



# Gesundheit

## Indikatoren

- L1 Gesundheitliche Risikofaktoren
- L2 Vorsorgeuntersuchungen
- L3 Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz
- L4 Essstörungen
- L5 Körperwahrnehmung von Mädchen und Buben
- L6 Teenagerschwangerschaften
- L7 Verhütung und Verhütungsmethoden
- L8 Künstliche Befruchtung
- L9 Kaiserschnitttrate
- L10 Beschäftigte in Wiener Krankenhäusern
- L11 Fachliche Spezialisierung von Ärztinnen und Ärzten
- L12 Fremdsprachenkenntnisse in Ordinationen

## Gleichstellungsziele


01. ↗ Verbesserung des Zugangs von Frauen zum Gesundheitssystem
02. ↗ Aufbau von Gesundheitskompetenz (Health Literacy)
03. ↗ Stärkere Verankerung von Gendermedizin und ihren Erkenntnissen in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonal wie auch in der medizinischen und pharmazeutischen Forschung
04. ↗ Infragestellen von Schönheitsnormen und Rollenbildern
05. ↗ Unterstützung selbstbestimmter Reproduktion
06. ↗ Gleiche Zugangschancen zu und Aufstiegschancen in medizinischen Berufen

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung von Gesundheit, körperlicher Selbstwahrnehmung, Fortpflanzung und Verhütung, gesundheitlichen Risikofaktoren, von Zugängen zum Gesundheitssystem und auch zu medizinischen Berufen gibt Aufschluss über Benachteiligungsmechanismen, die sich an Körpern von Männern und Frauen sowie im Gesundheitssystem manifestieren. Die Inanspruchnahme von **Vorsorgeuntersuchungen (L2)** hängt u.a. mit nach Geschlecht divergierenden **gesundheitlichen Risikofaktoren (L1)** und der jeweiligen **Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz (L3)** zusammen. Die unterschiedliche **Körperwahrnehmung von Mädchen und Buben (L5)** oder die höhere Prävalenz von Krankheiten wie **Essstörungen (L4)** bei Frauen geben Hinweise auf die Problematik der körperlichen Ausdrucksmöglichkeit in einer von sexistischen Körpernormen, Selbstoptimierung und Rollenbildern geprägten Gesellschaft. Selbstbestimmung in der Fortpflanzung, welche in den Indikatoren **Teenagerschwangerschaften (L6)**, **Verhütung (L7)**, **Kaiserschnitttrate (L9)** und **Inanspruchnahme von künstlicher Befruchtung (L8)** veranschaulicht wird, ist nicht nur essenziell für die Autonomie von Frauen, sondern stellt auch eine grundlegende gesundheitliche Rahmenbedingung in der Reproduktion dar. Die Indikatoren **Beschäftigte in Wiener Krankenhäusern (L10)** und **Fachliche Spezialisierung von Ärztinnen und Ärzten (L11)** geben Aufschluss über Zugangs- und Aufstiegschancen in medizinischen Berufen und das Gesundheitssystem als Arbeitsplatz. **Fremdsprachenkenntnisse in Wiener Ordinationen (L12)** ist ein Indikator, der die Zugangshürden beim Ordinationsbesuch für die Wiener Wohnbevölkerung mit Migrationshintergrund zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten beleuchtet.

Indikator

**L1****Ziel 01** 

Verbesserung des Zugangs von Frauen zum Gesundheitssystem

**Ziel 02** 

Aufbau von Gesundheitskompetenz

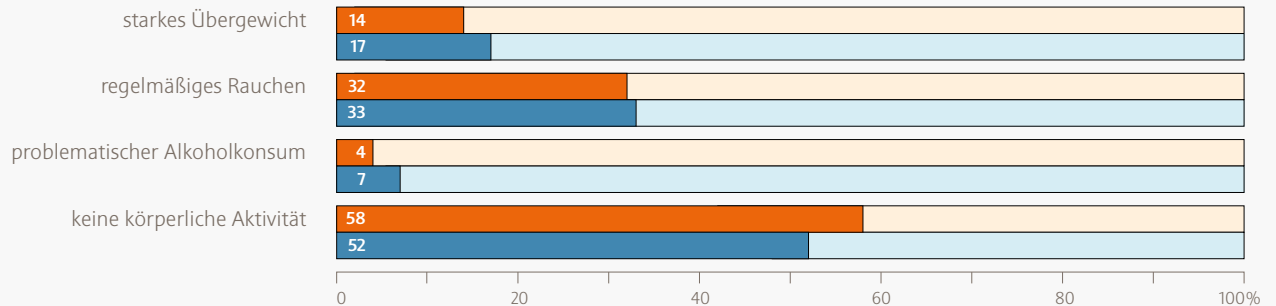
**Gesundheitliche Risikofaktoren**

2014 geben 17% der Männer und 14% der Frauen an, starkes Übergewicht zu haben, mit etwa einem Drittel rauchen ähnlich viele Männer wie Frauen, 7% der Männer und 4% der Frauen geben einen problematischen Alkoholkonsum an, und mehr als die Hälfte aller Männer (52%) und Frauen (58%) ist körperlich inaktiv.

Von starkem Übergewicht sind vor allem Frauen ab 65 Jahren (25%) und Männer ab 45 Jahren (ebenfalls rund 25%) betroffen. Übergewicht ist bildungsabhängig: Insbesondere Menschen mit Pflichtschulabschluss sind von Übergewicht betroffen (21% der Frauen und 25% der Männer); bei den Akademikerinnen sind es 5% und bei Akademikern 8%. Öfter als junge Männer unter 24 Jahren (29%) geben jüngere Frauen an, täglich zu rauchen (unter 24-Jährige rauchen zu 31%); in der Gruppe der 25 bis 44-jährigen Frauen wird genau wie bei den gleichaltrigen Männern zu 42% geraucht. Die Rauchgewohnheiten haben sich seit der letzten Befragung bei den jungen Frauen unter 24 Jahren noch um weitere 2%-Punkte erhöht. Erst in der Gruppe der älter als 65-Jährigen nimmt das tägliche Rauchverhalten signifikant ab und liegt damit für beide Geschlechter bei 11%. Problematisches Trinkverhalten kommt bei Männern insbesondere im Alter bis 24 Jahre (10%) vor und bei älteren Männern über 65 Jahre (9%). Junge Frauen unter 24 Jahren geben zu 5% an, übermäßig zu trinken. Auch hier spielt Bildung eine Rolle: Männer mit Matura und Frauen mit Universitätsabschluss trinken mit 10% und 8% am meisten. Am niedrigsten ist der Alkoholkonsum bei Frauen mit Lehre/berufsbildender mittlerer Schule (1%).

L1.1

**Gesundheitliche Risikofaktoren nach Geschlecht in Prozent (2014)**



Anteil der Frauen und Männer in der Wiener Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, die die genannten Risikofaktoren aufweisen. Risiko wurde wie folgt definiert: Starkes Übergewicht liegt bei einem BMI (Body Mass Index) über 30 vor. Regelmäßiges Rauchen ist definiert als tägliches Rauchen mindestens einer Zigarette. Keine körperliche Aktivität liegt in den Jahren 2006/2007 vor, wenn Befragte nicht mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung, wie z.B. Laufen, Radfahren, Aerobic, ins Schwitzen kommen. In der Befragung 2014 wird ein umfassendes Konzept von „gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität“ (Health-Enhancing Physical Activity oder HEPA) durchgesetzt, das neben den freizeitbezogenen Bewegungsaktivitäten die alltägliche körperliche Aktivität im Kontext der Berufs- und Hausarbeit sowie zum Zweck des Transports gleichgewichtig miteinbezieht. Problematischer Alkoholkonsum wird 2006/07 nach Definition der WHO (vgl. Nosikov/Gudex 2003) gemessen, wenn mindestens zwei der folgenden vier Fragen mit „Ja“ beantwortet wurden: „Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten? Hat jemand Sie durch Kritisieren Ihres Alkoholkonsums ärgerlich gemacht? Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens? Haben Sie einmal morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?“ 2014 wird bei Frauen der tägliche Alkoholkonsum mit mehr als 20 g reinen Alkohols, bei Männern mit mehr als 40 g bezeichnet.

**Datenquelle:** Gesundheitsbefragungen 2014 (Statistik Austria), Berechnungen: IHS.

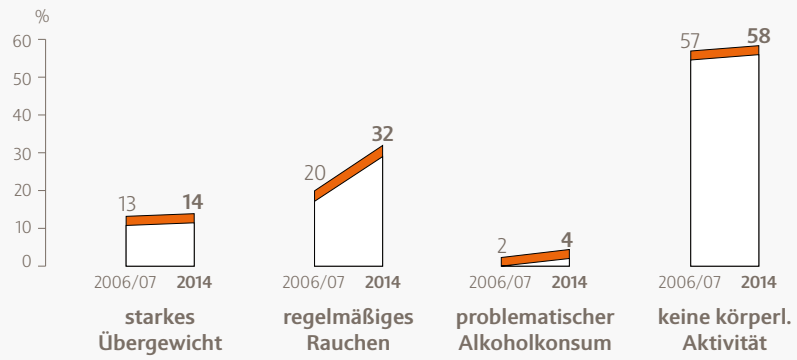
Obwohl Männer und Frauen 2014 annähernd gleich viel rauchen, ist ein deutlich stärkerer Anstieg bei den Raucherinnen zu verzeichnen. So hat sich der Frauenanteil zwischen 2006/2007 und 2014 von 20% auf 32% erhöht, während bei den Männern der Anstieg nur 3% beträgt.

Ähnlich, aber auf einem niedrigeren Ausgangsniveau verhält es sich beim übermäßigen Trinken: Der Anteil an Frauen mit problematischem Alkoholkonsum hat sich in diesen Jahren von 2% auf 4% verdoppelt, während er bei Männern mit 7% gleichgeblieben ist. Der Frauenanteil bei den Risikofaktoren starkes Übergewicht und keine körperliche Aktivität ist jeweils um 1%-Punkt gestiegen. Wenig Veränderung wurde bei starkem Übergewicht und beim Frauenanteil der Personen mit keiner körperlichen Aktivität festgestellt.

L1.2

Entwicklung der Risikofaktoren bei Frauen in Prozent (2006/2007 - 2014)

 Monitoring



Anteil der Frauen und Männer in der Wiener Wohnbevölkerung ab 15 Jahren.

**Datenquelle:** Gesundheitsbefragungen 2006/2007 und 2014 (Statistik Austria), Berechnungen: IHS.

Indikator

## L2

Ziel 02 

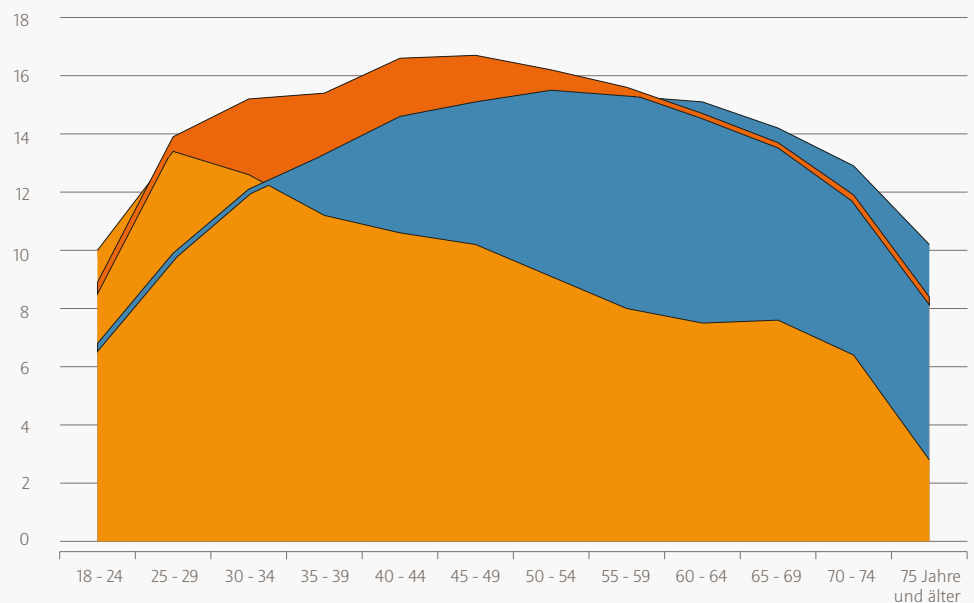
Aufbau von Gesundheitskompetenz

## Vorsorgeuntersuchungen

2015 nehmen 14% der in Wien lebenden Frauen ab 18 Jahren die allgemeine Vorsorgeuntersuchung annähernd so oft in Anspruch wie Männer (13%). Männer beginnen im Durchschnitt später als Frauen, vermehrt von Vorsorgeuntersuchungen Gebrauch zu machen, etwa ab 60 Jahren. Während bereits 9% der Frauen bis 24 Jahre und 14% der Frauen zwischen 25 und 29 Jahren an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, sind es nur 7% und 10% der Männer in denselben Altersgruppen. Erst ab der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen nehmen gleich viele Männer wie Frauen die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch (jeweils rund 16%); ab dem Alter von 60 Jahren nehmen Männer etwas häufiger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.

### L2.1

#### Vorsorgeuntersuchungen nach Altersgruppen und Geschlecht in Prozent (2015)



- Allgemeines Untersuchungsprogramm Frauen
- Gynäkologisches Programm
- Allgemeines Untersuchungsprogramm Männer

Der Abdeckungsgrad des allgemeinen Untersuchungsprogramms bildet den Anteil der Frauen und Männer ab 18 Jahren, die die allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung in Prozent ab. Der Abdeckungsgrad des gynäkologischen Programms bildet den Anteil der Frauen, die die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung in Prozent ab.

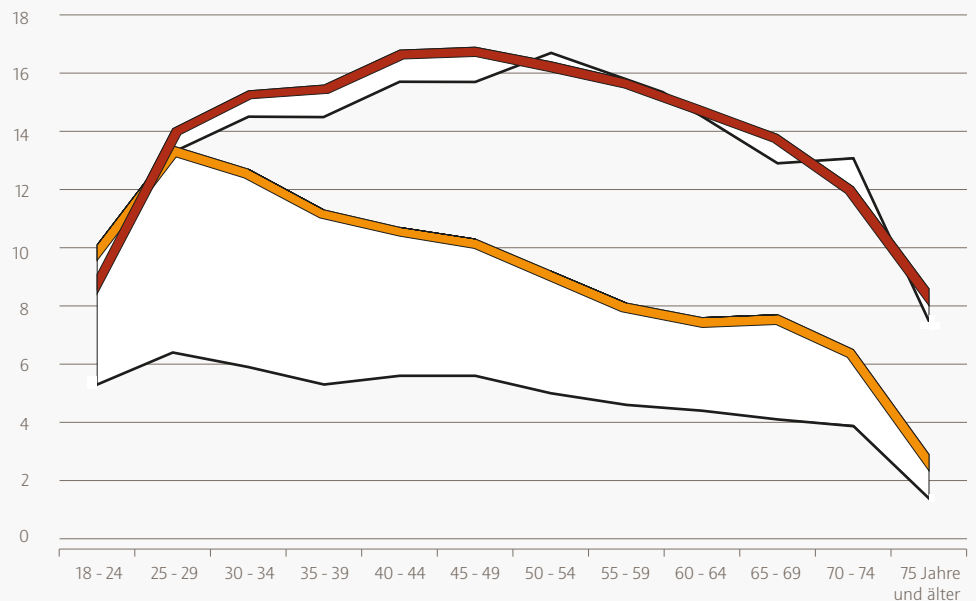
**Datenquelle:** Sonderauswertung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für das Jahr 2015.





Im Vergleich der Jahre 2011 und 2015 steigen die Vorsorgeuntersuchungen an. Sowohl im Bereich der allgemeinen Untersuchungen als auch insbesondere bei gynäkologischen Untersuchungen hat sich die Inanspruchnahme nahezu aller Gruppen verbessert. Waren es 2011 insgesamt 12% der Männer und 13% der Frauen, die allgemeine Vorsorgeprogramme in Anspruch genommen haben, sind es 2015 13% der Männer und 14% der Frauen. Insbesondere in den Altersgruppen zwischen 25 und 50 Jahren hat die Beteiligung zugenommen: bei Männern am meisten in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen mit einem Plus von 4%, bei Frauen der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen um 1%. Bei den gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen hat sich die Beteiligung der Frauen von insgesamt 5% auf 9% erhöht und somit beinahe verdoppelt. Am größten ist der Zuwachs um 7% in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen.

L2.2

**Entwicklung der Vorsorgeuntersuchungen von Frauen im Allgemeinen und im gynäkologischen Untersuchungsprogramm (2011–2015)**

 Monitoring



-  Gynäkologisches Programm 2015
-  Gynäkologisches Programm 2011
-  Allgemeines Untersuchungsprogramm 2014
-  Allgemeines Untersuchungsprogramm 2011

Der Abdeckungsgrad des allgemeinen Untersuchungsprogramms bildet den Anteil der Frauen und Männer ab 18 Jahren, die die allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung in Prozent ab. Der Abdeckungsgrad des gynäkologischen Programms bildet den Anteil der Frauen, die die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung in Prozent ab.

**Datenquelle:** Sonderauswertung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Jahre 2011 und 2015.

Indikator

**L3**Ziel 02 

Aufbau von Gesundheitskompetenz

## Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz

Der Indikator zur Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz kann aufgrund des Abschlusses des Projekts "European im Health Literacy Survey Europe" nicht mehr in diesem Ausmaß ausgewiesen werden. Ein direkter Vergleich mit den im Wiener Gleichstellungsmonitor 2013 dargestellten Zahlen ist somit zum jetzigen Stand nicht möglich.



Indikator

**L4****Ziel 04** 

Infragestellung von Schönheitsnormen

**Essstörungen**

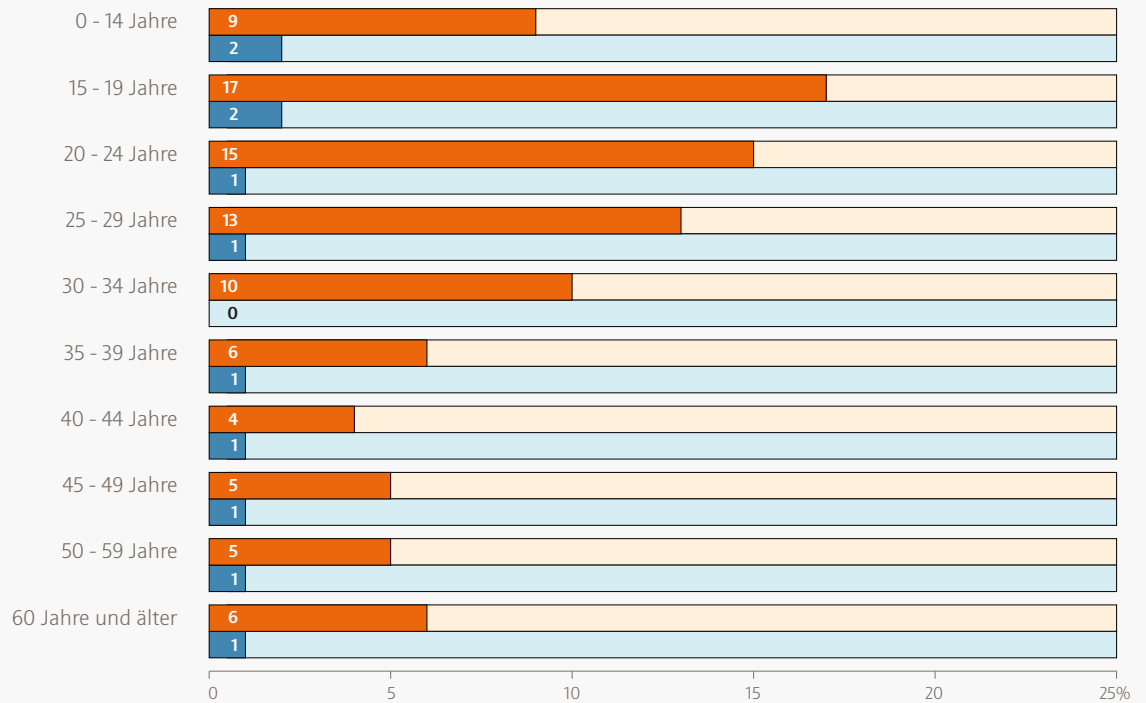
<sup>1</sup> Damit werden nur die schwersten Fälle erfasst, da grundsätzlich eine ambulante Behandlung angestrebt wird (vgl. Wiener Initiative gegen Essstörungen 2011).

Konkret zählen zu den Essstörungen  $\rightharpoonup$  Anorexia nervosa,  $\rightharpoonup$  Bulimia nervosa und  $\rightharpoonup$  Binge Eating Disorder. Der Indikator 4 bildet Fälle schwerer Essstörungen ab, die eine stationäre Behandlung erfordern.<sup>1</sup> Essstörungen betreffen überwiegend Mädchen und Frauen. Laut Spitalsentlassungsstatistik sind im Jahr 2015 361 Mädchen und Frauen sowie 49 Buben und Männer in stationärer Behandlung aufgrund von Essstörungen, obwohl von einer deutlich höheren Anzahl an Betroffenen auszugehen ist. Knapp 30% der Mädchen und Frauen in stationärer Behandlung und knapp 40% der Buben und Männer sind maximal 19 Jahre alt.

Eine Person kann mehrere stationäre Aufenthalte pro Jahr haben. 2012 wurden in Wiener Spitälern 723 Aufenthalte von Mädchen und Frauen und 121 Aufenthalte von Buben und Männern aufgrund von Essstörungen gezählt. D.h., auf eine weibliche Person mit Essstörungen entfallen im Schnitt 2,1 Aufenthalte; der Vergleichswert für Buben bzw. Männer liegt bei 2,5 Aufenthalten. 2015 sind es 635 Aufenthalte von Frauen und 65 von Männern, was im Schnitt 1,8 Aufenthalte pro Frau und 1,3 Aufenthalte pro Mann ergibt. Seit 2013 werden hier auch Aufenthalte in Privatkliniken erfasst (das sind 2013 neun Frauen und vier Männer und 2015 zehn Frauen und zwei Männer.) Kurzfristig kommt es bei diesen Werten zu geringen Schwankungen, längerfristig sind diese Zahlen konstant.

L4.1

**Personen in stationärer Behandlung aufgrund von Essstörungen nach Geschlecht und Alter in Prozent (2015)**



Anzahl von Frauen und Männern in stationärer Behandlung aufgrund von Essstörungen in Wiener Spitälern nach Alter.

Personen mit F50-Diagnosen (International Classification of Diseases, WHO). Gesamtpersonenzahl: 410.

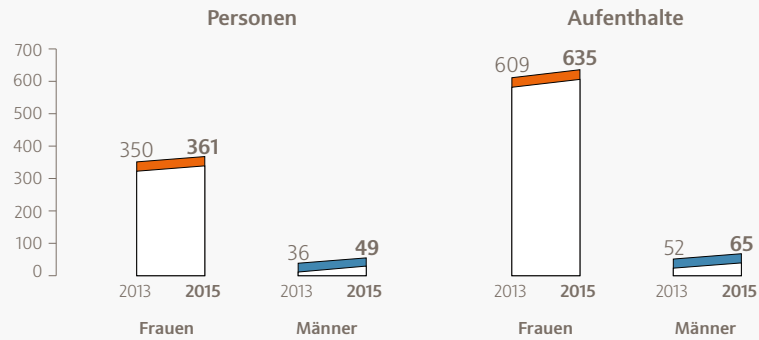
**Datenquelle:** Spitalsentlassungsstatistik 2015.

2012 waren 36 Männer und 350 Frauen aufgrund von Essstörungen in stationärer Behandlung, 2015 sind es 49 Männer und 361 Frauen (inklusive der Aufenthalte in Privatkrankenhäusern). Die Zahl der Aufenthalte ist ebenfalls für Frauen und Männer von 52 auf 65 bei Männern sowie von 609 auf 635 bei Frauen gestiegen. Im längeren Zeitvergleich der Jahre 2012 bis 2015 zeigt sich, dass die Verteilung von Frauen und Männern, die aufgrund von Essstörungen Krankenhausaufenthalte aufweisen, völlig gleichgeblieben ist (2012 waren es 88% Frauen und 12% Männer; 2013 ist der Frauenanteil auf 91% gestiegen, 2014 wieder auf 89% gesunken, und 2015 liegt er erneut bei 88%). Ähnliches gilt auch für die Aufenthalte. Hier waren es 2013 und 2014 jeweils 91% der Aufenthalte, die auf Frauen entfallen, 2015 sind es 93%.

L4.2

**Entwicklung der Anzahl der Personen in stationärer Behandlung aufgrund von Essstörungen nach Geschlecht und Alter in absoluten Zahlen (2012 bzw. 2013–2015)**

 **Monitoring**



Anzahl von Frauen und Männern in stationärer Behandlung aufgrund von Essstörungen in Wiener Spitälern nach Alter.

Personen mit F50-Diagnosen (International Classification of Diseases, WHO).

**Datenquelle:** Spitalsentlassungsstatistik 2012 und 2015.

Indikator

## L5

Ziel 04 

Infragestellung von Schönheitsnormen

## Körperwahrnehmung von Mädchen und Buben

Grundlage für Essstörungen sind häufig unrealistische Schönheitsideale, die auch durch die öffentliche Darstellung von Frauen und Mädchen z.B. in den Medien verstärkt werden. Der Indikator 5 bildet die Einschätzung ihres Aussehens von unter- und normalgewichtigen sowie übergewichtigen bzw. adipösen Jugendlichen ab. Unter-, Über- und Normalgewichtigkeit orientiert sich am Konzept des  $\nearrow$  Body Mass Index (BMI).

Insgesamt denken 44% der Mädchen und rund die Hälfte der Buben, dass sie ungefähr das richtige Gewicht haben. Von den übergewichtigen Mädchen sind 6% der Meinung, ungefähr das richtige Gewicht zu haben, jedoch glaubt das sogar ein Fünftel der Buben ebenso. Dagegen halten sich 93% der übergewichtigen Mädchen und 80% der Buben für zu dick. Von den unter- und normalgewichtigen Buben bezeichnen 57% ihr Gewicht als richtig, 18% sehen sich als zu dick. 50% der unter- und normalgewichtigen Mädchen bezeichnen ihr Gewicht als gerade richtig, 38% finden sich zu dick. Mädchen schätzen ihr Gewicht somit deutlich kritischer ein als Buben.

### L5.1

#### Einschätzung des eigenen Gewichts nach Geschlecht und BMI in Prozent (2014)

	Unter-/Normalgewicht		Übergewicht/Adipositas		Gesamt	
	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben
Viel zu dünn	3,6%	4,1%	0,0%	0,0%	3,1%	3,4%
Etwas zu dünn	8,6%	20,7%	0,0%	0,0%	7,5%	16,9%
Gerade richtig	50,3%	57,3%	6,1%	20,0%	44,7%	50,3%
Etwas zu dick	35,4%	17,4%	63,3%	67,3%	39,0%	26,7%
Viel zu dick	2,1%	0,4%	30,6%	12,7%	5,7%	2,7%

Die konkrete Frageformulierung lautete: Glauben Sie, dass Sie viel zu dünn sind, ein bisschen zu dünn sind, ungefähr das richtige Gewicht haben, ein bisschen zu dick sind oder viel zu dick sind?

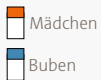
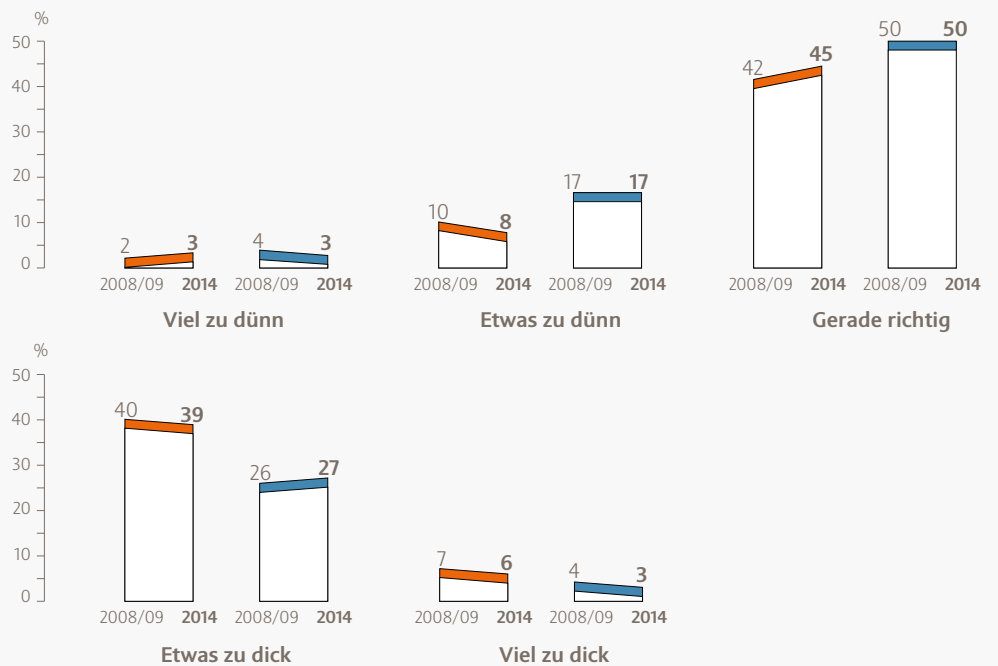
**Datenquelle:** HBSC-Studie (1. Halbjahr Schuljahr 2014), Sonderauswertung für Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.

Im Vergleich zur Befragung 2009/2010 schätzen sich knapp 3% mehr Mädchen mit Unter- und Normalgewicht als „genau richtig“ ein. Innerhalb dieser Gruppe finden sich mehr Mädchen „viel zu dünn“ und etwas weniger Mädchen „viel zu dick“. Das heißt, dass sich die Körperwahrnehmung der zu dünnen und normalgewichtigen Mädchen etwas verbessert hat. Bei den zu dünnen und normalgewichtigen Buben hat sich im Zeitvergleich wenig verändert, die Unterschiede betragen maximal 1%-Punkt.

**L5.2**

**Entwicklung der Einschätzung des eigenen Gewichts aller Mädchen und Buben nach Geschlecht und BMI in Prozent (2009/2010–2014)**

**Monitoring**



Die konkrete Frageformulierung lautete: Glauben Sie, dass Sie viel zu dünn sind, ein bisschen zu dünn sind, ungefähr das richtige Gewicht haben, ein bisschen zu dick sind oder viel zu dick sind?  
**Datenquelle:** HBSC-Studie (Schuljahr 2009/2010 und 1. Halbjahr Schuljahr 2014), Sonderauswertung für Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.

Die Einschätzung des eigenen Aussehens der Wiener Schülerinnen und Schüler nach Geschlecht und BMI ist nicht mehr in der Befragung enthalten und kann daher nicht mit dem Indikator des Wiener Gleichstellungsmonitors 2013 verglichen werden.

Indikator

## L6

Ziel 05 

Selbstbestimmte Reproduktion

## Teenagerschwangerschaften

Der Indikator 6 bildet den Anteil der Erstgeburten von Müttern unter 20 Jahren an allen Geburten ab.

Im Jahr 2015 haben 9.776 Frauen in Wien ihr erstes Kind zur Welt gebracht. Das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt lag 2015 bei 29 Jahren. 2015 gab es in Wien 450 Teenagerschwangerschaften (davon 5 von Müttern unter 15 Jahren), d.h. insgesamt waren 5% der Frauen zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes jünger als 20 Jahre.

Teenagerschwangerschaften betrafen in den letzten Jahren überdurchschnittlich oft Frauen mit türkischer oder südosteuropäischer Staatsbürgerinnenschaft. Dementsprechend liegt auch das durchschnittliche Alter bei der ersten Geburt bei Müttern mit türkischer Staatsbürgerinnenschaft bei 25 Jahren und bei Müttern mit südosteuropäischer Staatsbürgerinnenschaft bei 26,4 Jahren. Frauen mit österreichischer Staatsbürgerinnenschaft sind bei der ersten Geburt durchschnittlich 29,8 Jahre alt.

### L6.1

#### Anteil der Teenagerschwangerschaften nach Staatsbürgerinnenschaft der Mutter in Prozent und durchschnittliches Alter bei der ersten Geburt (2015)

	Anteil Teenagerschwangerschaften	Ø Alter bei der ersten Geburt (2012)
Österreich	4%	29,8 Jahre
Türkei	10%	25,0 Jahre
Ex-Yugoslawien/Albanien/Russland	10%	26,4 Jahre
Sonstige EU-/EFTA-Länder	4%	29,8 Jahre
Andere Länder	3%	28,7 Jahre
<b>Gesamt</b>	<b>5%</b>	<b>29,2 Jahre</b>

Der Anteil der Teenagerschwangerschaften ist der Anteil der Geburten von Müttern bis 20 Jahre an allen Geburten in Prozent. Geburten von Frauen mit Wohnort in Wien. Nur Lebendgeburten, d.h., die Angaben beziehen sich auf die erste Lebendgeburt.

**Datenquelle:** Geburtenstatistik 2015 (Statistik Austria), Berechnung: MA 23.

Von 2012 bis 2015 hat sich das Alter der Mütter beim ersten Kind insgesamt auf 29,18 Jahre oder um 0,2 Jahre verringert, 2012 lag es noch bei 29,33 Jahren. Bei Frauen mit österreichischer Staatsbürgerinnenschaft ist das Durchschnittsalter bei der ersten Geburt gleich geblieben, bei Frauen aus der Türkei und Süd-/Osteuropa gesunken.

Der Anteil der Teenagerschwangerschaften an allen Geburten ist von 5,6 % im Jahr 2012 auf 4,6 % im Jahr 2015 gesunken. Teenagerschwangerschaften sind bei Frauen mit österreichischer Staatsbürgerinnenschaft um 1 % gesunken und bei Frauen aus der Türkei und Süd-/Osteuropa um 3 % Punkte gestiegen.

L6.2

**Entwicklung der Teenagerschwangerschaften nach Staatsbürgerinnenschaft der Mutter in Prozent (2011/2012 und 2015) und durchschnittliches Alter bei der ersten Geburt, in Jahren (2015)**

Monitoring

	Entwicklung der Teenagerschwangerschaften	Ø Alter bei der ersten Geburt
Österreich	- 1 %-Punkte	gleich geblieben
Türkei	+ 6 %-Punkte	- 1,3 Jahre
Süd-/Osteuropa	- 3 %-Punkte	- 0,1 Jahre
Sonst. EU/EFTA	+ 0 %-Punkte	- 0,7 Jahre
Andere Länder	0 %-Punkte	- 0,6 Jahre
<b>Gesamt</b>	<b>+ 2 %-Punkte</b>	<b>+ 0,2 Jahre</b>

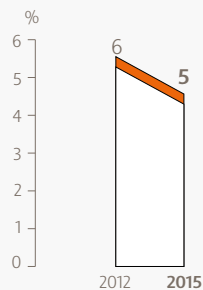
Der Anteil der Teenagerschwangerschaften ist der Anteil der Geburten von Müttern bis 20 Jahre an allen Geburten in Prozent. Geburten von Frauen mit Wohnort in Wien. Nur Lebendgeburten, d.h., die Angaben beziehen sich auf die erste Lebendgeburt. Aufgrund geringer Fallzahlen erscheinen die Veränderungen z.B. für türkische Teenager recht groß (plus 6 %). Würde jedoch das Jahr 2015 mit anderen Jahren verglichen (im ersten Monitor wurden das Jahr 2011 und das Jahr 2012 aufgrund geringer Fallzahlen zusammengefasst), betragen die Änderungen nur plus 1 %.

**Datenquelle:** Geburtenstatistik 2011/12 und 2015 (Statistik Austria), Berechnung: MA 23.

L6.3

**Entwicklung der Teenagerschwangerschaften in Prozent (2011/2012–2015)**

Monitoring



Der Anteil der Teenagerschwangerschaften ist der Anteil der Geburten von Müttern bis 20 Jahre an allen Geburten in Prozent.

Geburten von Frauen mit Wohnort in Wien. Nur Lebendgeburten, d.h., die Angaben beziehen sich auf die erste Lebendgeburt. Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen wurden für die Berechnung des Anteils der Teenagerschwangerschaften nach Staatsbürgerinnenschaft der Mutter die Jahre 2011 und 2012 zusammengefasst.

**Datenquelle:** Geburtenstatistik 2011/12 und 2015 (Statistik Austria), Berechnung: MA 23.

Indikator

# L7

Ziel 05 

Selbstbestimmte Reproduktion

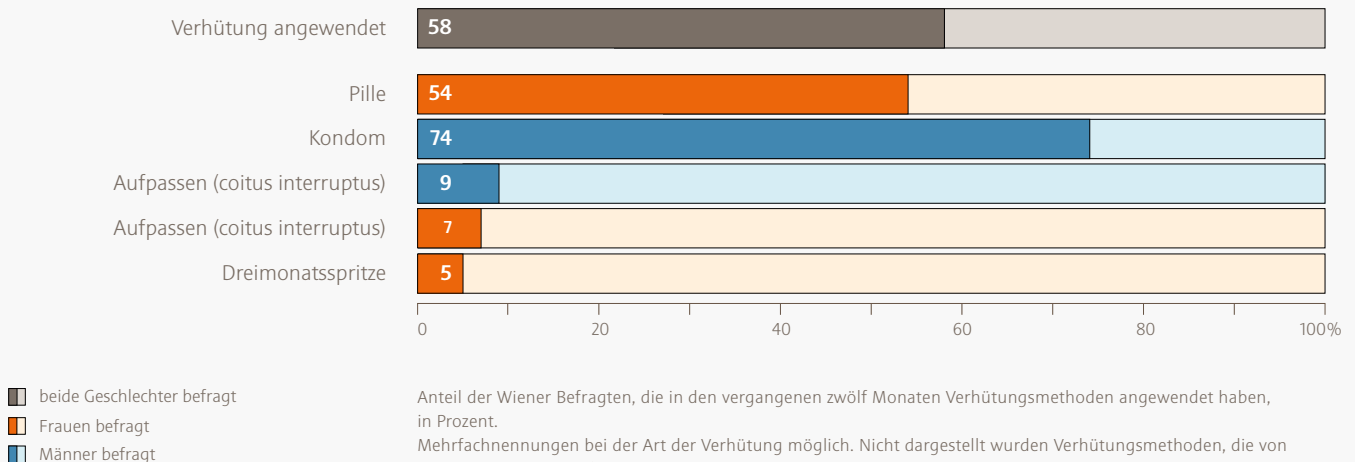
## Verhütung und Verhütungsmethoden

Indikator 7 bildet den Anteil der Paare, die eine Verhütungsmethode anwenden, sowie die Art der gewählten Verhütungsmethode ab. Die Datengrundlage bilden in den Jahren 2012 und 2015 von Gynmed durchgeführte standardisierte Befragungen, die für Wien gesondert ausgewertet wurden. Anders als 2012 wurde 2015 der Zugang von Männern und Frauen zu Verhütung getrennt erhoben, was den Vergleich mit der ersten Erhebung erschwert. Die genaue Frage lautete: „Haben Sie selbst (also nicht Ihr Partner) im letzten Jahr eine Verhütungsmethode angewandt?“ So wird die Kondomnutzung nur von Männern als Nutzern angegeben, die restlichen Werte wurden über die Befragung von Frauen gewonnen.

2015 geben 58% der Befragten an, dass sie in den letzten zwölf Monaten eine Verhütungsmethode angewendet haben. Die wichtigsten Formen der Verhütung sind bei Frauen die Pille (54%) und bei Männern das Kondom (74%), gefolgt von Coitus interruptus (8% für beide Geschlechter), Dreimonatsspritze (5%) und Kupferspirale (4%). Alle anderen Methoden (Selbstbeobachtung, Tage zählen, und andere Formen der Verhütung) werden seltener genannt (Hormonspirale, Verhütungspflaster, Verhütungsring, Sterilisation der Frau, Sterilisation des Mannes, Hormonstäbchen).

### L7.1

#### Anteil der befragten Frauen und Männer, die verhütet haben, und Art der Verhütung in Prozent (2015)



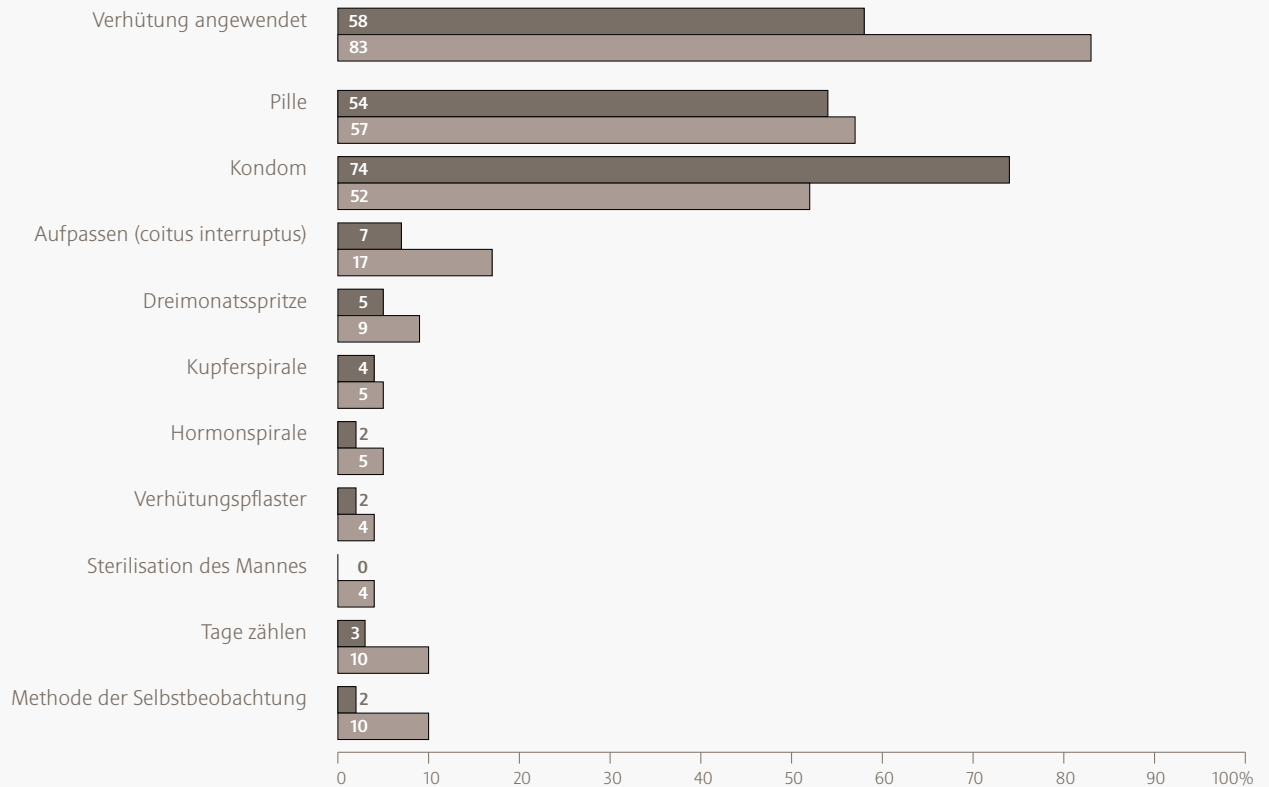
Anteil der Wiener Befragten, die in den vergangenen zwölf Monaten Verhütungsmethoden angewendet haben, in Prozent.  
 Mehrfachnennungen bei der Art der Verhütung möglich. Nicht dargestellt wurden Verhütungsmethoden, die von weniger als 4% der Befragten genannt wurden: Sterilisation der Frau, Verhütungsring, Implantat, andere Methode. Anders als 2012 wurde 2015 der Zugang von Männern und Frauen zu Verhütung getrennt erhoben, was den Vergleich mit der ersten Erhebung verunmöglicht. Die genaue Frage lautete: „Haben Sie selbst (also nicht Ihr Partner) im letzten Jahr eine Verhütungsmethode angewandt?“ Die Samplegröße betrug 250 Personen.  
**Datenquelle:** Verhütungsreport 2015, Berechnungen: Gynmed.



2012 geben 83% der Befragten in Wien an zu verhüten, was auch aufgrund der Veränderungen in der Befragung stark vom Wert 2015 abweicht. Ebenso ergeben sich Abweichungen in den Verhütungsarten.

L7.2

**Entwicklung des Anteils der Befragten, die verhütet haben, und der Verhütungsmethoden in Prozent (2012–2015)**



■ 2015  
■ 2012

Anteil der Wiener Befragten, die in den vergangenen zwölf Monaten Verhütungsmethoden angewendet haben, in Prozent.

Mehrfachnennungen bei der Art der Verhütung möglich. Nicht dargestellt wurden Verhütungsmethoden, die von weniger als 4% der Befragten genannt wurden: Sterilisation der Frau, Verhütungsring, Implantat, andere Methode. Anders als 2012 wurde 2015 der Zugang von Männern und Frauen zu Verhütung getrennt erhoben, was den Vergleich mit der ersten Erhebung verunmöglicht. Die genaue Frage lautete: „Haben Sie selbst (also nicht Ihr Partner) im letzten Jahr eine Verhütungsmethode angewandt?“

**Datenquelle:** Verhütungsreport 2012 und 2015, Berechnungen: Gynmed.

Indikator  
**L8**

Ziel 05 

Selbstbestimmte Reproduktion

**2** Seit 1. Jänner 2015 sind auch Frauen in gleichgeschlechtlichen Paaren anspruchsberechtigt. Bei lesbischen Paaren wird eine Insemination ohne medizinische Indikation nicht vom IVF Fonds unterstützt. Finanziert werden Behandlungs- und Medikamentenkosten; der Spendersamen muss im Rahmen eines Pauschalbeitrages selbst bezahlt werden.

**3** Eine Kostenbeteiligung des IVF-Fonds kann erfolgen, wenn die Frau noch keine 40 Jahre alt ist; d.h., künstliche Befruchtungen bei Frauen über 40 Jahre sind in den vorliegenden Daten nicht erfasst.

## Künstliche Befruchtung

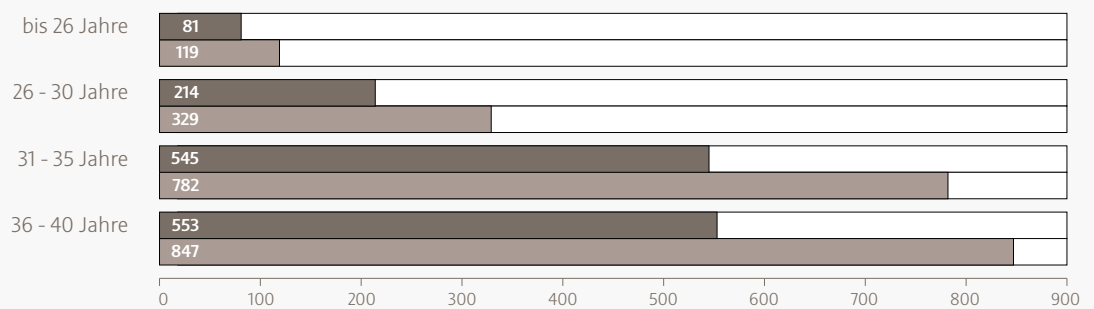
Seit dem Jahr 2000 gibt es in Österreich einen Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF), der 70% der Kosten für vier IVF-Behandlungen (im Folgenden „künstliche Befruchtung“ genannt) für Paare in aufrechter Ehe, eingetragener Partnerschaft oder in eheähnlicher Lebensgemeinschaft übernimmt, wenn eine medizinische Indikation vorliegt.<sup>2</sup> Indikator 8 bildet die Zahl der Paare und die Zahl der Versuche ab, die durch den IVF-Fonds mitfinanziert wurden.



Im Jahr 2015 wurden für 1.393 Paare aus Wien künstliche Befruchtungen durch den IVF-Fonds mitfinanziert. Bei rund einem Drittel der künstlichen Befruchtungen kommt es zu einer Schwangerschaft. Aus den künstlichen Befruchtungen resultierten 488 Geburten (428 Einlingsgeburten und 60 Mehrlingsgeburten), in 73 Fällen kam es zu einem Schwangerschaftsabbruch.

40% der Frauen, die sich 2015 einer künstlichen Befruchtung unterziehen, sind zwischen 36 und 40 Jahre alt,<sup>3</sup> 39% zwischen 31 und 35 Jahre, und 21% aller künstlichen Befruchtungen erfolgen bei Frauen bis 30 Jahre. Bei knapp zwei Dritteln aller Paare erfolgt ein Versuch, bei gut einem Drittel erfolgen zwei bis vier Versuche. Der Durchschnitt liegt bei 1,5 Versuchen, wobei sich hier kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigen.

### L8.1

#### Paare und IVF-Versuche nach Alter der Frau, absolute Zahlen (2015)



 Paare  
 Versuche

Anzahl der Paare und Versuche der künstlichen Befruchtung.

Alter der Frau, Frauen mit Wohnort in Wien, auch wenn die künstliche Befruchtung in einem anderen Bundesland erfolgt ist. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass nach dem IVF-Fonds-Gesetz nur Kosten für Versuche von Paaren übernommen werden, wenn die Frau das 40. Lebensjahr und gegebenenfalls der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Künstliche Befruchtungen älterer Frauen sind damit nicht erfasst.

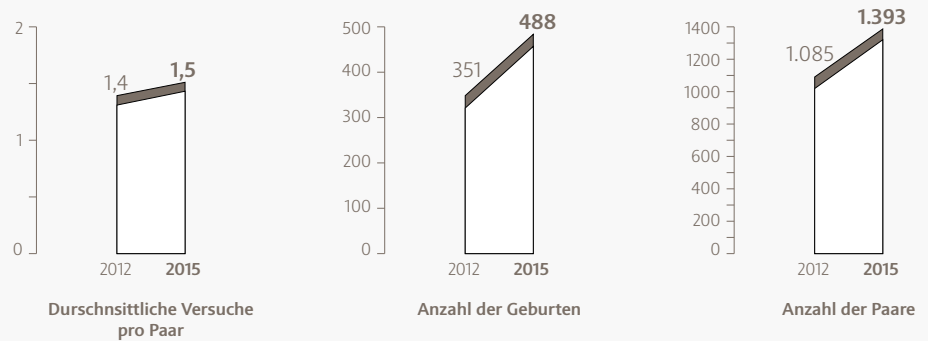
**Datenquelle:** GÖG/ÖBIG, IVF-Register 2015.

Zwischen 2012 und 2015 ist die Zahl der Paare, die IVF in Anspruch nehmen, um 308 Paare bzw. 28% gestiegen und die Versuche bei der IVF pro Paar um 0,1% gestiegen; dementsprechend wurden auch mehr Kinder mittels IVF gezeugt. 2015 sind es 137 Geburten mehr, d.h., es kam zu einem Anstieg um knapp 40%.

**L8.2**

**Entwicklung Anzahl der Paare und durchschnittliche Anzahl der IVF-Versuche (2012–2015)**

 **Monitoring**



Anzahl der Paare und Versuche der künstlichen Befruchtung.

Alter der Frau, Frauen mit Wohnort in Wien, auch wenn die künstliche Befruchtung in einem anderen Bundesland erfolgt ist. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass nach dem IVF-Fonds-Gesetz nur Kosten für Versuche von Paaren übernommen werden, wenn die Frau das 40. Lebensjahr und gegebenenfalls der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Künstliche Befruchtungen älterer Frauen sind damit nicht erfasst.

**Datenquelle:** GÖG/ÖBIG, IVF-Register 2012 und 2015.

Indikator

# L9

Ziel 05 

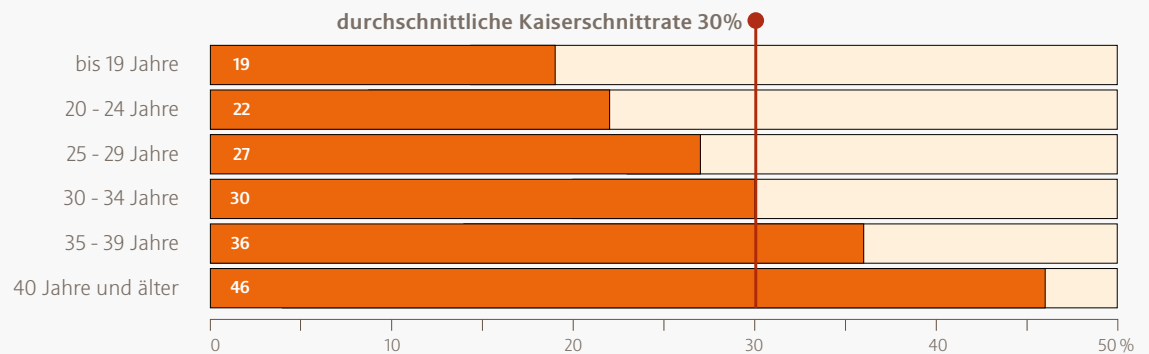
Selbstbestimmte Reproduktion

## Kaiserschnittrate

Indikator 9 präsentiert den Anteil der Geburten durch Kaiserschnitt an allen Lebendgeburten. Im Jahr 2015 werden in Wien 5.918 Kinder durch Kaiserschnitt entbunden, das sind 30% aller Lebendgeburten. Dieser Wert entspricht genau dem gesamtösterreichischen Durchschnitt. Die Kaiserschnittrate liegt 2015 bei 19% bei Müttern bis 19 Jahre und bei 46% bei Geburten von Frauen ab dem 40. Lebensjahr. Der Anteil der Primär-Kaiserschnitte, die vor der Geburt geplant werden, und der Sekundär-Kaiserschnitte, die während der Geburt als Notsectio durchgeführt werden, ist mit jeweils 15% aller Geburten gleich hoch.

### L9.1

#### Kaiserschnittrate nach Alter in Prozent (2015)



Anteil der durch Kaiserschnitt entbundenen Kinder an allen Lebendgeburten. Die Grundgesamtheit bilden alle Geburten von Frauen, die in Wien wohnen.

**Datenquelle:** Geburtenstatistik 2015 (Statistik Austria).

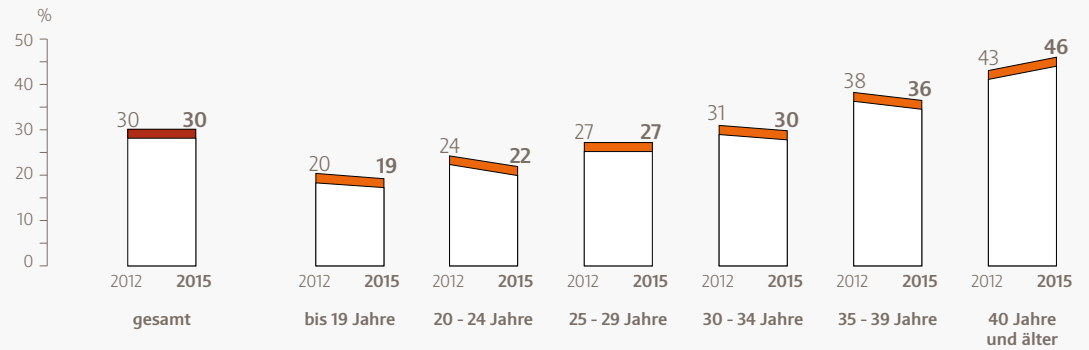
Vergleicht man die Entwicklung 2015 mit dem Jahr 2012, zeigt sich, dass die Kaiserschnittrate im Schnitt fast konstant geblieben ist (-0,4%-Punkte). In der Gruppe der Frauen, die beim ersten Kind über 40 Jahre alt sind und einen höheren Anteil von Risikoschwangerschaften aufweisen, ist die Kaiserschnitte um 3%-Punkte gestiegen, bei den jüngeren Frauen ist der Anteil von Kaiserschnitten in allen Altersgruppen gesunken.

Die Kaiserschnitttrate in Wien steigt jedoch seit 2001 für alle Altersgruppen an. Lag sie 2001 noch bei 20%, ist sie im Jahr 2006 auf 25,7%, im Jahr 2012 auf 30,4% gestiegen, bis sie zuletzt im Jahr 2015 leicht auf 29,7% gesunken ist.

**L9.2**

**Entwicklung der Kaiserschnitttrate nach Alter in Prozent (2012–2015)**

 **Monitoring**



Anteil der durch Kaiserschnitt entbundenen Kinder an allen Lebendgeburten.  
 Die Grundgesamtheit bilden alle Geburten von Frauen, die in Wien wohnen  
**Datenquelle:** Geburtenstatistik 2012 (Statistik Austria).

Indikator  
**L10**

**Ziel 06**

Gleiche Zugangschancen von Frauen in medizinische Berufe

siehe Bezahlte und unbezahlte Arbeit  
Indikator D9 Horizontale Segregation

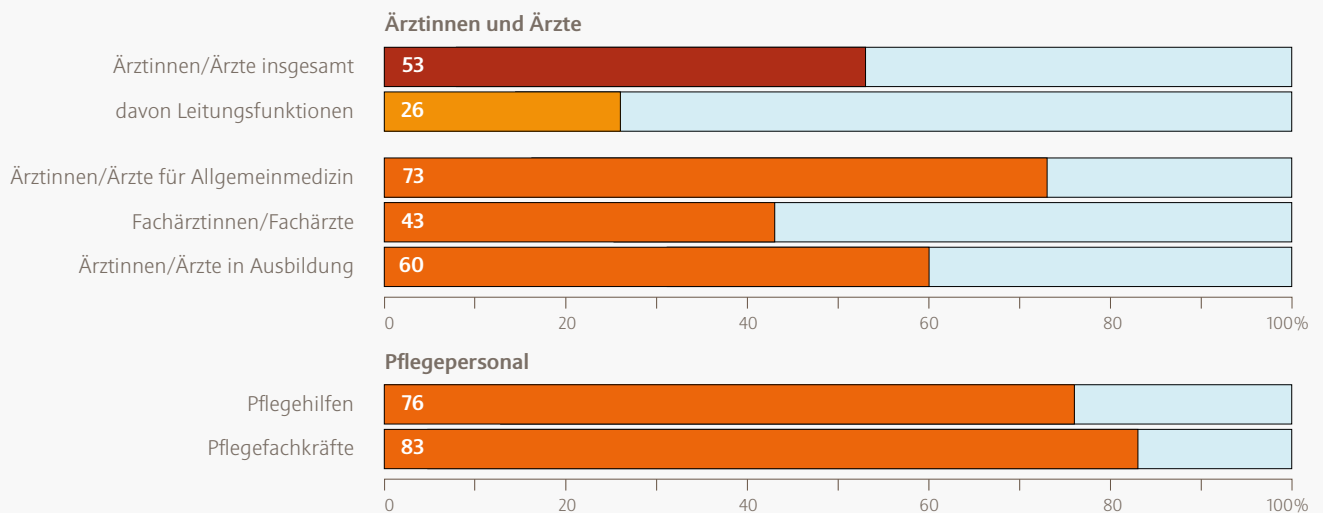
siehe Politische Partizipation  
Indikator B4  
Gesetzliche Interessensvertretungen

## Beschäftigte in Wiener Krankenhäusern

Beschäftigte in Wiener Krankenhäuser beziehen sich in diesem Indikator auf Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die für die Versorgung und Betreuung von PatientInnen verantwortlich sind und die behandelnden ÄrztInnen. Der Pflegebereich ist ein frauendominiertes Beschäftigungssegment, wie dies der Frauenanteil unter angestellten Ärztinnen und Ärzten und unter Pflegekräften in Wiener Krankenhäusern und Krankenanstalten veranschaulicht. Bei Pflegekräften ist die Dominanz von Frauen am deutlichsten sichtbar: 2015 sind 83% der qualifizierten Pflegekräfte (Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger) und 76% der PflegehelferInnen Frauen. Unter den rund 7.800 in Wiener Spitälern beschäftigten Ärztinnen und Ärzten besteht mit einem Frauenanteil von 53% ein recht ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. Der Frauenanteil sinkt aber in spezialisierten Bereichen und in Leitungsfunktionen deutlich ab. So sind Frauen unter den Ärztinnen und Ärzten in Ausbildung mit 60% überrepräsentiert, doch geht der Frauenanteil bei einer anschließenden fachärztlichen Ausbildung deutlich zurück und liegt nur noch bei 43%. Demgegenüber fällt der Frauenanteil mit 73% unter den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin deutlich höher aus. In Leitungsfunktionen (Klinikvorstehung, Primariat, ärztliche Leitung) sind Frauen lediglich mit 26% vertreten.

### L10.1

#### Frauenanteil unter angestellten Ärztinnen und Ärzten in Prozent (2015 bzw. 2016)



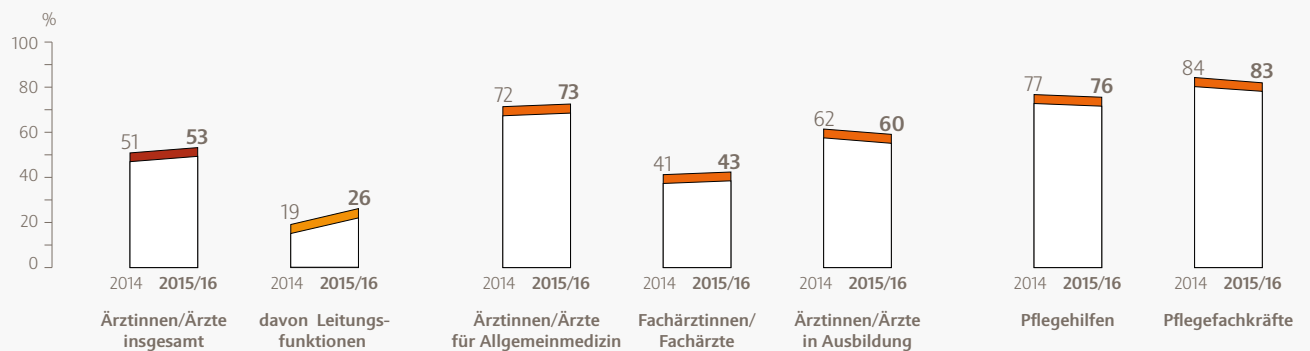
Frauenanteil unter angestellten Ärztinnen und Ärzten in Wien (Krankenhäuser und Krankenanstalten) sowie Frauenanteil unter Pflegepersonal des Krankenanstaltenverbundes (KAV).  
Ärztinnen und Ärzte in einem Angestelltenverhältnis in Wien lt. Ärztekammer per 01.01.2016; Beschäftigte des KAV für das Jahr 2015.

**Datenquelle:** Ärztekammer Wien, KAV.

Im Vergleich zum Jahr 2012 ist der Anteil der Frauen bei Pflegekräften geringfügig um jeweils 1%-Punkt zurückgegangen, ebenso der Anteil der Ärztinnen in Ausbildung (um 2%-Punkte). Gestiegen ist jedoch der Anteil der Ärztinnen insgesamt (um 2%-Punkte), der Allgemeinmedizinerinnen (um 1%-Punkt), der Anteil der Fachärztinnen (um 2%-Punkte) und besonders der Anteil der weiblichen Leitungen (um 7%-Punkte).

**L10.2**  
**Entwicklung des Frauenanteils unter angestellten Ärztinnen und Ärzten in Prozent (2013–2015 und 2016)**

**Monitoring**



Frauenanteil unter angestellten Ärztinnen und Ärzten in Wien (Krankenhäuser und Krankenanstalten) sowie Frauenanteil unter Pflegepersonal des Krankenanstaltenverbundes (KAV).

Ärztinnen und Ärzte in einem Angestelltenverhältnis in Wien lt. Ärztekammer per 14.01.2013 und per 01.01.2016; Beschäftigte des KAV im ersten Halbjahr 2013 und für das Jahr 2015.

**Datenquelle:** Ärztekammer Wien, KAV.

Indikator

**L11****Ziel 06** Gleiche Zugangschancen von Frauen in  
medizinische Berufe

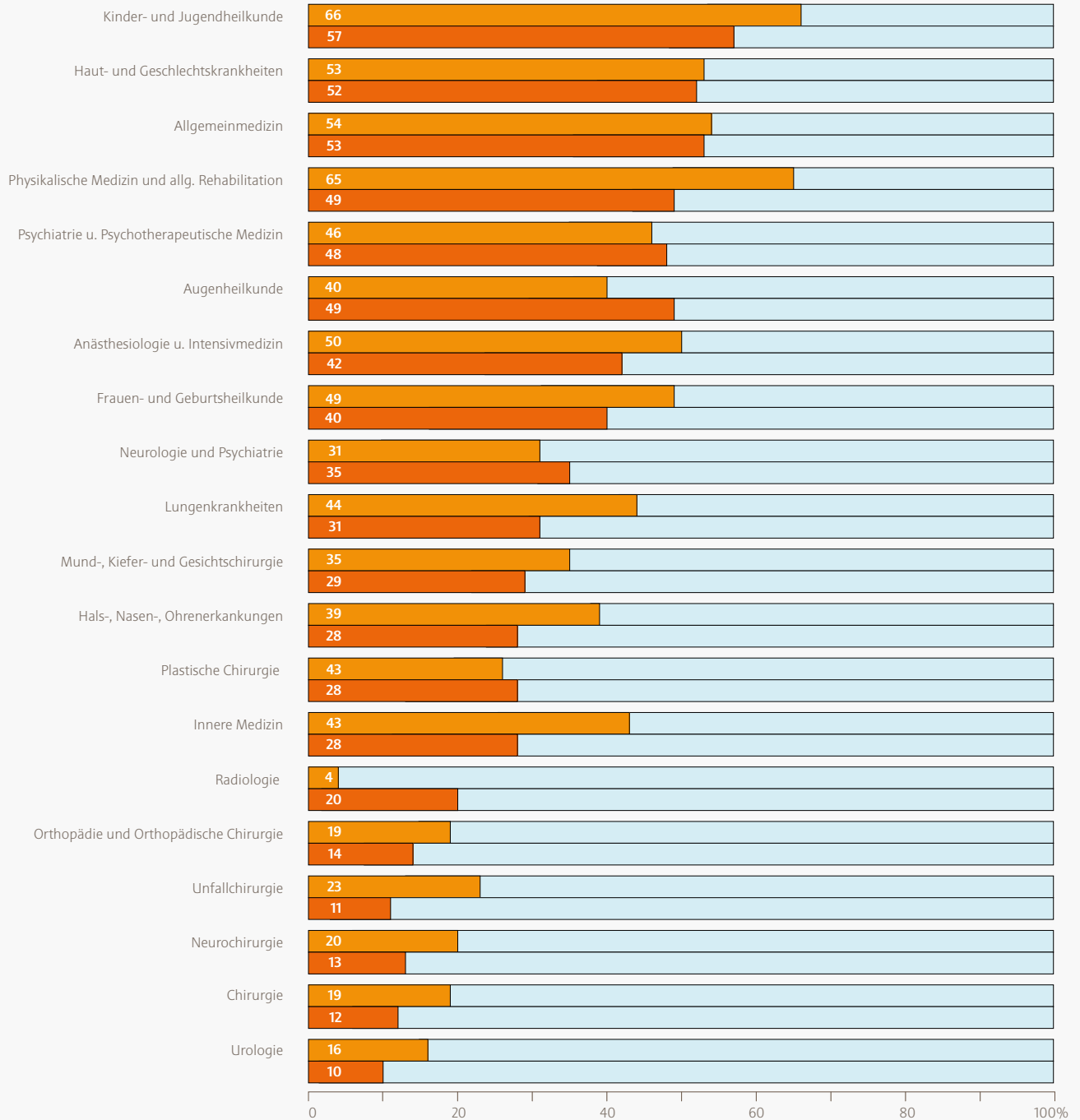
## Fachliche Spezialisierung von Ärztinnen und Ärzten

Indikator 11 bildet die geschlechtsspezifische Segregation in der Ärzteschaft ab, konkret den Frauenanteil unter niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen. Insgesamt sind 2.297 (39%) aller niedergelassenen und 2.064 (42%) aller angestellten Ärztinnen und Ärzte in Wien Frauen. Frauen stellen die Mehrheit in der Kinder- und Jugendheilkunde sowie die Hälfte der AllgemeinmedizinerInnen und in der Dermatologie (Hauterkrankungen). Darüber hinaus weisen die physikalische Medizin, die Psychiatrie, die Augenheilkunde und die Anästhesiologie annähernd ausgeglichene Geschlechterverhältnisse auf. In allen anderen Bereichen sind Frauen unterrepräsentiert. Die niedrigsten Frauenanteile weisen die chirurgischen Bereiche und die Urologie auf, wobei hier der Frauenanteil unter den angestellten Ärztinnen und Ärzten höher ist als unter den niedergelassenen. In der Frauen- und Geburtshilfskunde sind Frauen mit 153 (40%) unter den niedergelassenen und mit 136 (49%) unter den angestellten Ärztinnen und Ärzten vertreten.



L11.1

Frauenanteil von Ärztinnen und Ärzten nach Fachrichtung in Prozent (2016)



■ Angestellte Ärztinnen  
■ Niedergelassene Ärztinnen

Frauenanteil unter niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten in Wien nach Fachrichtung in Prozent. Mehrfachzählungen sind möglich, berücksichtigt sind nur Fachbereiche mit mindestens 30 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ohne Berücksichtigung zusätzlicher Spezialisierungen.

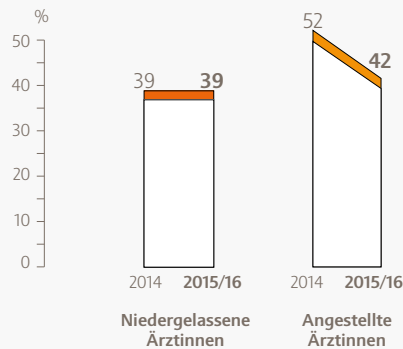
**Datenquelle:** Ärztekammer Wien, [www.praxisplan.at](http://www.praxisplan.at), Abfragen vom Mai 2016, Datenaufbereitung: IHS.

Im Vergleich der Jahre 2014 und 2016 zeigt sich, dass der Frauenanteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit 39% gleichgeblieben, aber bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten ein Rückgang um 10%-Punkte eingetreten ist. Der große Rückgang ist vor allem auf die niedrigen Fallzahlen bei der Erhebung zurückzuführen.

L11.2

**Entwicklung des Frauenanteils von niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten in Prozent (2014–2016)**

 Monitoring



Frauenanteil unter niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten in Wien nach Fachrichtung in Prozent. Mehrfachzählungen sind möglich, berücksichtigt sind nur Fachbereiche mit mindestens 30 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ohne Berücksichtigung zusätzlicher Spezialisierungen

**Datenquelle:** Ärztekammer Wien, [www.praxisplan.at](http://www.praxisplan.at), Abfragen vom März 2014 und Mai 2016, Datenaufbereitung: IHS.

Indikator  
**L12**

**Ziel 06**

Gleiche Zugangschancen von Frauen in medizinische Berufe

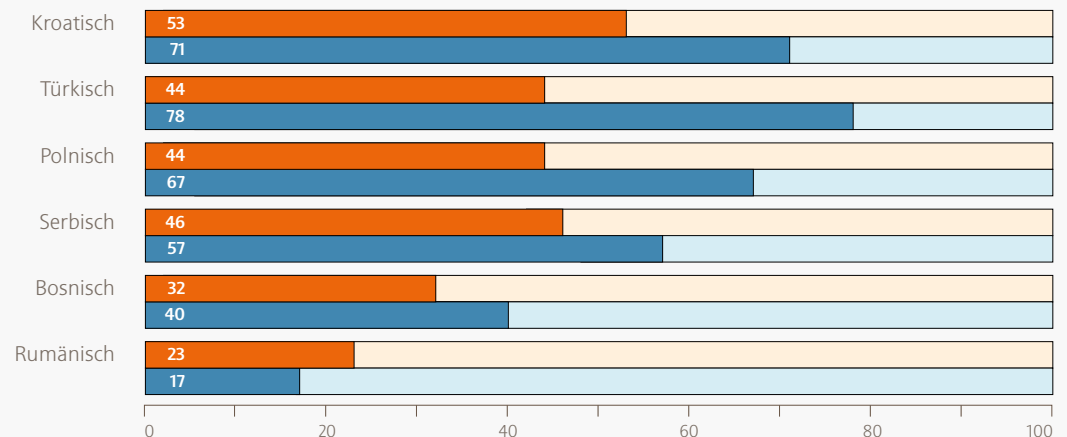
## Fremdsprachenkenntnisse in Ordinationen

Indikator 12 bildet den Anteil von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen ab, in deren Ordination nach Eigendarstellung die in Wien am häufigsten gesprochenen Fremdsprachen gesprochen werden. Von den rund 6.650 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie ihren Ordinationshilfen wird in rund 9% Praxen eine Fremdsprache gesprochen. Fast jede Arztpraxis weist Englisch mehr oder weniger automatisch als zweite Sprache aus, daher wurde auf diese Fremdsprachenkenntnisse kein Bezug genommen.

So wird beispielsweise in den Ordinationen von 124 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten Kroatisch, in 122 Ordinationen Türkisch und in 111 Ordinationen Polnisch gesprochen. Türkische Sprachkompetenz ist somit nur in 1,1% der Ordinationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzten in Wien verfügbar, obwohl der Anteil türkischer StaatsbürgerInnen an der Wiener Wohnbevölkerung knapp 2,5% (01.01.2016) beträgt und der Anteil der Türkisch sprechenden Wohnbevölkerung deutlich höher ausfällt. Ähnlich präsentieren sich die Werte für Serbisch und Kroatisch.

### L12.1

#### Sprachkenntnisse in Ordinationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Absolutzahlen



Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Wien, in deren Ordination die angeführten Fremdsprachen gesprochen werden. Mehrfachzählungen möglich, Selbstauskunft der Ärztinnen und Ärzte. Die Angabe von Fremdsprachenkenntnissen bedeutet nicht, dass die Ärztin bzw. der Arzt selbst die Sprache spricht, sondern dass diese in der Ordination gesprochen wird.

Es wurden jene Sprachen ausgewählt, die den größten Gruppen ausländischer Staatsangehöriger in Wien im Jahr 2012 entsprechen (mehr als 15.000 Personen in der Wohnbevölkerung weisen die jeweilige Staatsangehörigkeit auf).

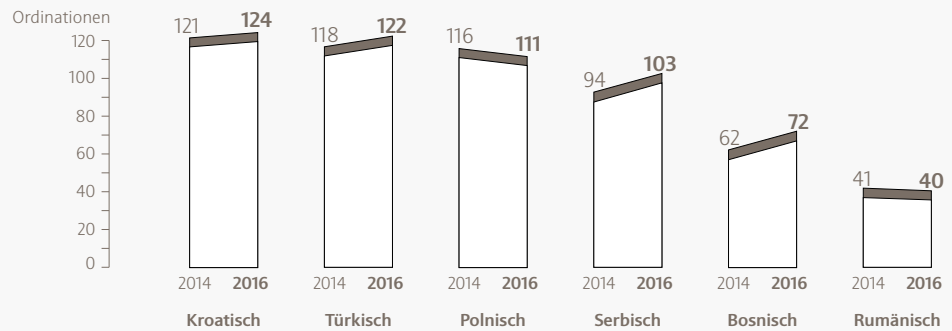
**Datenquelle:** Ärztekammer Wien, [www.praxisplan.at](http://www.praxisplan.at), ausgehoben im Juni 2016, Datenaufbereitung: IHS.

Insgesamt hat sich in den vergangenen zwei Jahren die Anzahl der Ordinationen in Wien, in denen weitere Sprachen neben Deutsch gesprochen werden, von 552 auf 572 erhöht. Dies ergibt sich durch Zuwächse in den Sprachen Kroatisch, Türkisch, Serbisch und Bosnisch, während hingegen Rückgänge in den Sprachen Polnisch und Rumänisch zu verzeichnen sind.

L12.2

**Entwicklung der Sprachkenntnisse in Ordinationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Absolutzahlen (2014–2016)**

 **Monitoring**



Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Wien, in deren Ordination die angeführten Fremdsprachen gesprochen werden. Mehrfachzählungen möglich, Selbstauskunft der Ärztinnen und Ärzte. Die Angabe von Fremdsprachenkenntnissen bedeutet nicht, dass die Ärztin bzw. der Arzt selbst die Sprache spricht, sondern dass diese in der Ordination gesprochen wird.

Es wurden jene Sprachen ausgewählt, die den größten Gruppen ausländischer Staatsangehöriger in Wien im Jahr 2012 entsprechen (mehr als 15.000 Personen in der Wohnbevölkerung weisen die jeweilige Staatsangehörigkeit auf).

**Datenquelle:** Ärztekammer Wien, [www.praxisplan.at](http://www.praxisplan.at), ausgehoben im März 2014 und im Juni 2016, Datenaufbereitung: IHS.



## Resümee

4 ↗ Intersexpersonen, d.h. Personen, die bei der Geburt genetisch und/oder anatomisch und/oder hormonell nicht eindeutig dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden können oder deren Intergeschlechtlichkeit erst im späteren Leben erkennbar wird, werden hier aufgrund von Datenmangel nicht als solche besprochen, obwohl deren Betroffenheit u.a. vom medizinischen Zwang zur Zweigeschlechtlichkeit (z.B. aufgrund von geschlechtsvereinfachenden Operationen) enorm ist. Bis zu 1,7% der Bevölkerung sind auf die eine oder andere Weise intergeschlechtlich (Fausto-Sterling: 2000).

Wenn es um eine Gender-Perspektive im Kontext von Gesundheit geht, ist mehr gemeint als nur die geschlechtsspezifische Betroffenheit von Krankheiten von Frauen und Männern,<sup>4</sup> wie z.B. Schwangerschaftsbeschwerden oder Prostataerkrankungen, auch geht es nicht nur um die Gesundheit der Geschlechtsorgane und um Themen der Produktivität. Vielmehr geht es darum, dass geschlechtsspezifisch unterschiedliche Lebensrealitäten wie unterschiedlich hohe Einkommen und Arbeitsbelastungen, Sicherheit und Unterstützung in persönlichen Beziehungen, die Übernahme von Verantwortung und ↗ Care-Arbeit für Familienmitglieder, aber auch in anderen sozialen Netzwerken, genderspezifische Schönheits- und Verhaltensnormen oder auch die Gelegenheit für Ruhe und Entspannung die Gesundheit von Frauen und Männern in unterschiedlicher Weise beeinflussen. Kurz gesagt: Frauen und Männer leben in und mit unterschiedlichen Lebensrealitäten und –bedingungen, was wiederum Einfluss auf die jeweilige Gesundheit hat. Krankheitsbilder sind demnach ebenso von Geschlechternormen geprägt: Essstörungen gelten beispielsweise als „typisch weibliche“ Erkrankungen, und es sind großteils auch Frauen von diesen betroffen (allerdings steigt der Anteil der Burschen/Männer). Krankheiten entstehen bei Frauen und Männern jedoch unterschiedlich, entfalten sich unterschiedlich und wurden/werden nicht zuletzt unterschiedlich behandelt (vgl. Biesig/Gutzwiller 2002). Die Gendermedizin, die mittlerweile Einzug in die Medizinforschung und -lehre gefunden hat, greift dies auf und befasst sich mit dem Einfluss von sex und gender auf Gesundheit und Krankheit und versucht, für beide Geschlechter die besten medizinischen Lösungen zu finden.

Unterschiede in Krankheitsbildern, im Gesundheitsbewusstsein und im Zugang zur Behandlung werden jedoch nicht nur durch das biologische und soziale Geschlecht, sondern durch eine Reihe weiterer soziodemografischer Merkmale (wie die Einkommens- und Vermögensverhältnisse, den Bildungsstand, Migrationshintergründe oder die sexuelle Orientierung) geprägt (vgl. Statistik Austria 2008). Eine Genderperspektive auf Gesundheit berücksichtigt daher im Sinne des Determinantenmodells von Gesundheit auch die sozialen Determinanten. Die in diesem Kapitel beschriebenen gesundheitlichen Risikofaktoren, der Zugang zu Gesundheitsleistungen, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen oder die selbstbestimmte Reproduktion sind Indikatoren, die eine Genderperspektive auf Gesundheit erlauben. In den letzten Jahren gehen mit Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, wie z.B. zunehmender Teilzeitarbeit und Prekarisierung der Einkommensverhältnisse, auch positive Entwicklungen im Bereich der ↗ Bildung einher, die ebenso Einfluss auf die Gesundheit haben. Erwartungen an männliche und weibliche Körper- und Verhaltensnormen wandeln sich und zeigen sich in sich veränderndem Gesundheitsverhalten: Zwar gleicht sich das Risikoverhalten von Männern und Frauen an, auf der anderen Seite steigt mit der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen der verantwortliche Umgang mit dem eigenen Körper. Genderspezifische Körpernormen und Rollenbilder erzeugen jedoch weiterhin

••  
siehe Bezahlte und unbezahlte Arbeit  
Indikator D8 Teilzeit  
und

••  
Armut und Soziale Sicherheit  
Indikator H2  
Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung

sozialen Stress, der sich in geschlechtsspezifisch unterschiedlicher Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Körperdysphorien und damit in Verbindung stehenden Krankheiten (wie der gleich hoch gebliebenen Anzahl von Essstörungen) manifestiert.

Die Beschäftigung in Wiener Krankenhäusern und die fachliche Spezialisierung nach Geschlecht beschreiben den Gesundheitsbereich als ein Arbeitsmarktsegment, das durch ausgeprägte horizontale und vertikale Segregation charakterisiert ist. Für die Entwicklung seit dem ersten Wiener Gleichstellungsmonitor 2013 ergibt sich für diese Bereiche ein Bild, das zumeist von wenig Veränderung geprägt ist.

Zugang von Frauen zum Gesundheitssystem durch mehr Ordinationen mit Fremdsprachenkenntnissen verbessert

Der Zugang zum Gesundheitswesen hängt sowohl von formalrechtlichen, sozialen wie finanziellen Faktoren ab. Ein barrierefreier Zugang zum Gesundheitswesen wird auch bedingt durch Rechte in Zusammenhang mit der jeweiligen StaatsbürgerInnen-schaft. Finanzielle Faktoren sind beispielsweise die eigene Erwerbstätigkeit oder der Erwerbstätigkeit der Partnerin/des Partners sowie bestehende finanzielle Ressourcen. Zu den sozialen Faktoren zählen u.a. die eigene und vererbte Gesundheitskompetenz, individuelle Risikofaktoren oder auch Sprachbarrieren.

Eine Annäherung zum Gleichstellungsziel eines verbesserten Zugangs von Frauen zum Gesundheitssystem erfolgt hier über den Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, in deren Ordination Fremdsprachen gesprochen werden. Von den rund 6.650 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie ihren Ordinationshilfen wird in rund 9% der Praxen BKS, Türkisch, Polnisch oder Rumänisch gesprochen, der Anteil der MigrantInnen aus diesen Sprachkreisen an der Wiener Wohnbevölkerung liegt am 01.01.2016 bei rund 14%. Insgesamt hat sich in den letzten zwei Jahren die Anzahl der Ordinationen in Wien, in denen weitere Sprachen neben Deutsch gesprochen wurden, um knapp 4% erhöht.

Ambivalente Entwicklungen im Bereich Gesundheitskompetenz: Risikoverhalten der Frauen ist gestiegen, gleichzeitig Partizipation von Frauen in Vorsorgeuntersuchungen höher als bei Männern

Frauen und Männer sind immer noch in unterschiedlichem Ausmaß von gesundheitlichen Risikofaktoren betroffen: Obwohl bislang mehr Männer als Frauen regelmäßig geraucht haben, haben die Frauen 2014 beim ungesunden Rauchverhalten aufgeschlossen: Rund ein Drittel der Frauen und Männer im Durchschnitt aller Altersgruppen ist RaucherIn. Seit der letzten Gesundheitsbefragung 2006/2007 ist der Raucherinnenanteil von 20% auf 32% gestiegen (bei Männern hat der Anstieg nur 3% betragen). Auch der (selbst angegebene) übermäßige Alkoholkonsum der Frauen ist seit dem letzten Beobachtungszeitpunkt doppelt so hoch (4%), liegt aber noch unter jenem der Männer (7%), der gleichgeblieben ist. Fast gleich viele Frauen (14%) wie Männer (17%) geben 2014 an, starkes Übergewicht zu haben, und mehr als die Hälfte aller Männer (52%) und Frauen (58%) ist körperlich inaktiv – beide Werte sind über die Zeit annähernd gleichgeblieben.

Auf der anderen Seite nehmen 2015 Frauen die allgemeine Vorsorgeuntersuchung weiterhin häufiger in Anspruch als Männer (14% der in Wien lebenden Frauen ab 18 Jahren und 13% der Männer). Männer beginnen im Durchschnitt erst später im

Lebensverlauf als Frauen, Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. Die Partizipation an Vorsorgeuntersuchungen ist zwischen 2011 und 2015 gestiegen. Im Bereich der allgemeinen Untersuchungen und insbesondere im gynäkologischen Programm hat sich die Teilnahme nahezu aller Altersgruppen (um rund 0,6%) erhöht. Bei den gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen hat sich die Beteiligung der Frauen von 5% auf 9% erhöht und somit beinahe verdoppelt.

Leichte Verbesserungen bei der Infragestellung von Schönheitsnormen und Rollenbildern trotz gleichbleibender Erkrankungsfälle

Unrealistische Schönheitsnormen und Rollenbilder, die auch durch die öffentliche Darstellung von Frauen und Mädchen z.B. in den Medien verstärkt werden, sind ebenso eine Ursache für gesundheitsgefährdende Essstörungen. Schwere Essstörungen, die eine stationäre Behandlung erfordern, betreffen überwiegend Mädchen und Frauen. Laut Spitalsentlassungstatistik waren in Wien im Jahr 2015 361 Mädchen und Frauen sowie 49 Buben und Männer in stationärer Behandlung aufgrund von Essstörungen, während von einer deutlich höheren Anzahl an Betroffenen auszugehen ist. Im Zeitvergleich der Jahre 2012 bis 2015 zeigt sich ein Anstieg von Frauen und Männern, die aufgrund von Essstörungen Krankenhausaufenthalte aufweisen, von 6%, wobei der Frauenanteil mit 88% gleichgeblieben ist. Knapp 30% der Mädchen und Frauen in stationärer Behandlung sowie knapp 40% der Buben und Männer sind maximal 19 Jahre alt.

Die unterschiedlichen Rollenbilder und Schönheitsnormen zeigen sich überdies in der Körpereinschätzung von Mädchen und Buben. Mädchen schätzen ihr eigenes Aussehen vor allem hinsichtlich ihres Gewichts weiterhin kritischer ein als Buben. Insgesamt denken 44% der Mädchen und 50% der Buben, dass sie ungefähr das richtige Gewicht haben. Doch selbst von den unter- und normalgewichtigen Mädchen schätzen sich 38% als zu dick ein – gegenüber 18% bei Buben. Im Vergleich zur Befragung 2009/2010 hat sich die Körperwahrnehmung der zu dünnen und normalgewichtigen Mädchen 2014 etwas verbessert, indem der Anteil der Mädchen, die ihr Körpergewicht in Ordnung finden, leicht gestiegen und der Anteil derjenigen, die sich trotzdem zu dick sehen, gesunken ist. Bei den übergewichtigen Buben finden sich mehr Buben tatsächlich zu dick.

Die Entwicklungen bei Teenagerschwangerschaften, Verhütung, künstlicher Befruchtung und Kaiserschnitttrate zeigen Verbesserungen hinsichtlich selbstbestimmter Reproduktion

Aus einer Gleichstellungsperspektive sind mit Reproduktion verknüpfte Themen, wie z.B. Teenagerschwangerschaften, künstliche Befruchtung und Kaiserschnitttrate, nicht nur relevant, weil sie die gesundheitliche Situation von Frauen betreffen, sondern weil sie Indikatoren dafür sind, ob Frauen frei und eigenverantwortlich über die Anzahl ihrer Kinder, den Zeitpunkt und die Geburtenabstände entscheiden können. 2012 gab es in Wien 590 Teenagerschwangerschaften, d.h. Erstgeburten von Müttern unter 20 Jahren, 2015 waren es 517. Die Anzahl der Teenagerschwangerschaften an der Gesamtzahl der Lebendgeburten ist damit zwischen 2012 und 2015 von 6% auf 4% gesunken.

Indikator 8 bildet die Zahl der Paare und die Zahl der Versuche ab, für die der IVF-Fonds die Kosten übernommen hat. Im Jahr 2015 werden für 1.393 Paare aus Wien künstliche Befruchtungen durch den IVF-Fonds mitfinanziert, aus den künstlichen

Befruchtungen resultieren 488 Geburten. Der Durchschnitt der Versuche liegt bei 1,5 Versuchen pro Frau, wobei sich hier kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigen. Insgesamt sind die Versuche bei der IVF pro Paar um 0,1% von 2012 auf 2015 angestiegen, und es waren auch um 308 Paare mehr, die IVF in Anspruch genommen haben. Dementsprechend sind auch mehr Babys mittels IVF gezeugt worden: 2015 sind es um 137 Geburten mehr, d.h., es ist zu einem Anstieg von knapp 40% gekommen.

Indikator 9 repräsentiert den Anteil der Geburten durch Kaiserschnitt an allen Lebendgeburten. Im Jahr 2015 werden in Wien 5.918 Kinder durch Kaiserschnitt entbunden, das sind 30% aller Lebendgeburten. Am häufigsten wird bei Frauen ab dem 40. Lebensjahr ein Kaiserschnitt vorgenommen. Der Anteil der Primär-Kaiserschnitte, die vor der Geburt geplant waren, und der Sekundär-Kaiserschnitte, die während der Geburt als Notsectio durchgeführt werden, sind mit jeweils 15% aller Geburten genau gleich hoch. Vergleicht man die Zahlen 2015 mit dem Jahr 2012, zeigt sich, dass die Kaiserschnitttrate grundsätzlich sehr ähnlich geblieben ist und insgesamt um nur 0,4%-Punkte abgenommen hat. Seit 2001 ist die Kaiserschnitttrate in Wien für alle Altersgruppen jedoch deutlich angestiegen. So lag sie 2001 noch bei 20%, im Jahr 2006 bei 25,7%, im Jahr 2012 bei 30,4% und macht im Jahr 2015 29,7% aus. Die Gründe für den Anstieg der Kaiserschnitttrate sind vielfältig: Anstieg von Risikofaktoren, geringere Hemmschwelle für Sectio, mangelnde Erfahrung der ÄrztInnen mit komplizierten Entbindungen, einfachere Planbarkeit. Die Wiener Studie „Psychosoziale Einflussfaktoren auf Geburtsmethoden und Zufriedenheit. Eine multizentrische empirische Studie an Frauen im Wochenbett“, die 2013 zur Analyse des Anstiegs der Kaiserschnitttrate in Wien initiiert wurde, soll mögliche Motivationsbündel nachvollziehbarer machen. Die Studie konnte zeigen, dass 8,4 % aller Kaiserschnitte nicht durch medizinische Risikofaktoren alleine erklärbar sind. Stattdessen werden psychologische Motive oder Gründe der Planbarkeit für den Kaiserschnitt angegeben. Die Wunschkaiserschnitttrate liegt in der Gesamtstichprobe nur bei 1,5% (vgl. Wimmer-Puchinger et al. 2013, S. 17). Vieles spricht für eine natürliche Geburt, Mütter mit vaginaler Geburt haben im Durchschnitt nach der Geburt deutlich weniger Schmerzen (12%) als Mütter nach Kaiserschnitten (27,3%) bei primärer Sectio (vor Eintritt der Wehen) bzw. 26,1% bei sekundärer Sectio (nach Eintritt der Wehen) (vgl. ebda., S. 18). Die Senkung der Kaiserschnitte wurde in den Wiener Gesundheitszielen 2025 aufgegriffen, mit dem Ziel, die Kaiserschnitttrate in Wien bis 2025 auf 25 Prozent zu senken und im Rahmen der Umsetzung der Wiener Gesundheitsziele die Arbeitsgruppe „Die Chance auf Spontangeburt erhöhen“ eingerichtet.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> <https://www.wien.gv.at/gesundheit/strukturen/gesundheitsziele/index.html> (26.05.2017)

Verbesserungen in den  
Zugangschancen  
zu und Aufstiegschancen in  
medizinischen Berufen

Der Gesundheitsbereich als Beschäftigungssegment ist durch eine ausgeprägte vertikale und horizontale Segregation gekennzeichnet. Die vertikale Segregation im Gesundheitsbereich verbessert sich langsam, aber auf horizontaler Ebene gibt es immer noch wenig Bewegung. Die vertikale Segregation lässt sich etwa an der Frauendominanz im Pflegebereich (Indikator 10) ablesen. Bei Pflegekräften in Wiener Krankenhäusern und Krankenanstalten ist zudem im Jahr 2015 nach wie vor die Dominanz von Frauen am deutlichsten sichtbar – 83% der qualifizierten Pflegekräfte und 76% der PflegehelferInnen sind Frauen.



Unter den rund 7.800 in Wiener Spitälern beschäftigten Ärztinnen und Ärzten besteht mit einem Frauenanteil von 53% ein recht ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. Sind Frauen unter den Ärztinnen und Ärzten in Ausbildung mit 60% sogar noch überrepräsentiert, geht der Frauenanteil bei einer anschließenden fachärztlichen Ausbildung allerdings deutlich zurück und liegt nur noch bei 43%. In Leitungsfunktionen (Klinikvorstehung, Primariat, ärztliche Leitung) sind Frauen mit 26% vertreten. Demgegenüber dominieren Frauen unter den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin (73%). Im Vergleich zum Jahr 2012 gab es hier etwas Bewegung. Der Anteil der Frauen bei Pflegekräften ist um jeweils 1%-Punkt zurückgegangen, ebenso der Anteil der Ärztinnen in Ausbildung (um 2%-Punkte). Gestiegen sind jedoch der Anteil der Ärztinnen insgesamt (um 2%-Punkte), jener der Allgemeinmedizinerinnen (um 1%-Punkt), der Anteil der Fachärztinnen (um 2%-Punkte) und besonders der Anteil der weiblichen Leitungen (um 7%-Punkte).

Indikator 11 bildet die geschlechtsspezifische Segregation in der Ärzteschaft ab, konkret den Frauenanteil unter niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen. Insgesamt sind 2.297 (39%) aller niedergelassenen und 2.064 (42%) aller angestellten Ärztinnen und Ärzte in Wien Frauen. In der Frauen- und Geburtshilfe sind Frauen mit 153 (40%) unter den niedergelassenen und mit 136 (49%) unter den angestellten Ärztinnen und Ärzten vertreten. Die niedrigsten Frauenanteile weisen die chirurgischen Bereiche und die Urologie auf, wobei hier der Frauenanteil unter den angestellten Ärztinnen und Ärzten höher ist als unter den niedergelassenen. Im Vergleich der Jahre 2014 und 2016 zeigt sich, obwohl der Frauenanteil der niedergelassenen Ärztinnen mit 39% gleichgeblieben ist, ein Rückgang um 10%-Punkte bei den angestellten Ärztinnen.

Stärkere Verankerung von Gendermedizin und ihren Erkenntnissen in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonal wie auch in der medizinischen und pharmazeutischen Forschung

In den letzten Jahren kann eine vermehrte Sichtbarkeit bei der noch jungen aber zunehmend an Bedeutung gewinnenden Disziplin  $\rightarrow$  Gendermedizin und bei der  $\rightarrow$  Frauengesundheitsforschung wahrgenommen werden. Gendermedizin beschäftigt sich mit den verschiedenen Ausprägungen von Krankheitssymptomen und -bildern, bedingt durch die unterschiedliche Anatomie von Frauen und Männern, wie auch geschlechtsspezifische Wirkungsweisen von Medikamenten. Schwerpunkte dieser Disziplin liegen bei der Vorsorge, im diagnostischen und therapeutischen Bereich, aber auch in der Arzneimittelforschung. Auf diese Entwicklung reagierte die Medizinische Universität Wien 2010 mit der Einrichtung des österreichweit ersten eigenen Lehrstuhls für Gendermedizin und einer postgraduellen Fortbildung in „Gender Medicine“ unter der jeweiligen Leitung und Vorsitz von Univ.-Prof., Dr.in med. Karin Gutierrez-Lobos. Die Professur wurde an Univ.-Prof., Dr.in med. Alexandra Kautzky-Willer verliehen, die 2016 zur Wissenschaftlerin des Jahres gewählt wurde, was dem Thema Gendermedizin zusätzlich eine breitere Öffentlichkeit verschafft. Damit geschlechterspezifische Fragestellungen auch in der regulären medizinischen Ausbildung verankert sind, wurden diese an der Medizinischen Universität Wien ins Curriculum inkludiert und die Abhaltung von Gender-Ringvorlesungen eingeführt, die seit dem Wintersemester 2014/2015 um eine Ringvorlesung zu Diversity und Medizin erweitert wurden.

Gesundheit ist nicht geschlechtsneutral, daraus ergeben sich wiederum spezifische gesundheitliche Bedürfnisse von Frauen, auf die auch das Wiener Programm für Frauengesundheit mit einer Qualitätsverbesserung der medizinischen, sozialen und psychologischen Dienstleistungen für Frauen, abzielt. Mit der Umsetzung der Gesundheitsziele ist das Team des Büros für Frauengesundheit befasst, das seit dem 1. März 2016 zum Wiener Programm für Frauengesundheit der MA24 - Gesundheits- und Sozialplanung angehört, wo eine Abteilung für Frauengesundheit und Gesundheitsziele geschaffen wurde. Somit ist auch die Umsetzung der Wiener Gesundheitsziele eng mit geschlechtsspezifischen Analysen verknüpft.