten, also für Frauen mit Behinderung, ältere Frauen, alleinstehende Frauen sowie insbesondere für Migrantinnen. Die Stärkung der Eigenverantwortung soll dabei ein wichtiges Ziel sein;
- Fortführung und Weiterentwicklung von Gewalt-Präventionsprojekten;
- verstärkte Fokussierung auf Themen der psychischen Gesundheit;
- Fortsetzung der präventiven Aktivitäten zu Sturzprophylaxe;
- Erhalt der hohen Beteiligungsrate bei der Gebärmutterhalsvorsorge, weitere Steigung der Vorsorgemammographie zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr;
- vertiefende Ursachenanalyse der Diskrepanz zwischen Krankenhaushäufigkeit aufgrund von zerebrovaskulären Erkrankungen einerseits (deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt) und der entsprechenden Mortalität andererseits (leicht über dem österreichischen Durchschnitt).

Literaturverzeichnis

Amt der Vorarlberger Landesregierung 2007 (Hg.): Frauen in Vorarlberg – Zahlen, Fakten und Probleme, Situationsbericht 2007. Bregenz

Arbeitsmarktservice Österreich: Jahresprofil 2007. Wien 2008

BAG 2006: Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Bundesamt für Gesundheit. Bern

Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie – GeSchG (Bundesgesetz über Änderungen des allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuchs, der Exekutionsordnung und des Sicherheitspolizeigesetzes; NR: GP XX RV 252 AB 407 S. 47. BR: 5300 AB 5311 S. 619.), BGBl 1996/759 ST0242

Bundesgesetz, mit dem das Strafgesetzbuch, die Strafprozessordnung 1975, die Exekutionsordnung und das Sicherheitspolizeigesetz zur Verbesserung des strafrechtlichen Schutzes der Umwelt sowie gegen beharrliche Verfolgung und des zivilrechtlichen Schutzes vor Eingriffen in die Privatsphäre geändert werden (Strafrechtsänderungsgesetz 2006, Anti-Stalking-Gesetz), (NR: GP XXII RV 1316, 1325, 1326 AB 1383 S. 142. BR: AB 7513 S. 733.), BGBl I 2006/56

BKA 2008: Prostitution in Österreich. Rechtslage, Auswirkungen, Empfehlungen – Maßnahmenkatalog für eine (arbeits- und sozial-)rechtliche Absicherung von Personen, die in der Prostitution arbeiten. Bundeskanzleramt (Hg.). Wien

BKA/BMFMÖD 2007: Migrantinnenbericht 2007. Bundeskanzleramt – Bundesministerin für Frauen, Medien und Öffentlicher Dienst (Hg.). Wien

BMGF 2005: Frauenratgeberin 2005. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.). 6. Auflage, Wien

BMGF 2006: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.). Wien

BMGFJ 2007: Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang, Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. LBI Medizin- und Gesundheitssoziologie. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Frauen und Jugend (Hg.). Wien

BMI/BKA 2007: Opfertabellen der polizeilichen Kriminalstatistik für Vorarlberg und Österreich. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien

Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt: Kriminalitätsbericht Österreich. Wien 2007

Bundesministerium für Justiz: Statistiken zum Stalking. Wien 2007

BMsSGK 2003: Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich 2003. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hg.). Wien

BMsSGK 2008: Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich 2008 – Begutachtungsentwurf. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hg.). Wien

BMSK: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2007. Wien 2008

BMsSG 2002: Gewalt in der Familie – Rückblick und neue Herausforderungen. Gewaltbericht 2001. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.). Wien

BMsSGK 2003: Zeitung der Plattform gegen die Gewalt in der Familie, Migration / Krise oder Chance? – Ausgabe 4/2003. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hg.). Wien

BMsSGK 2005: Zeitung der Plattform gegen die Gewalt in der Familie, Gesundheitsrisiko Gewalt – Ausgabe 2/2005. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hg.). Wien

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur: Zahlenspiegel 2007 – Bildungsdokumentation. Wien 2007

CDC 1993: Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis, Consensus development conference. Hongkong 1993; S. 646–650

Cole et al. 2008: Tim J. Cole, Mary C. Bellizzi, Katherine M. Flegal, William H. Dietz (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. In: BMJ (British Medical Journal) 2000; <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/320/7244/1240>

DIMDI/WHO 2005: ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.), Weltgesundheitsorganisation. Genf

Fraueninformationszentrum Vorarlberg e. V.: Informationen zu frauenspezifischen Angeboten und anbietenden Institutionen in Vorarlberg. Feldkirch 2008

Geser-Engleitner, Erika: „Gewalt hat kein Zuhause“ und mögliche Handlungsfelder im Rahmen des Interreg-Projektes „Grenzen überschreiten – Grenzen setzen“. Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung, Gleichstellungsbüro der Regierung des Fürstentums Liechtenstein, Stabsstelle für Gleichstellungsfragen des Kantons Graubünden. Vaduz 2003

GÖG/ÖBIG 2006: Zahnstatuserhebung 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008a: Bericht zur Drogensituation 2007. Im Auftrag der EBDD und des BMGFJ. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008b: Demenzhandbuch. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz (Hg.). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Grabherr, Eva: Integrationsarbeit in Vorarlberg. Strukturen, Angebote und die Landschaft der Akteure. Im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung. Dornbirn 2006

IfS 2007a: Institut für Sozialdienste – FrauennotWohnung Dornbirn: Tätigkeitsbericht 2007. Dornbirn

IfS 2007b: Institut für Sozialdienste – Interventionsstelle Vorarlberg: Tätigkeitsbericht 2007. Feldkirch

IQWiG 2007: Berichtsplan (vorläufige Version): Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Köln

Keen, Richard W.: Burden of Osteoporosis and Fractures, in: Current Osteoporosis Reports Vol. 1, Nr. 2, September 2003, S. 66–70.

KfV 2008a: Freizeitunfallstatistik 2007. Kuratorium für Verkehrssicherheit. Wien

KfV 2008b: Verkehrsunfallstatistik Österreich 2007. Kuratorium für Verkehrssicherheit. Wien

KfV 2008c: Verkehrsunfallstatistik Vorarlberg 2007. Kuratorium für Verkehrssicherheit. Wien

Landesrechnungshof Vorarlberg: Prüfbericht über die Abschätzung der Gesetzesfolgekosten durch die Abteilung Gesetzgebung (PrsG) im Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz 2006. <http://www.lrh-v.at/download/Gesetzesfolge.pdf> (September 2008)

Land Vorarlberg: Gesetz zur Förderung der Chancengleichheit von Menschen mit Behinderung (Chancengesetz), LGBI 2006/30; <http://voris.vorarlberg.at/voris/voris/5/5200.doc> (September 2008)

Mönch-Kalina, Sabine; Mahnke, Stephanie: Behinderung – was ist das? In: Portal für Kindertagesförderung in Mecklenburg-Vorpommern, www.kita-portal-mv.de/documents/behinderung_begriff.1pdf.pdf (September 2008)

National Institutes of Health: Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. Bethesda 2000

ÖBIG 2002: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.). Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG 2003: Armutsbetroffene Frauen in Österreich – Gesundheit und Erkrankungsrisiko. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen – Frauengesundheitsabteilung. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG 2005: Situation pflegender Angehöriger. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

OECD 2005: Daten aus 2005, ausgewählte Länder. Organization for Economic Cooperation and Development (CD-ROM).

Österreichische Ärztekammer: Österreichische Ärzteliste (Stand: Jänner 2008). Wien 2008

Rieder, Anita: Österreichischer Osteoporosebericht. Verein Altern mit Zukunft (Hg.). Wien 2007

RIVM 2008: Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). National Institute for Public Health and the Environment. Bilthoven

RKI 2003: Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14, in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt. Robert-Koch-Institut (Hg.). Berlin

RKI 2005a: Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Robert-Koch-Institut (Hg.). Berlin

RKI 2005b: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut (Hg.). Berlin

RKI 2007a: Gebärmuttererkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 37. Robert-Koch-Institut. Berlin

RKI 2007b: Harninkontinenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 39. Robert-Koch-Institut (Hg.). Berlin

RKI 2008a: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4. Robert-Koch-Institut (Hg.).

RKI 2008b: Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42. Robert-Koch-Institut (Hg.). Berlin

RKI 2008c: Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut (Hg.). Berlin

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales / Abteilung Gesundheitswesen (Hg.): Frauengesundheitsbericht Bremen 2001, Kapitel 1.4.2 „Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf die Gesundheit von Frauen“. Bremen 2001. <http://www2.bremen.de/info/frauengesundheitsbericht/chap1/14.htm> (August 2008)

- Stadt Wien 2006: Wiener Frauengesundheitsbericht. Wien
- ST.AT 1999: Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“. Statistik Austria. Wien
- ST.AT 2005 bzw. 2006: Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 2005 und 2006. Statistik Austria. Wien
- ST.AT 2007a: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen – Ergebnisse aus EU-SILC 2005. Statistik Austria. Wien
- ST.AT 2007b: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (Hg.). Statistik Austria. Wien
- ST.AT 2008a: Arbeitskräfteerhebung 2007 – Ergebnisse des Mikrozensus. Statistik Austria. Wien
- ST.AT 2008b: Familien- und Haushaltsstatistik 2007. Statistik Austria. Wien
- ST.AT 2008c: Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2007. Statistik Austria. Wien
- ST.AT 2008d: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit – Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (Hg.). Statistik Austria. Wien
- ST.AT 2008e: Statistik der Lohnsteuer 2007. Statistik Austria. Wien
- ST.AT 2008f: Statistik des Bevölkerungsstandes 2002–2008. Statistik Austria. Wien
- ST.AT 2008g: Statistisches Jahrbuch 2008. Statistik Austria. Wien
- United Nations: The Beijing Declaration and the Platform for Action. Fourth World Conference on Women Beijing, China, 4–15 September 1995. New York 1996
- Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser: Statistik der autonomen österreichischen Frauenhäuser. Wien 2007
- Wancata, Johannes; Kaup, Barbara; Krautgartner, Monika: Die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich in den Jahren 1951 bis 2050. In: Wiener klinische Wochenschrift 113/5–6, 2001
- WHO 1995: Investing in Women's Health: Central and Eastern Europe. WHO Regional Publications, European Series, No 55.

Internet

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, <http://www.bmsk.at> (November 2008)

Frauengesundheitsportal, <http://www.frauengesundheitsportal.de/> (August 2008)

Frauenhelpline gegen Männergewalt, <http://www.frauenhelpline.at> (August 2008)

FrauenInformationszentrum Vorarlberg (FEMAIL), <http://www.femail.at> (August 2008)

Helpchat, <http://www.haltdergewalt.at> (August 2008)

Institut für Sozialdienste Vorarlberg, <http://www.ifs.at> (August 2008)

Land Vorarlberg: Rechtsgrundlagen. http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesellschaft_soziales/gesellschaft/gesellschaftundsoziales/weitereinformationen/rechtsgrundlagen/rechtsgrundlagen.htm (September 2008)

okay.zusammenleben – Projektstelle für Zuwanderung und Integration, <http://www.okay-line.at> (August 2008)

Österreichische Plattform gegen weibliche Genitalverstümmelung, <http://www.stopfgm.net> (August 2008)

Plattform gegen die Gewalt, <http://www.plattformgegendiegewalt.at> (August 2008)

Wirtschaftskammer Österreich: Informationen zum Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz; http://portal.wko.at/wk/dok_detail_file.wk?AngID=1&DocID=876861&StID=410674 (September 2008)

proFRAU – Plattform für Frauenrechte gegen Diskriminierung, <http://www.profrau.at> (August 2008)

SOPHIE-BildungsRaum für Prostituierte, <http://www.sophie.or.at> (August 2008)

Universität Innsbruck – Behindertenbeauftragte: Informationsblatt „Gesetzliche Grundlagen für behinderte Studierende“; http://www.uibk.ac.at/behindertenbeauftragte/beratung/info-blatt_-_gesetzliche_grundlagen.doc (September 2008)

Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser – Informationsstelle gegen Gewalt, <http://www.aoef.at> (August 2008)

Verein Frauen gegen VerGEWALTigung, <http://www.frauen-gegen-vergewaltigung.at> (August 2008)

Website der österreichischen Frauennotrufe, <http://www.frauennotrufe.at> (August 2008)

Begriffsbestimmungen und Methoden

Alkoholkrankheit: Die unter Alkoholismusexperten über viele Jahre gebräuchlichste Klassifikation des Alkoholismus geht auf Jellinek (1960) zurück. Jellinek unterteilte Personen mit Alkoholproblemen nach fünf Kategorien von Alpha bis Epsilon. Die Trinkformen des Alpha- und Beta-Typus bezeichnete er als Vorstufen der Alkoholkrankheit, Gamma-, Delta- und Epsilon-Trinker als alkoholkrank. Für eine detaillierte Beschreibung der Typen nach Jellinek sowie für andere Alkoholismusdefinitionen (Typologie nach Cloninger, Typologie nach Lesch, primärer und sekundärer Alkoholismus, Klassifizierung nach Trinkmengen und nach Alkoholkonsumgewohnheiten) siehe Handbuch Alkohol – Österreich 2001 (BMSG), S. 52 ff.

Arbeitslosenquote: Quotient aus der Anzahl der Arbeitslosen und des Arbeitskräftepotenzials (Erwerbstätige und Arbeitslose).

Body-Mass-Index (BMI): Gilt als die sinnvollste Maßzahl, um Unter- oder Übergewichtigkeit erwachsener Personen zu bestimmen, wenn lediglich Körpergewicht und Körpergröße bekannt sind; der BMI ergibt sich aus der Division des Körpergewichts (in Kilogramm) durch die Körpergröße (in Meter) zum Quadrat; bei festgestelltem Übergewicht ($\text{BMI} > 26$) und insbesondere bei Fettleibigkeit („Adipositas“, $\text{BMI} > 30$) steigen auch die Gesundheitsrisiken erheblich, vor allem die Zahl der Herz- und Gefäßleiden und der an Diabetes Erkrankten.

Erwerbstätigenquote: Quotient aus der Anzahl der Erwerbstätigen und des Arbeitskräftepotenzials (Erwerbstätige und Arbeitslose).

Geburtenbilanz: Unter der Geburtenbilanz versteht man die absolute Veränderung der Bevölkerungszahl in einem bestimmten Zeitraum aufgrund natürlicher Bevölkerungsbewegungen: Geburtenbilanz = Zahl der Lebendgeborenen minus Zahl der Verstorbenen.

Geburtenziffer: Zahl der Lebendgeborenen pro 1.000 Einwohner.

Gesamtfertilitätsrate: Die Gesamtfertilitätsrate (GFR) eines Kalenderjahres gibt an, wie viele lebendgeborene Kinder eine am Beginn des gebärfähigen Alters stehende Frau zur Welt bringen würde, wenn im Laufe ihres Lebens dieselben altersspezifischen Fertilitätsraten herrschten wie in dem betreffenden Kalenderjahr und wenn von der Sterblichkeit der Frau abgesehen würde. Berechnet wird sie als Summe der Fertilitätsraten für einjährige Altersgruppen. In erster Linie stellt

die Gesamtfertilitätsrate einen zusammenfassenden Indikator der Fertilitätsverhältnisse eines Kalenderjahres dar, womit sie eine ähnliche Funktion erfüllt wie die Lebenserwartung auf dem Gebiet der Sterblichkeit. Als Prognosewert für die endgültige Kinderzahl einer am Beginn des gebärfähigen Alters stehenden Frau eignet sie sich nur dann, wenn in den nachfolgenden vierzig Kalenderjahren die altersspezifischen Fertilitätsraten unverändert bleiben.

Inzidenzrate: Anzahl der Neuerkrankungen in Bezug auf eine bestimmte Krankheit pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und auf einen bestimmten Zeitraum, zumeist ein Jahr (altersstandardisiert).

Krankenhausfälle: Stationär (im Akut-Krankenhaus) versorgte Fälle (inkl. Mehrfachaufnahmen).

Krankenhausthäufigkeit: Stationär (im Akut-Krankenhaus) versorgte Fälle (inkl. Mehrfachaufnahmen) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert).

Krankenhausmorbidity: Stationär (im Akut-Krankenhaus) versorgte Patienten (exkl. Mehrfachaufnahmen) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert). Da die „Mehrfachaufnahmen“ durch Vergleich von Einzeldatensätzen im Hinblick auf Gleichheit von Geburtsdatum, Wohnpostleitzahl und Geschlecht identifiziert werden, kann es in Postleitzahl-Regionen mit hoher Einwohnerzahl (z. B. Wien-Favoriten) zu Verzerrungen kommen.

Krankenhauspatienten: Stationär (im Akut-Krankenhaus) versorgte Personen (exkl. Mehrfachaufnahmen).

Krebsinzidenzrate: Anzahl der Neuerkrankungen an Krebs pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert).

Frühgeburten: Lebenserwartung: Erwartbare Lebensjahre ab der Geburt oder ab einem bestimmten Alter; ermittelt durch Umlegung der Sterbewahrscheinlichkeiten für jede Altersgruppe und beide Geschlechter im Beobachtungszeitraum (dargestellt in „Sterbetafeln“) auf die jeweilige Wohnbevölkerung. „Behinderungsfreie Lebenserwartung – disability free life expectancy, DFLE“: Erwartbare Lebensjahre ohne Behinderung ab der Geburt oder ab einem bestimmten Alter; ermittelt durch Umlegung der Sterbewahrscheinlichkeiten sowie der Wahrscheinlichkeiten des Eintretens

einer „wesentlichen Behinderung“ (funktionelle Einbußen der körperlichen bzw. geistigen Fähigkeiten, die zur dauernden Hilfs-/Pflegebedürftigkeit führen, ermittelt aus den Mikrozensus-Erhebungen von Statistik Austria 1991 und 1999 über die Frage „Benötigen Sie Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens?“) für jede Altersgruppe und beide Geschlechter im Beobachtungszeitraum auf die jeweilige Wohnbevölkerung. Die im vorliegenden Bericht enthaltenen Indikatoren zur Lebenserwartung können geringfügige Unterschiede zu den von der Statistik Austria publizierten Werten aufweisen, da bei der Ermittlung der „Sterbetafeln“ unterschiedliche Altersgruppen verwendet wurden.

Mehrfachaufnahme: Patient, der innerhalb eines Jahres mehr als einmal in einer österreichischen Krankenanstalt (unabhängig davon, ob diese mit der erstversorgenden KA ident ist oder nicht) stationär aufgenommen wurde (definiert über Gleichheit von Geburtsdatum, Geschlecht, Wohnpostleitzahl sowie – bei entsprechender Einschränkung der Selektion – der Hauptdiagnose).

Migrationshintergrund: Im vorliegenden Bericht ist eine Person mit Migrationshintergrund jemand, der nicht in Österreich geboren wurde (sämtliche Auswertungen basierend auf Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007).

Morbidität: Anzahl der Erkrankten (Inzidenz) bzw. der aktuell an einer bestimmten Erkrankung leidenden Personen (Prävalenz) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung.

Mortalität: Siehe Sterblichkeit.

Potenziell alkoholassoziierte Todesursachen: Unter potenziell alkoholassoziiert Sterblichkeit versteht man die alkoholbedingte bzw. häufig im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholismus stehenden Todesfälle je 100.000 Einwohner (alterstandardisiert), wobei folgende Diagnosen nach ICD-10-Codierung als Kerndiagnosen für alkoholassoziierte Todesursachen herangezogen wurden:

- F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol,
- K70: Alkoholische Leberkrankheiten,
- K74: Fibrose und Zirrhose der Leber,
- T51: Toxische Wirkung von Alkohol.

Prävalenzrate: Anzahl der aktuell an einer bestimmten Krankheit Leidenden pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. Stichtag (alterstandardisiert).

Problematischer Alkoholkonsum: Maß der Alkoholabhängigkeit laut EUROHIS-Fragenprogramm. Definitionsgemäß liegt problematischer Alkoholkonsum vor, wenn zwei oder mehr der folgenden Fragen mit „ja“ beantwortet werden:

Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, Sie sollten den Alkoholkonsum verringern?

Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholkonsums ärgerlich gemacht?

Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholkonsums?

Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?

Säuglingssterblichkeit: Im ersten Lebensjahr Gestorbene pro 1.000 Lebendgeborene.

Stationäre Fälle: Im Krankenhaus zur Behandlung aufgenommene Personen (inkl. tagesklinisch versorgter Patienten; bei Datenquelle „Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik“ inkl. krankenanstalteninterne Transferierungen, bei Datenquelle „Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten“ exkl. krankenanstalteninterne Transferierungen).

Sterblichkeit (Mortalität): Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (alterstandardisiert). Die im vorliegenden Bericht enthaltenen Indikatoren zur Sterblichkeit können geringfügige Unterschiede zu den von der Statistik Austria publizierten Werten aufweisen, da bei der Ermittlung der „standardisierten Sterblichkeit“ unterschiedliche Altersgruppen verwendet wurden.

Potenziell verlorene Lebensjahre (Potential Years of Life Lost): Zur Berechnung der potenziell verlorenen Lebensjahre wird in einem ersten Schritt das Alter der Verstorbenen (z. B. 30 Jahre) von einem festgelegten Alter (z. B. 75 Jahre) abgezogen. Diese Differenz (in diesem Beispiel 45 Jahre) wird für jede in einem Alter von unter 75 Jahren verstorbene Person berechnet. Todesfälle, die sich in einem Alter von über 75 Jahren ereignen, werden bei der Berechnung somit nicht berücksichtigt. Die Summe dieser Einzeldifferenzen ergibt die absolute Anzahl der verlorenen Lebensjahre aller bis zu einem Alter von 75 Jahren an einer bestimmten Erkrankung verstorbenen Personen. Zur Berechnung der Rate wird im nächsten Schritt die Summe der verlorenen Lebensjahre durch den Bevölkerungsumfang bis 75 Jahre dividiert und mit 100.000 multipliziert.

Vollzeitäquivalent: Im Umfang von 40 Stunden pro Woche beschäftigte Person.

Vorzeitige Sterblichkeit: Todesfälle in der Bevölkerungsgruppe bis zu einem bestimmten Lebensalter, meist bis zum 65. Lebensjahr.

Wanderungsbilanz: Absolute Veränderung der Bevölkerungszahl in einem bestimmten Zeitraum aufgrund von Zu- und Abwanderungen: $\text{Wanderungsbilanz} = \text{Zahl der zugewanderten Personen} - \text{Zahl der abgewanderten Personen}$.

Bemerkungen zu Daten und Datenqualität

Die für den vorliegenden Bericht herangezogenen Daten und Auswertungen beziehen sich grundsätzlich auf den Zeitraum 1997 bis 2006 (Berichtszeitraum). Die Zuordnung von Sterbefällen, Krankheitsfällen, Patienten, befragten Personen etc. erfolgte nach dem Wohnortprinzip (bei Neugeborenen durch Zuordnung nach dem Wohnort der Mutter), und zwar auf Ebene der politischen Bezirke, soweit dies die vorliegenden Daten zuließen.

Die verwendeten Daten und die daraus erstellten Auswertungen sind in Bezug auf ihre Qualität, Vollständigkeit und Verlässlichkeit unterschiedlich zu bewerten. Es wurden primär die Datenquellen der routinemäßigen amtlichen Statistik herangezogen, von denen die wichtigsten Quellen hinsichtlich Datenbereitsteller, Inhalten, Bezugszeitraum (Zeitraum, für den die Daten verfügbar sind), höchster sinnvoller räumlicher Auflösung, Validität und Verwendungszwecken wie folgt stichwortartig beschrieben werden können:

Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Datenbereitsteller: Statistik Austria): Validität zum Teil eingeschränkt, da Angaben aus Selbstauskunft der Befragten resultieren, Grundlage für Auswertungen zum subjektiv empfundenen Gesundheitszustand, zu Gesundheitsbeeinträchtigungen, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen etc.; im vorliegenden Bericht wurde der gewichtete imputierte Datensatz verwendet.

Volkszählungen 1991 und 2001 (Datenbereitsteller: Statistik Austria, Landesstatistik-Ämter): Einwohner nach Alter, Geschlecht, Wohnort und sozioökonomischen Merkmalen; Validität sehr hoch; als Bezugsgröße Grundlage für die Berechnung der meisten Gesundheitsindikatoren.

Todesursachenstatistik (Datenbereitsteller: Statistik Austria): Verstorbene nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Haupttodesursache; Validität hoch, jedoch mit zunehmender Differenzierung nach Haupttodesursachen und nach Regionen abnehmend; Grundlage für die Berechnung von Mortalität und Lebenserwartung.

Krebsstatistik (Datenbereitsteller: Statistik Austria): Regionale Krebsregister; Krebsneuerkrankungen nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation; Validität und Vollständigkeit regional und zeitlich sehr unterschiedlich, daher insgesamt eingeschränkte Verlässlichkeit; Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz.

Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (Datenbereitsteller: Bundesministerium für Gesundheit bzw. Statistik Austria): Stationäre Fälle nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Haupt- bzw. Nebendiagnosen sowie medizinischen Einzelleistungen; Validität relativ hoch, jedoch für epidemiologische Auswertungen nur bedingt verwendbar – z. B. aufgrund von Verzerrungen durch hohe Krankenhausmorbidity in Regionen mit hoher Bettendichte oder durch bestimmte Anreize des Krankenhausfinanzierungs-Systems; Grundlage für die Berechnung der Krankenhausmorbidity.

Straßenverkehrsunfallstatistik (Datenbereitsteller: Kuratorium für Verkehrssicherheit): Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden mit zusätzlichem Vermerk betreffend Alkoholbeeinflussung der beteiligten Personen; Validität hoch; Grundlage für die Ermittlung der Häufigkeit von Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden.

Mikrozensususerhebungen (Datenbereitsteller: Statistik Austria, Landesstatistikämter): Gesundheitszustand und gesundheitliche Rahmenbedingungen der Befragten; Validität zum Teil eingeschränkt, da Angaben aus Selbstauskunft der Befragten resultieren, zeitliche Längsschnitte sind aufgrund unterschiedlicher Technik der Fragestellung problematisch; Grundlage für Auswertungen zum subjektiv empfundenen Gesundheitszustand, Gesundheitsbeeinträchtigungen, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen etc.; in der Regel wird nur die über 15-jährige Bevölkerung als Bezugsbevölkerung herangezogen.

HBSC-Survey („Health Behaviour in School-aged Children“) (Datenbereitsteller: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie): Validität zum Teil eingeschränkt, da Angaben aus Selbstauskunft der Befragten resultieren; international vergleichendes Forschungsprojekt, das alle vier Jahre unter Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in mittlerweile 43 Staaten durchgeführt wird. Untersucht werden dabei unter anderem das Gesundheitsverhalten und die subjektive Gesundheitseinschätzung von 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern.

Internationale Datenbanken (Datenbereitsteller: EU, WHO, OECD): Datengrundlagen zum Gesundheitszustand und -verhalten sowie zu Gesundheitssystemen auf gesamtstaatlicher Ebene; Validität eingeschränkt, da Datenverfügbarkeit und Definitionen von Erhebungstechniken in Bezug auf die Datengrundlagen regional und zeitlich sehr unterschiedlich; Grundlage für die Ermittlung von Indikatoren für internationale

Vergleiche. Generell ist festzustellen, dass in Österreich zur Beschreibung von Mortalität und „stationärer Morbidität“ recht zuverlässige Datengrundlagen zur Verfügung stehen, dass jedoch in Bezug auf die „ambulante Morbidität“ ein erhebliches Datendefizit besteht. Durch den Mangel an nach einheitlichen Schemata dokumentierten Daten in Bezug auf Ressourcen und Kosten im gesamten Gesundheitswesen werden systemumfassende Darstellungen (insbesondere der Kosten) behindert bzw. zum Teil verunmöglicht.

EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions): eine Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen von Privathaushalten in Europa. Erhebungseinheiten sind private Haushalte und deren Bewohnerinnen

und Bewohner, wenn in diesem Privathaushalt mindestens eine Person wohnt, die ihren Hauptwohnsitz in dieser Wohnung hat und mindestens 16 Jahre alt ist. An der Erhebung 2005 nahmen in Österreich 5.148 Haushalte teil, in denen insgesamt 13.043 Personen lebten.

Krankenstandstatistik (Datenbereitsteller: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: 2002–2006

Statistik zu Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbeziehern (Datenbereitsteller: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)