



bmask.gv.at

BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES UND
KONSUMENTENSCHUTZ

SOZIALE LAGE - GENDER - GESUNDHEIT

TAGUNGSBAND ZUR VERANSTALTUNG
VOM 28. 10. 2008



IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber: Hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abteilung V/3, Abteilung V/5, Stubenring 1, 1010 Wien • **Redaktion:** Institut für Frauen und Männergesundheit (FEM, FEM-Süd, MEN) • **Layout:** Günter Jexenflicker, BMASK-BSC-MKD/BSS A • **Druck:** bmask

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

Die in der Broschüre getätigten Ausführungen basieren – so nicht ohnedies gesondert gekennzeichnet, bzw. grau unterlegt – unter anderem auf Publikationen des Bundesministeriums für

INHALTSVERZEICHNIS

BEGRÜSSUNG - BUNDESMINISTER A. D. DR. ERWIN BUCHINGER	3
FRAUENGESUNDHEIT UND SOZIALE BENACHTEILIGUNG	4
FRAUENGESUNDHEIT UND HERZ-KREISLAUF-RISIKO	6
WEIBLICHE RISIKOGRUPPEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG	7
FRAUENGESUNDHEIT UND ALTER	9
HEALTH IN ALL POLICIES	12
LITERATUR	12
NATIONALE UND INTERNATIONALE BEFUNDE ZUR MÄNNERGESUNDHEIT UND SOZIALER BENACHTEILIGUNG	13
EINLEITUNG	13
MÄNNERGESUNDHEIT UND SOZIALE BENACHTEILIGUNG	14
DER WIENER MÄNNERGESUNDHEITSBERICHT	15
MÄNNLICHE LEBENSERWARTUNG IM INTERNATIONALEN VERGLEICH	19
MÄNNERGESUNDHEIT UND ARBEIT(SLOSIGKEIT)	20
MÄNNERGESUNDHEIT UND PSYCHIATRIE	20
MÄNNERGESUNDHEIT, SOZIALE SCHICHTEN UND ZUGANG ZU MEDIZINISCHEN SYSTEMEN	21
BESSER JUNG, REICH UND G'SUND ...	
ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN ALTER, ARMUT UND GESUNDHEIT	22
ARMUT, ALTER UND GESUNDHEIT - DEFINITIONEN	22
ARMUT IN ÖSTERREICH	22
ZUM ZUSAMMENHANG VON ARMUT UND GESUNDHEIT	23
HÖHERES STERBERISIKO	24
SCHLECHTERER GESUNDHEITZUSTAND	24
ZUM ZUSAMMENHANG VON ALTER UND GESUNDHEIT	25
ERKLÄRUNGSANSÄTZE FÜR GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT	25
ANSÄTZE ZUR VERRINGERUNG GESUNDHEITLICHER UNGLEICHHEIT	26
LITERATUR	27
MIGRATION UND GESUNDHEIT	
ZAHLEN, FAKTEN UND OFFENE FRAGEN	28
DATEN FÜR TATEN	28
KONZEPTIONELLE PROBLEME	28
DATENQUELLEN	29
KONZEPTIONELLE PROBLEME	30
DAS BEISPIEL SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT	30
DAS BEISPIEL MÜTTERSTERBLICHKEIT	32
UNERWARTETE BEFUNDE BEI GESUNDHEITLICHEN UNTERSCHIEDEN	33
MIGRATION ALS GESUNDHEITLICHER ÜBERGANG	34
DENKEN IN MODELLEN	35
ZUSAMMENFASSUNG	36

LITERATUR	37
WORKSHOP	
ALTERSSPEZIFISCHE ERÖRTERUNG DER THEMEN GENDER UND GESUNDHEIT	37
EINLEITUNG	37
TEIL 1: THEORIEN ZU ALTER, GESCHLECHT UND GESUNDHEIT	37
KULTURHISTORISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUM ALTER(N)	37
THEORIEN ZUR KONSTRUKTION SOZIALER ORDNUNGEN DES ALTER(N)S	37
TYPOLOGIEN VON ALTER/N	39
ALTER(N) UND GESUNDHEIT AUS DER GENDER PERSPEKTIVE	40
ANALYSE VON GESUNDHEITSKOSTEN UND GESCHLECHT	41
TEIL 2: DISKUSSION UND AUSTAUSCH	42
LITERATUR	43
WORKSHOP	
ARMUT ALS BARRIERE FÜR CHANCENGLEICHHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN	45
EINLEITUNG	45
TEIL 1: PLANUNGSÜBUNG FÜR EIN PROJEKT DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	45
TEIL 2: ERGEBNISSE DER KLEINGRUPPEN	46
„ONG’HATZT IS!“ - GRILLEN WIE EIN WELTMEISTER (ZIELGRUPPE MÄNNER):	46
„FOOD-MANIA“ (ZIELGRUPPE FRAUEN):	47
„MACH MAL PAUSE MIT GESUNDER JAUSE“ (ZIELGRUPPE FRAUEN):	48
„GESUNDHEIT MACHT STARK“ (ZIELGRUPPE MÄNNER):	48
„OHNE TITEL“ (ZIELGRUPPE FRAUEN):	49
TEIL 3: SCHLUSSBETRACHTUNG	49
WORKSHOP	
MIGRATION ALS GESUNDHEITSRISIKO?	
ZUR GESUNDHEITLICHEN SITUATION VON MIGRANTEN UND MIGRANTINNEN	50
EINLEITUNG	50
TEIL1: KONZEPT VON FEM, FEM SÜD UND MEN	50
TEIL 2 : AUSGEWÄHLTE ASPEKTE DER MIGRATION	53
TEIL 3: DISKUSSION UND AUSTAUSCH	54
LITERATUR	56

BEGRÜSSUNG

BUNDESMINISTER A. D. DR. ERWIN BUCHINGER

Einen schönen guten Morgen meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich begrüße Sie hier im Marmorsaal des Sozialministeriums bei der Veranstaltung „Soziale Lage, Gender und Gesundheit“. Dies ist eine Veranstaltung, die mir persönlich sehr wichtig ist, weil sie einen Aspekt näher beleuchtet, der auch in der politischen Diskussion meiner Überzeugung nach bisher zu wenig Aufmerksamkeit gefunden hat. Wir haben in Österreich ein hervorragendes Gesundheitssystem, mehr als zehn Prozent des Bruttoinlandsproduktes werden dafür verwendet. Dieses Gesundheitssystem ist grundsätzlich universell angelegt, mehr als 99 Prozent der Menschen Österreichs sind in den Schutz dieses Gesundheitssystems mit einbezogen.

Dennoch sehen wir bei genauerer Betrachtung, dass bestimmte soziale Probleme unserer Gesellschaft auch weit in die Gesundheit hineinwirken. Der Zugang und die Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen ist über die sozialen Schichten unserer Gesellschaft nicht gleichmäßig verteilt. Wer eine geringere Bildung hat, wer weniger Einkommen hat oder arm ist, wer viele Kinder hat, wer einen Migrationshintergrund hat, aber auch die große Gruppe der Männer im Allgemeinen haben oft einen anderen und schlechteren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Diese Zusammenhänge sollen bei dieser Tagung näher beleuchtet werden, weil daraus Strategien gewonnen werden können, wie die Politik reagieren kann. Ich freue mich sehr und begrüße ganz herzlich die Expertinnen und Experten, die wir für diese Veranstaltung gewinnen haben können. Ich begrüße herzlich Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Wimmer-Puchinger, die Frauengesundheitsbeauftragte des Landes Wien, die zentrale Fakten und Anliegen der Frauengesundheit vorstellen wird. Ebenso begrüße ich den Vorsitzenden der International Society for Men's Health, Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn. Er wird über den Zusammenhang zwischen Mannsein und Gesundheit berichten, der mir als Männerminister auch ganz besonders am Herzen liegt.

Ich bedanke mich auch bei Mag.^a Verena Fabris für ihr Kommen. Sie wird den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit näher beleuchten, insbesondere anhand aktueller Daten im Armutszusammenhang. Ich begrüße auch Herrn Univ.-Prof. Dr. Oliver Razum von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Er wird uns Daten und Fakten zum Bereich Migration und Gesundheit liefern. Vor allem aber begrüße ich Sie, meine sehr geschätzten Damen und Herren, die Sie Expertinnen und Experten und Interessierte an diesem Thema sind. Wir wollen heute fachlichen Austausch über den Zusammenhang von sozialer Lage, Gender und Gesundheit anregen, damit es uns gemeinsam gelingen kann, auf dieses neu erfasste Problem auch gute Antworten zu finden. Ich wünsche der Tagung einen guten Verlauf und viele interessante Ergebnisse.

FRAUENGESUNDHEIT UND SOZIALE BENACHTEILIGUNG

UNIV. PROF.^{IN} DR.^{IN} BEATE WIMMER-PUCHINGER

GESUNDHEIT UND SOZIALE BENACHTEILIGUNG

Im Volksmund, der oft mehr weiß als die Wissenschaft, gibt es den alten, aber immer noch guten Spruch: „Armut macht krank und Krankheit macht arm.“ Man könnte sagen, dass dieser Spruch ‚evidence based‘ ist, denn Metaanalysen von 684 Publikationen haben leider ergeben, dass dieser Spruch wissenschaftlich korrekt ist. Die nachfolgende Darstellung (Abb. W1) zeigt die Bedingungsfaktoren von Gesundheit und Krankheit auf.



Abb. W1: Bedingungsfaktoren des Gesundheits- und Krankheitszustands. Quelle: Hurrelmann 2004

Gesundheit wird hier als verwoben mit der sozialen Lage dargestellt (siehe auch Abb. W2). Zum Tragen kommen persönliche Faktoren wie Alter, biologisches und gesellschaftliches Geschlecht, ethnische Herkunft, Lebensgewohnheiten, Bildungsgrad, aber auch Bewältigungskompetenzen von Menschen. Soziale Faktoren sind unter anderem die Wohnverhältnisse, soziale Integration, Arbeitsbedingungen, private Lebensformen. Wir wissen, dass für Männer eine Heirat gesundheitserhaltend ist, für Frauen eher gesundheitsbeeinträchtigend. Weiters wesentlich ist der Zugang zum Gesundheitssystem, die Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten, die Zugänglichkeit und Bedarfsgerechtigkeit. Nehmen Sie als Beispiel eine Frau, die aus der Wohnung flüchten musste und in einem Frauenhaus untergebracht ist. Wenn man dieser Frau sagt: „Iss fünf Mal am Tag einen Apfel“, und „Nimm an einem Nordic Walking Kurs teil, so hilft ihr das wahrscheinlich in ihrer Lebenssituation wenig. Stattdessen müssen wir uns das ganzheitlicher ansehen und uns fragen: Wie ist ihre aktuelle Lebenssituation?“

Dieser Punkt ist mir wichtig, weil Gesundheit oft als etwas rein Individuelles betrachtet wird, und wir dann oft moralinsaure Empfehlungen abgeben, die manchen Bürgerinnen und Bürgern herzlich wenig helfen, weil die Gesamtsituation nicht so ist, dass sie durch solche Maßnahmen alleine gesund werden.

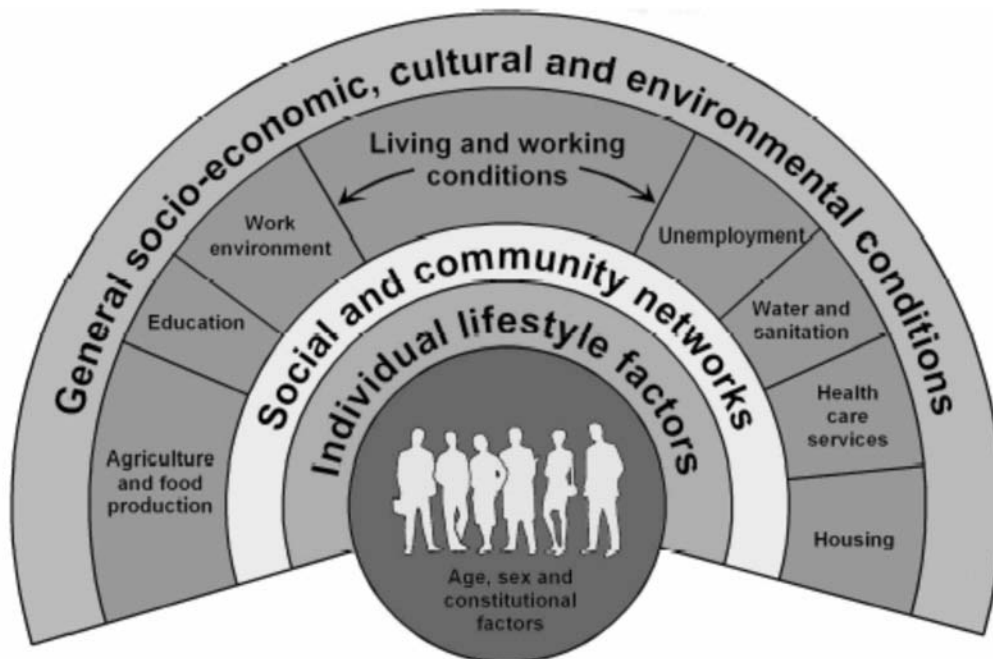


Abb. W2: Gesundheitsfaktoren. Quelle: Dahlgren, Whitehead 2007

Ein anderer Begriff, der in dem Zusammenhang sehr wichtig geworden ist, ist die ‚Health Literacy‘. Damit wird zusammengefasst, dass Menschen, die in schlechteren sozialen Bedingungen leben, insgesamt auch weniger Kompetenz haben, sich durchzusetzen und auf ihren Rechten zu bestehen und dass es ihnen etwa schwerer fällt, einen falschen Befund zu reklamieren. Je geringer die Bildung, die sprachlichen Möglichkeiten, die Kenntnisse, desto begrenzter sind die Möglichkeiten, Rechte zu erkennen und in Anspruch zu nehmen. Mit unserem Mammographie-Projekt, bei dem wir potentielle Teilnehmerinnen vor allem in drei Wiener Bezirken, die sozial benachteiligt sind, persönlich eingeladen haben, erreichten wir zu 40% Türkinnen, die noch nie in ihrem Leben bei einer Mammographie waren. Diese Frauen wussten gar nicht, dass sie das Recht auf eine Mammographieuntersuchung haben.

Ein weiterer wichtiger Begriff ist jener der sozialen Ausgrenzung oder sozialen Exklusion, in Englisch ‚social exclusion‘. Er beinhaltet Benachteiligung und Ausgrenzung, weil eine Person an bestimmten Angeboten oder Leistungen (z.B. Zahnbehandlungen) nicht partizipieren kann. Auch in schlechten Wohnverhältnissen zu leben, bedeutet Ausschluss, wie viele Studien zeigen. In Vierteln, in denen die Gewaltbereitschaft hoch ist, ist natürlich auch das Risiko viel höher, dass den BewohnerInnen Gewalt passiert. In Gegenden zu wohnen, in denen es wenig Angebote für Freizeitaktivitäten gibt und in denen man nicht gerne die Wohnung verlassen möchte, trägt ebenfalls zur sozialen Exklusion bei. Die Machtlosigkeit, die eigenen Interessen zur Geltung zu

bringen, die Chancenlosigkeit in Bildung und Schule sowie das Gefühl, ein/e BürgerIn zweiter Klasse zu sein, spielen hier zusammen. Man sollte die Frage stellen: In welchen jeweiligen Lebenssituationen befinden sich die Frauen, die Männer, die Kinder, die Buben, die Mädchen? Und sind sie gefährdet, sich aus der Gesellschaft ausgeschlossen zu fühlen, beziehungsweise werden sie ausgegrenzt?

Der Sozialbericht des Sozialministeriums hat in Bezug auf Frauen drei Risikogruppen herausgefiltert, auf die wir besonders Acht geben müssen: Migrantinnen, Alleinerzieherinnen und Frauen im Alter. Man ist sich dieser vulnerablen Gruppen auch auf EU-Ebene bewusst und verabschiedete daher schon 2000 im Nizza-Vertrag eine Empfehlung zum besseren Zugang für sozial Benachteiligte und zur Verhinderung von sozialen Ausschlüssen.

Es müssen also Strategien zur Vermeidung der Risiken der Ausgrenzung und Maßnahmen zugunsten der sozial am stärksten gefährdeten Personen entwickelt werden. Dafür brauchen wir zunächst Daten und Fakten. Wir müssen zuerst die Betroffenen erkennen, um Maßnahmen entwickeln zu können. Und dann müssen alle Akteurinnen im Sinne eines „Let’s work together!“ zusammengebracht werden. Lassen Sie uns also einen Schulterschluss machen! Wir wollen nicht zulassen, dass in unserer Gesellschaft manche Menschen ausgegrenzt werden und dadurch weniger Lebenserwartung haben.

FRAUENGESUNDHEIT UND HERZ-KREISLAUF-RISIKO

Sprechen wir von Frauengesundheit, sollte der Fokus auf die Frau in ihren verschiedenen Lebenssituationen gerichtet sein, was nur mit einer interdisziplinären, „sex- and gender-informed“ bio-psycho-sozialen Wissenschaft möglich ist. Die WHO ist dieser umfassenden Definition in ihrer „gender policy“ gefolgt. Es wird mehr Forschung benötigt. Was in Österreich fehlt, ist eine Zusammenschau von sozialen und medizinischen Daten. Wir wissen aber zumindest, dass soziale Benachteiligung und das Herzinfarktrisiko bei Frauen zusammenhängen.

Letzte Woche hatte ich die Gelegenheit mit der Kardiologin Prim.^a Dr.ⁱⁿ Podczek-Schweighofer eine Doppelmoderation auf der Modemesse La Donna zu gestalten. Wir erreichten dort ungefähr 100 Frauen, die wir über die Risikofaktoren für Herzerkrankungen informieren konnten. Allgemein wird Brustkrebs als die größte gesundheitliche Gefahr für Frauen wahrgenommen. Feind Nummer eins der Frauen ist aber eigentlich die Herz-Kreislauf-Erkrankung und das wird meistens zu wenig ernst genommen (siehe Abb. W3).

Es gibt hier eine ganze Fülle von Risikofaktoren. Einige klassische gelten für Männer und Frauen gleichermaßen: psychosoziale Faktoren, Bildung, Einkommen, Kinderzahl, berufliche Situation, Wohnregion und psychische Konstellationen. Es gibt Studien, wonach Depressionen bei Frauen das Herz-Kreislauf-Risiko erhöhen. Es gibt hier also einen starken Genderaspekt. Weitere Risikobedingungen sind geringes Einkommen und fremdbestimmte Berufssituation. In einer Studie wurde festgestellt, dass die Fremdbestimmtheit im beruflichen Kontext ein wichtiger Risiko-Faktor

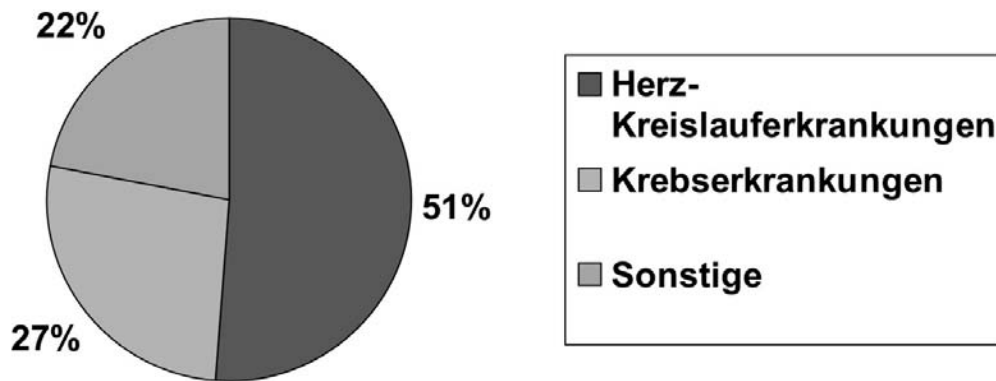


Abb. W3: Todesursachen bei Frauen 2003 Quelle: Statistik Austria www.statistik.at

ist, im Gegensatz zur weit verbreiteten Sicht von der Managerkrankheit. Je fremdbestimmter meine Berufssituation ist, desto größer ist das Risiko einer Herz-Kreislauf Erkrankung. Für Frauen gilt in besonderem Maße: Keine Entlastung zu haben, mangelnde soziale Unterstützung, hohe Belastung und Depressionsvulnerabilität, „Frustessen“, Nikotinkonsum, wenig Freizeit, wenig Bewegung und Sport erhöhen das Herz-Kreislauf-Risiko.

Nun gibt es leider auch internationale Studien, die nachweisen, dass Frauen geringere Chancen haben, dass ein akutes Herzproblem im/als Notfall erkannt wird. Ein Grund dafür ist das schon erwähnte Klischee von der männlichen Managerkrankheit. Im Schnitt - so die Studienergebnisse - geht bei Frauen eine zusätzliche Stunde verloren, bis hier geholfen wird. Nachgewiesen ist auch in vielen internationalen Studien, dass bei Frauen im Gegensatz zu Männern weniger Bypassoperationen vorgenommen werden, es zu längeren Wartezeiten kommt, weniger Herzkatheteruntersuchungen gemacht werden und es seltener zur Aufnahme in Rehabilitationszentren kommt. Vor zwei Wochen war ich in Berlin in der Charité auf einem Symposium zum Thema „Gender in Medicine“. Es wurden Studien von Frau Prof.ⁱⁿ Regitz-Zagrosek, der Leiterin des Centers of Cardiovascular Research, vorgestellt, die die genannten Fakten bestätigten.

WEIBLICHE RISIKOGRUPPEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Eine besondere Risikogruppe stellen wohnungslose Frauen dar. Eine weit verbreitete Annahme besagt, dass Wohnungslosigkeit männlich sei, weil sie dort sichtbarer ist. Die Wohnungslosigkeit bei Frauen ist dagegen versteckter und weniger sichtbar, weil die Angst vor Diskriminierung und Gewaltübergriffen bei Frauen größer ist. Viele Frauen, die kein Dach über dem Kopf mehr haben, gehen mit einem Mann mit oder prostituieren sich, damit sie ein Bett zum Schlafen haben, was wiederum gefährlich bis tödlich ausgehen kann. Zur gesundheitlichen Situation von wohnungslosen Frauen existiert eine deutsche Studie von Annette Greifenhagen, die wir im Wiener Frauengesundheitsbericht publiziert haben.

Eine weitere Risikogruppe stellen Frauen dar, die langzeitarbeitslos sind. Die Langzeitarbeitslosenquote beträgt in Wien 7%, in Österreich 6%. Überdurchschnittlich häufig betroffen von

Langzeitarbeitslosigkeit sind niedrig qualifizierte Frauen, Wiedereinsteigerinnen mit geringer beruflicher Qualifikation, Berufseinsteigerinnen und Migrantinnen. Außerdem werden Frauen durch Scheidung oder auch durch Karenz sehr leicht aus der beruflichen Bahn geworfen. Hier können wir einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit beobachten – Armut macht krank, Arbeitslosigkeit macht kränker. Bereits vorhandene Probleme verstärken sich, die Folgen sind das Fehlen einer Tagesstruktur, häufiger Nikotinkonsum, höherer Alkoholismus, ungesündere Ernährung und reduzierte körperliche Bewegung. Das sind Zusammenhänge, die das Robert-Koch-Institut in Deutschland untersucht hat.

Der Epidemiologe Michael Marmot hat 2006 in seinem Buch „Social determinants of health“ all diese Fakten publiziert. Der Zusammenhang von Depression und Arbeitslosigkeit (siehe Abb. W4) mit dem Geschlecht ist besonders gut untersucht worden. Arbeitslose Frauen, aber auch im Haushalt tätige Frauen sind besonders von Depressionen betroffen.

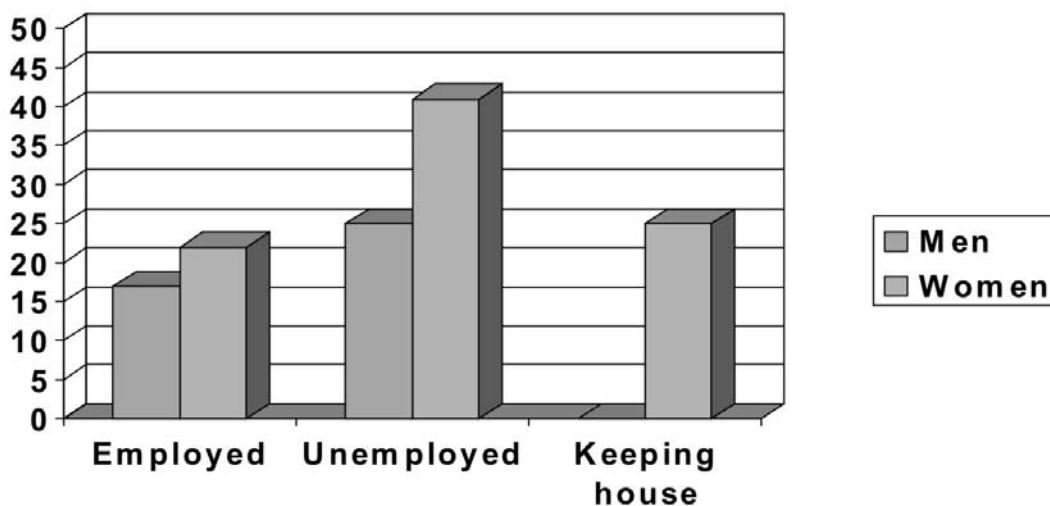


Abb. W4: Depression, Geschlecht und Arbeitslosigkeit. Quelle: Marmot 2006.

Eine Hypothese besagt, dass Krankheit zu einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko führt. Hier haben wir die Initiative „flora – Wienerinnen gegen Brustkrebs“ gesetzt, mit der wir Frauen mit Brustkrebs unterstützen. An Brustkrebs erkranken Frauen meistens ab dem 50. Lebensjahr, zu einer Zeit, in der auch das Risiko höher ist, den Job zu verlieren und so vorhandene oder dadurch entstandene Schulden nicht mehr abbauen zu können. Im letzten Jahr konnten wir durch die Arbeit unseres Vereins drei Delogierungen abwenden. Krankheit führt also zu einem höheren Risiko die Arbeit zu verlieren, und Arbeitslosigkeit wiederum führt zu einem erhöhten Krankheitsrisiko.

Eine besondere Risikogruppe stellen Frauen mit Behinderungen dar, da diese mehrfach diskriminiert werden. Sie werden oftmals nicht als Frauen und Mädchen wahrgenommen, da ihnen ihre Geschlechtlichkeit schlichtweg abgesprochen wird. Leider fehlt in diesem Bereich Zahlenmaterial, denn wir haben hier keine Gender-Statistiken. Jedenfalls existieren für Frauen mit Behinderungen viele Barrieren zum Gesundheitssystem. Wir beauftragten vor drei Jahren eine große Studie, in der wir sowohl Frauen mit Behinderungen als auch ÄrztInnen befragt

haben, wie sie mit dem Thema Gesundheit und Behinderung umgehen. Die Ergebnisse zeigten, dass Frauen mit Behinderungen vielen Barrieren im Gesundheitssystem begegnen. Sie nehmen diese auch wahr und nutzen leider deswegen von vornherein unser Gesundheitssystem weniger. Auf der anderen Seite gibt es die Perspektive der ÄrztInnen, die im Umgang mit Frauen mit Behinderungen auch oft unsicher sind und das Thema als schwierig erleben.

Migrantinnen stellen ebenfalls eine Risikogruppe dar. Wir haben in Österreich 826.000 Menschen ohne österreichische Staatsbürgerschaft, davon sind ein bisschen weniger als die Hälfte Frauen. In Wien stellen MigrantInnen 19% der Wiener Bevölkerung dar, hier beträgt der Frauenanteil 47%. Es gibt eine Fülle von Barrieren, denen Migrantinnen begegnen können, und damit verbunden eine Fülle von Fragestellungen. Eindeutig belegt ist der Zusammenhang zwischen Migration und sozialer Benachteiligung.

Die Unterschiede beim Thema Arbeitslosigkeit sind zwischen ÖsterreicherInnen und MigrantInnen gravierend. In der Gruppe der MigrantInnen sind 10% der Männer und 9% der Frauen arbeitslos. 22% der MigrantInnen sind von Armut betroffen. Die Barrieren und Informationsdefizite im Bereich der Gesundheitsversorgung sind vielfältig: Zum Tragen kommen etwa: mangelnder Wortschatz, spezifische Tabus, wenig muttersprachliche Information sowie wenig audiovisuelles Informationsmaterial. Wir haben hier viel Nachholbedarf wie zum Beispiel im Bereich der Dolmetschdienste. Viele MigrantInnen gehen bevorzugt ins Spital, weil sie den niedergelassenen Gesundheitsbereich nicht so gut kennen oder einfach nicht wissen, wohin sie gehen sollen. Es gibt darüber hinaus eine lange Reihe nachgewiesener Gesundheitsrisiken für MigrantInnen. So gehen Migrantinnen seltener zu Mutter-Kindpass-Untersuchungen und weisen eine höhere Säuglingssterblichkeit auf. Sehr auffällig sind die unspezifischen Unterbauchbeschwerden, wo wir vermuten, dass es eine psychosomatische Komponente gibt. Mangels Kommunikationsmöglichkeiten wird hier leider manchmal fehl behandelt.

Weitere Risiken sind: wenig Bewegung, unausgewogene Ernährung, einseitige Bewegungsabläufe, eine geringe Verwendung von Verhütungsmitteln (dadurch erhöhte Ansteckungsrisiken) und vor allem die nachgewiesenermaßen seltener in Anspruch genommenen Gesundheitsuntersuchungen sowie die auffällig geringe Mammographiefrequenz.

FRAUENGESUNDHEIT UND ALTER

Ein weiteres Thema ist die Feminisierung des Alters (siehe Abb. W5). Armut im Alter ist weiblich. Hier beträgt das Geschlechterverhältnis männlich zu weiblich 40 zu 60, in den fortgeschritteneren Altersschichten schon 25 zu 75, und es wird noch steigen. Frauen im Alter sind in der Regel eher allein, isoliert und einsam. Es gibt Studien, die klar nachweisen, dass bei gleichem Gesundheitsstatus Frauen eher Männer pflegen als umgekehrt. Wir wissen, dass die informelle familiäre Pflege überwiegend weiblich ist und dass dadurch 90% mehr Belastungen auf die Pflegenden zukommen. Die Altenbetreuung ist weiblich und damit kommt ein weiterer großer Belastungsfaktor auf Frauen zu. Aus einer Harvard-Studie geht hervor, dass die Betreuung

pflegebedürftiger Männer zu 91% von der Partnerin übernommen wird, im umgekehrten Fall sind das nur 29 %. Es gibt eine Studie vom ÖBIG, deren Ergebnis zeigt, dass sich pflegende Angehörige zu 70 % überlastet fühlen, eine Fülle von Sorgen haben und oft an psychosomatischen und gesundheitlichen Störungen leiden.

Ich hoffe, Ihnen mit dieser ganzen Palette an Themen klargelegt zu haben, dass das Thema „Soziale Benachteiligung, Gender und Gesundheit“ ein wichtiges ist und eine große Herausforderung darstellt, an der zusammen gearbeitet werden muss, um wirklich etwas zu bewegen.

BEST PRACTICE MODELLE IN WIEN

Ich möchte Ihnen jetzt abschließend als stolze Wienerin noch ein paar Best-Practice-Modelle vorstellen, die wir in Wien durchgeführt und umgesetzt haben. Viele dieser Studien haben die Frauengesundheitszentren FEM und FEM-Süd umgesetzt. Da ist einmal ein großes Projekt in Favoriten, das Herz-Kreislauf-Problemen vor allem bei sozial benachteiligten Frauen und Migrantinnen vorbeugen soll. Es setzt auf den klassischen Ansatz der Gesundheitsförderung: Ernährung, Bewegung, Entspannung, Stressabbau. Was dabei neu war, ist der besonders niederschwellige Ansatz, um vor allem sozial benachteiligte Frauen und Migrantinnen zu erreichen. Es wurden im Laufe des Projekts 10.000 Frauen erreicht. 1.800 Frauen haben Bewegungsgruppen besucht, waren Nordic walken oder haben Koch-Workshops besucht. Auf diese Weise ist es dem FEM-Süd gelungen, Migrantinnen in Favoriten zu erreichen (siehe Abb. W5).

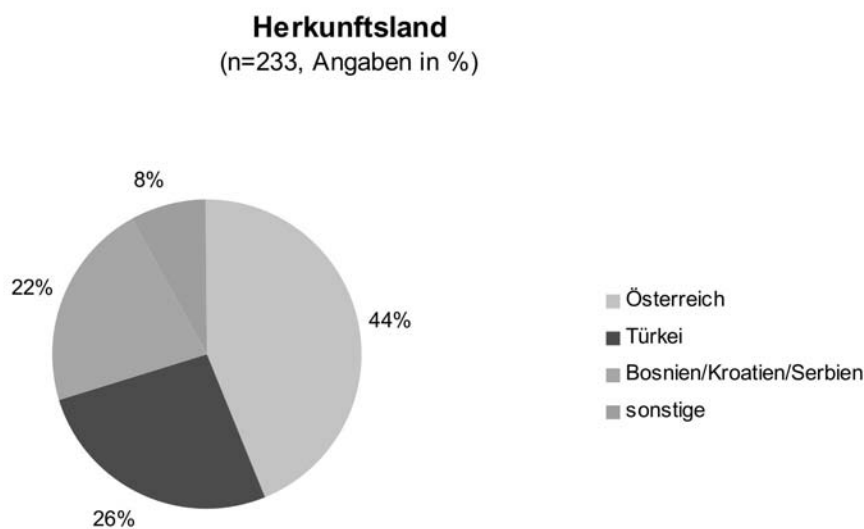


Abb. W5: Projekt „Nach Herzenslust“, Herkunftsland der Teilnehmerinnen eines typischen Kursdurchgangs Quelle: FEM Süd 2007

Ein anderes Projekt, das wir mit dem Frauengesundheitszentrum FEM durchführen, versucht, in Einrichtungen für wohnungslose Menschen der Stadt Wien eine goldene Brücke zur Gesundheit zu bauen. Auch wenn wohnungslose Menschen mehrheitlich sozialversichert sind, gehen sie nicht so einfach zum Arzt/zur Ärztin. Wenn sie sich an die Ausführungen zur ‚social exclusion‘ erinnern, wissen Sie, dass da oft Scham- und Schuldgefühle existieren. Wohnungslose Menschen

haben vielfach das Gefühl, nicht erwünscht zu sein oder kein Recht zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu haben.

Daher bauen wir eine goldene Brücke zu engagierten GynäkologInnen, gehen in die Wohnungslöseneinrichtungen, versammeln die Frauen, beraten und informieren sie und sprechen über gynäkologische Versorgung. Es wird Vertrauen hergestellt, um anschließend die Frauen zu den konkreten medizinischen Untersuchungen einzuladen. Es wird außerdem viel psychologische/ psychosoziale Beratung angeboten und zusammen mit dem Verein Neunerhaus auch eine eigene medizinische Diagnosestraße.

Eine weitere Risikogruppe sind Langzeitarbeitslose. Hier haben wir gemeinsam mit (f)it-Works und der Kollegin Frau Mag.^a Pichler, ein Projekt durchgeführt, das wir finanziell unterstützen. Hier werden Maßnahmen im Setting der Arbeitsüberlassung von arbeitslosen Frauen gesetzt sowie Gesundheitsförderungsprogramme, die speziell für Frauen maßgeschneidert wurden und hervorragende Ergebnisse aufweisen. Ein Zwischenergebnis davon zeigt, dass 1.519 Frauen verschiedene Maßnahmen der Gesundheitsförderung von Bewegung bis hin zur Selbstwertentwicklung in Anspruch nehmen konnten.

Im Bereich Frauen mit Behinderungen organisieren wir regelmäßig einen „Runden Tisch“ und befassen uns gemeinsam mit relevanten Themen. Wichtige Themen sind die Bereiche Sexualität, Schwangerschaft und Mutterschaft, ebenfalls wichtig ist das Thema der Betreuungsstandards im Krankenhaus. Als natürlichstes, bestes Setting, mit dem wir Mädchen und Frauen mit Behinderungen erreichen können, haben wir die Einrichtung ‚Jugend am Werk‘ ausgewählt. Wir bieten dort gynäkologische Workshops, sexualpädagogische Workshops und auch Selbstverteidigungskurse an. Bisher erreichten wir in kurzer Zeit 180 Mädchen und Frauen durch unsere Maßnahmen.

In zwei der Gesundenuntersuchungsstellen der Stadt Wien, und zwar in den Bezirken Favoriten und Rudolfsheim-Fünfhaus, bieten wir auf die Bedürfnisse von türkischsprachigen Frauen maßgeschneiderte Gesundheitsangebote an. Hier erreichten wir ebenfalls nach kurzer Zeit 547 Frauen (siehe Abb. W6). Zwei Drittel leben bereits länger als elf Jahre in Österreich, 82% waren noch nie in ihrem Leben bei einer ärztlichen Untersuchung.

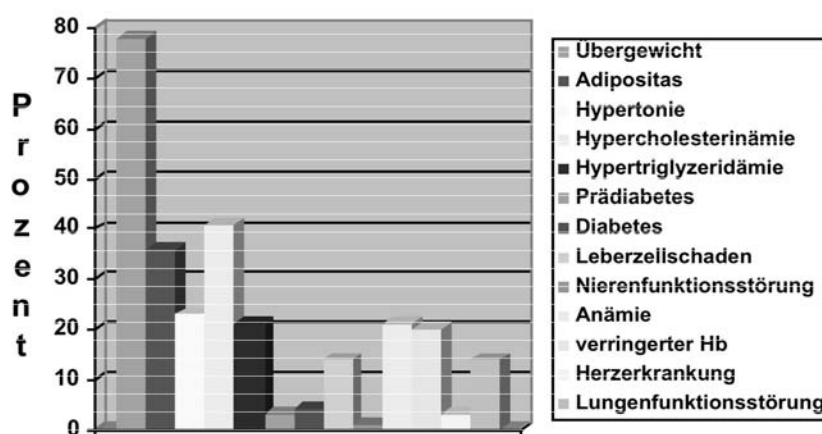


Abb. W6: Medizinische Ergebnisse der weiblichen türkischsprachigen Untersuchten, Quelle: FEM Süd 2007

Last but not least verfassten wir für pflegende Angehörige eine Informationsbroschüre, in der alle für die Angehörigenpflege relevanten Informationen zusammengefasst sind. Es ist bei uns schon längst Standard, dass wir als Beitrag zur ‚diversity policy‘ unsere Informationsbroschüren in viele Sprachen, und zwar in leichtverständlichen Formulierungen übersetzen.

HEALTH IN ALL POLICIES

Frauenrechte und die Überwindung sozialer Benachteiligung sind wichtige Themen. Den letzten OECD-Berichten zufolge verdienen Frauen noch immer in etwa ein Drittel weniger als Männer. Es gilt: je schlechter verdienend, desto größer die Benachteiligung. Daher müssen wir auf strukturelle Zugangsbarrieren achten. Dazu gilt es, auf Wissensbarrieren zu achten, generell die soziale Benachteiligung zu beseitigen, an der sozialen Durchsetzungsfähigkeit zu arbeiten, aber auch für bessere Transparenz und bessere Forschung zu sorgen. Es gibt entsprechende Empfehlungen der EU, die in Skandinavien auch schon gelebt werden, bei uns aber noch nicht.

‚Health in all policies‘ heißt, dass wir uns, wie ich Ihnen hoffentlich zeigen konnte, die Themenbereiche horizontal und vertikal ansehen müssen, dass wir also im Grunde gleichzeitig und aufeinander abgestimmt gute Sozialpolitik, Wohnungspolitik, Einkommenspolitik, Frauenpolitik, Familienpolitik, Gesundheitspolitik, Umweltpolitik und Verkehrspolitik brauchen, um die Probleme anzugehen. Das heißt, dass nicht alle Gesundheitsthemen im Gesundheitsressort allein gelöst werden können. Wenn wir in soziale und finanzielle Ressourcen investieren, kann das mehr bewirken als eine rein kurative Medizin. Wir müssen es lernen, wir müssen es in unsere Köpfe und vor allem in unsere Herzen bringen! Und ich hoffe, dass mir das ein Stück weit gelungen ist und bedanke mich herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

LITERATUR

Dahlgreen, Göran; Whitehead, Margaret: Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen 2007

FEM Süd (Hg.): Nach Herzenslust. Unveröffentlichter Projektbericht. Wien 2007

Greifenhagen, Anette; Fichter, Manfred et al.: Psychische Erkrankungen bei obdachlosen Männern und Frauen in München. In: Psychiatrische Praxis 26, 1999: 76 – 84

Greifenhagen, Anette; Fichter, Manfred: Verrückt und obdachlos – psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen, In: wohnungslos 3/ 1998: 89-98

Hurrelmann, Klaus: Determinanten von Gesundheit. Zitiert aus: Kickbusch, Illona: Die Gesundheitsgesellschaft. Gamburg 2006

Marmot, Michael; Wilkinson, Richard (Hg.): Social determinants of health. Oxford 2006



Ao. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger, ist Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien, Klinische und Gesundheitspsychologin, Universitätsprofessorin an der Universität Salzburg und Wissenschaftliche Leiterin des Ludwig Boltzmann-Institutes für Frauengesundheitsforschung. Sie ist seit 1978 im Bereich der Frauengesundheit in Forschung und Praxis engagiert, hat langjährige Erfahrung im Bereich der Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Erste Psychologin in einer Frauenklinik in Österreich und in diesem Zusammenhang Aufbau einer

Psychosomatikambulanz in einer Frauenklinik, Gründerin der ersten Frauengesundheitszentren in Österreich: FEM und FEM Süd, Autorin zahlreicher einschlägiger wissenschaftlicher Studien und Publikationen, Verfasserin des Österreichischen, Niederösterreichischen und Wiener Frauengesundheitsberichtes, langjährige Erfahrung mit einschlägigen Frauengesundheitsförderungsprojekten, aktiv in internationalen Frauengesundheitsnetzwerken, zahlreiche Publikationen und internationale Vorträge als Expertin für Frauengesundheit.

NATIONALE UND INTERNATIONALE BEFUNDE ZUR MÄNNERGESUNDHEIT UND SOZIALER BENACHTEILIGUNG

UNIV. PROF. DR. SIEGFRIED MERYN

EINLEITUNG

Es ist mir eine besondere Freude, heute hier im Rahmen Ihrer außerordentlich wichtigen Tagung teilnehmen und sprechen zu dürfen. Ich bin wirklich dankbar dafür, dass gerade zu diesem Thema eine Veranstaltung durch das Sozialministerium organisiert wurde. Was wir alle aus dieser Tagung machen sollten, ist, dass wir nach intensivem Gedankenaustausch und Lernen hinausgehen und gemeinsam Überzeugungsarbeit für das Thema SOZIALE LAGE – GENDER und GESUNDHEIT leisten. Männergesundheit in den Kontext sozialer Benachteiligung zu setzen, ist üblicherweise nicht mein wissenschaftliches Schwerpunktgebiet. Als ich die Einladung erhielt, darüber zu sprechen, ist mir ein böser, äußerst zynischer Witz eingefallen, den ich in Bezug zur Themenstellung Männergesundheit und soziale Benachteiligung, als Metapher setzen möchte:

Ein Bettler kommt am Abend zu einer Villa, läutet an, es wird die Tür geöffnet und er sagt: „Haben Sie Almosen oder irgendetwas zu essen für mich?“ Es wird ihm geantwortet: „Essen Sie auch Palatschinken von gestern?“ Und der Bettler antwortet: „Ja.“ Worauf man ihm sagt: „Dann kommen Sie morgen wieder.“

Bevor ich Ihnen evidence based medicine Studien und Daten vorstelle, werde ich Ihnen vorab einige Studien aus u.a. der Kronen Zeitung präsentieren: Sie sehen hier eine interessante Interpretation vom 23. Oktober 2008: „Wirtschaftskrise gut für die Gesundheit?“ Jede Krise ist auch eine Chance. So behaupten US-Wissensforscher, dass die derzeitige Rezession gut für die Gesundheit sein kann. Da ich in 99,9% der Fälle mit Frau Professorin Wimmer-Puchinger

übereinstimme und sie uns in ihrem Beitrag deutlich gemacht hat, dass dem nicht so ist, ist es spannend, wie viel Interpretationsspielraum Daten lassen. In der Krise, so die „scheinbare Logik“, haben Menschen genug Zeit, daheim gesund zu kochen. Die Luftverschmutzung wird geringer, weil weniger produziert und weniger Auto gefahren wird. Die Zahl der Selbstmorde steigt allerdings.

Die Kronen Zeitung und auch andere Medien schrieben nach dem heurigen Nationalfeiertag, dass unsere Jungmänner zu dick und ungelenig seien, Rückenprobleme und Allergien hätten. Sie seien dadurch nur noch eingeschränkt tauglich, was uns Sorgen bereiten sollte.

Das bevorzugte Auftreten von Krankheiten oder Letalfaktoren beim männlichen Geschlecht bezeichnet man als Androtropie. Hinsichtlich der erhöhten Morbidität und Mortalität bei Männern zeigen internationale Daten folgende bedeutsame Ergebnisse: Das Verhältnis Männer zu Frauen liegt zum Beispiel bei Herzkrankheiten bei 1,9 zu 1, bei Unfällen und anderen Außeneinwirkungen 2,7 zu 1, bei Selbstmorden beträgt es 3 zu 1, bei chronischen Lebererkrankungen 2,3 zu 1, bei Mord und Hinrichtungen 10 zu 1, bei Lifestyledrogen 10 zu 1. Diese Relationen finden sich mit kleinen Abweichungen sowohl in den Vereinigten Staaten als auch Europa und in Österreich. Was hier weltweit zu Tragen kommt, ist der eindeutige Zusammenhang von Gesundheit und sozialem sowie sozioökonomischem Kontext. Wir wissen diesbezüglich aber noch immer viel zu wenig und benötigen dringend wesentlich mehr und vor allem seriöse Daten.

MÄNNERGESUNDHEIT UND SOZIALE BENACHTEILIGUNG

Der Zusammenhang zwischen dem Pro-Kopf-Einkommen eines Landes und der Lebenserwartung seiner BürgerInnen ist seit langem bekannt. Ein europäischer Experte stellte fest: Gesundere Menschen sind produktiver, bleiben länger arbeitsfähig, arbeiten mehr und investieren mehr in ihre Bildung. Es gibt sehr gute Evidenz aus mehreren Ländern, dass gesunde Menschen mehr verdienen als weniger gesunde Menschen. Eine Studie aus den USA zeigt, dass schon eine einzige Episode einer psychischen Erkrankung zu einem Einkommensverlust von bis zu 24 % führt, und dass der Effekt dieses Einkommensverlustes über 15 Jahre anhält. Als ich diese Studie gelesen habe, war ich erschüttert. Ich bin mir nochmals bewusst geworden, dass ein Mann, dem ich im Rahmen meiner Ordination eine Depression diagnostiziere, die entsprechenden Medikamente verschreibe und dann zum Facharzt überweise, nicht nur durch seine Erkrankung belastet ist, sondern darüber hinaus auch durch seine soziale Benachteiligung, welche die nächsten 15 Jahre anhalten kann. Es kommt somit nicht nur zu einer medizinisch-biologischen, sondern auch zu einer sozioökonomischen Benachteiligung!

Eine Studie aus Irland zeigt, dass durch eine chronische Erkrankung die Wahrscheinlichkeit eine feste Arbeit zu haben, bei Männern um 61% und bei Frauen um 52% reduziert wird. Wir werden immer älter, wir sehen immer mehr Menschen mit chronischen Krankheiten und es wird gegenwärtig bereits diskutiert, das Pensionsalter nach oben zu verschieben, weil sich der Staat die Finanzierung des Pensionssystems sonst nicht mehr leisten kann. Demnach werden wir in

der Bevölkerung, wenn wir das Pensionsalter tatsächlich nach oben verschieben, immer mehr Menschen finden, die im Arbeitsprozess stehen und gleichzeitig chronisch krank sind. Um noch einmal einen Experten zu zitieren: Wenn wir uns die soziale Entwicklung über die Zeit ansehen, so kommen wir zu dem Schluss, dass zahlreiche Länder ihren Wohlstand zu einem guten Teil der kontinuierlichen Verbesserung der Gesundheit über die vergangenen 200 Jahre verdanken.

Wir kennen also den Zusammenhang von Gesundheit und Einkommenssituation! Wir wissen auch, dass der Wohlstand der Länder dann gewachsen ist, wenn sich die Gesundheit der Bevölkerung verbessert hat. Studien aus dem skandinavischen Raum belegen, dass der Anstieg des BIP um 1 % mit einer 10 %igen Reduktion der kardiovaskulären Mortalität einhergehen kann. Auch zwischen Gesundheit und Bildung gibt es wohlbelegte Zusammenhänge. In reicheren Ländern gibt es gebildete Menschen, die gesünder sind, weil sie besser auf ihre Gesundheit achten. Nur gesunde Menschen wiederum sind in der Lage, sich Zugang zu Bildung zu verschaffen. Bildung und Gesundheit, Bildung und sozialer Status, Bildung und Entwicklungsmöglichkeiten stehen jeweils in einem engen Zusammenhang miteinander!

DER WIENER MÄNNERGESUNDHEITSBERICHT

Der Wiener Männergesundheitsbericht war bahnbrechend es handelte sich dabei um den weltweit ersten Männergesundheitsbericht. Der Bericht hat international Aufsehen erregt und wurde auch bei der WHO entsprechend wahrgenommen. Ich möchte hier noch einmal ein großes Danke und meine Anerkennung an die Stadt Wien aussprechen, und hier im Besonderen an Frau Professorin Anita Rieder, die diesen Bericht federführend verfasst hat. Sinnvoll wäre es 2009, nach nun mittlerweile zehn Jahren, einen neuen Männergesundheitsbericht mit aktuellen Daten und relevanten Vergleichen bezüglich der Entwicklungen über ein Dezennium zu verfassen.

Im Vorwort des Männergesundheitsberichts wird darauf aufmerksam gemacht, dass politische Strategien nötig sind, um Menschen vor lange anhaltenden gesellschaftlichen Nachteilen zu bewahren. Der Bericht belegt im Bereich der Männergesundheits den Einfluss des sozialen und psychologischen Umfeldes auf die Gesundheit, die Wichtigkeit einer gesicherten Kindheit, den Einfluss der Arbeit auf die Gesundheit und behandelt die Probleme von Arbeitslosigkeit und Jobunsicherheit. Eine Reihe dieser Determinanten treffen besonders auf die männliche Bevölkerung zu.

Zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit führt der Wiener Männergesundheitsbericht eine Reihe von Studien an, die zeigen, dass Arbeitslosigkeit mit einer erhöhten Erkrankungsrate und Sterblichkeit assoziiert ist. Was die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen bei Arbeitslosen betrifft, so wurde bei den AllgemeinmedizinerInnen eine Steigerung um 40% beobachtet und bei den FachärztInnen sogar um 89%. Symptommhäufigkeit und Gesundheitszustand verändern sich im Laufe der Arbeitslosigkeit. Die Aufenthaltsdauer der Arbeitslosen in Krankenhäusern übersteigt die von Beschäftigten um mehr als das Zweifache, bei den über 50-Jährigen Männern sogar um das Vierfache. Die aktuelle wirtschaftliche Situation weltweit und in Österreich lässt befürchten,

dass die Arbeitslosigkeit in den nächsten Monaten zunehmen wird. Die Problemsituation ist daher aktueller denn je. Wir müssen gemeinsam hinausgehen, andere ansprechen und motivieren etwas zu tun: sowohl für Frauen als auch für Männer! Es sind alle betroffen, trotz Unterschieden und trotz der Tatsache, dass die wirtschaftliche Benachteiligung von Frauen bedauerlicherweise noch immer größer ist als die von Männern. Beide geschlechtsspezifischen Problembereiche müssen ohne „wenn und aber,“ und sowohl im Kontext aber auch für sich allein betrachtet und gelöst werden.

Hinsichtlich physischer Beschwerden bei männlichen Ausländern und österreichischen Staatsbürgern besteht fälschlicherweise der Eindruck, dass Ausländer gesünder sind und bei ihnen seltener Krankheiten auftreten. Richtig ist jedoch, dass ausländische Menschen seltener zu ÄrztInnen gehen. Zum Thema Alter ist des Weiteren lange bekannt, dass Männer bis zum Alter von 75 Jahren weniger die bestehenden öffentlichen Gesundheitsangebote nutzen. Aus dem Männergesundheitsbericht weiß man, dass Männer nach wie vor ganz allgemein weniger zu Vorsorge- und Basisuntersuchungen gehen als Frauen.

Kennzahlen - Die häufigsten Todesursachen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen in Österreich nach Geschlecht, 1992 bis 2001

Todesursache	Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen pro Jahr, 1992-2001				Verteilung der Todesfälle auf Geschlecht, in %	
	männlich		weiblich		männlich	weiblich
	absolut	in % ¹⁾	absolut	in % ¹⁾		
Selbstmord	1.220	39	439	29	74	26
Kfz-Unfälle im Verkehr	738	24	263	17	74	26
Unfälle durch Sturz	501	16	539	35	48	52
Sonstige Unfälle	454	14	161	11	74	26
Vergiftungen	92	3	27	2	77	23

¹⁾ in Prozent aller tödlichen Verletzungen und Vergiftungen

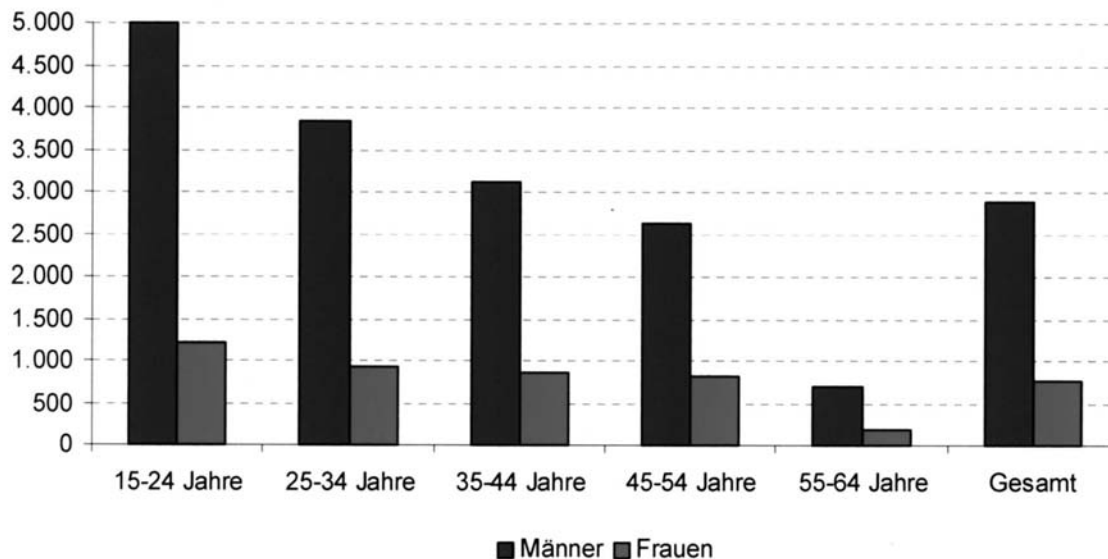
Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Abb. M1

Ich möchte Ihnen die Kennzahlen der häufigsten Todesursachen im Geschlechtervergleich präsentieren: Selbstmord 74% männlich zu 26% weiblich. Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr 74% männlich zu 26% weiblich. Bei Unfällen und Vergiftungen ist es ähnlich (Abb. M1). Es besteht hier eindeutig ein Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern, was geschlechtsspezifische Herangehensweisen nötig macht. Wir müssen beim Thema Selbstmord auf Frauen frauenspezifisch zugehen und auf Männer männerspezifisch. Alle Programme, die diesen geschlechtsspezifischen Aspekt ausgelassen haben, waren nicht erfolgreich.

Ich zeige Ihnen noch Kennzahlen bei Arbeitsunfällen, wie sie von der AUVA registriert wurden (Abb. M2). Besonders in jungen Jahren sind unter den häufigsten anerkannten Berufskrankheiten

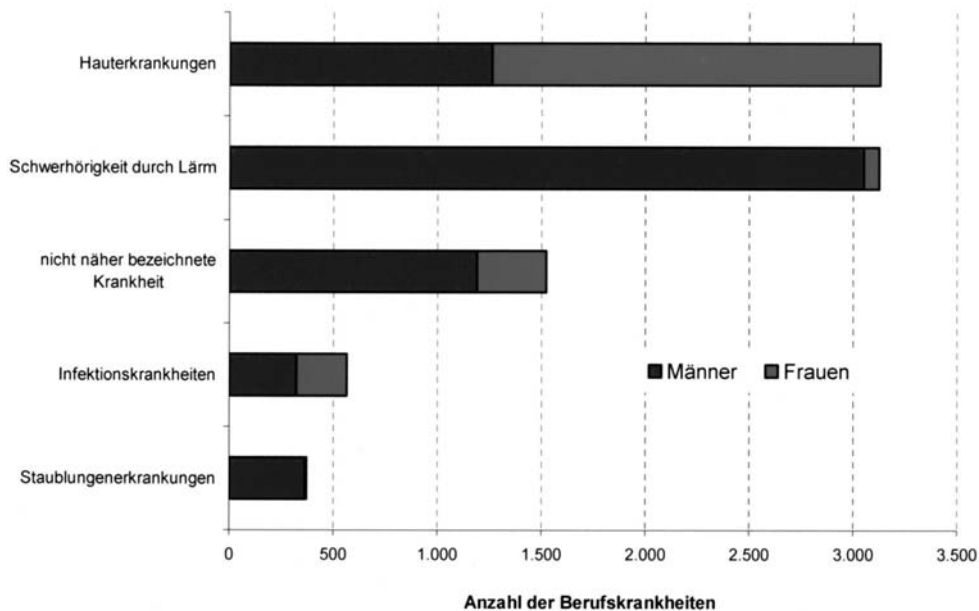
Kennzahlen - Arbeitsunfälle pro 100.000 Einwohner im Erwerbsalter (15 bis unter 65 Jahre) nach Altersgruppen, 2001



Quellen: AUVA - Arbeitsunfälle 2001, Statistik Austria - Volkszählung 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Abb. M2

Kennzahlen - Die häufigsten anerkannten Berufskrankheiten von Männern und Frauen, 1995 bis 2001



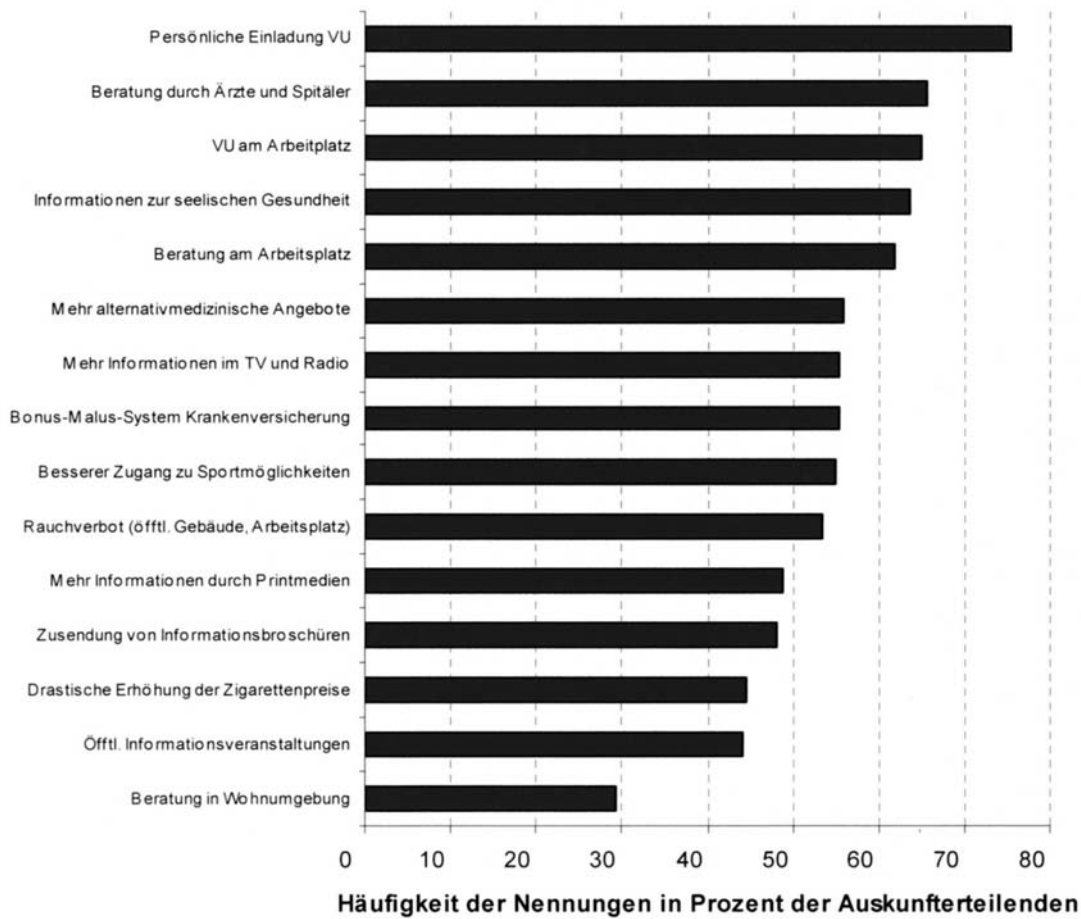
Quelle: AUVA - Anerkannte Berufskrankheiten 1995-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Abb. M3

(Abb. M3) Unterschiede erkennbar. Von Hauterkrankungen etwa sind wesentlich mehr Frauen als Männer betroffen, wohingegen von Schwerhörigkeit durch Lärm, Infektionskrankheiten oder Staublungenerkrankungen mehr Männer als Frauen betroffen sind.

Im österreichischen Männergesundheitsbericht 2004 werden folgende Maßnahmen für die Gesundheit der Männer genannt, die aus den Wünschen der befragten Männer abgeleitet wurden: Es sind dies eine persönliche Einladung zur Vorsorgeuntersuchung sowie mehr Beratung durch ÄrztInnen und Spitäler (siehe Abb. M4). Diese Maßnahmen könnten auch auf das setting Arbeitsplatz erweitert werden. Viele Männer klagen darüber, dass ihre Dienst- und Arbeitszeiten so gelegt sind, dass sie nicht zum Arzt/zur Ärztin gehen können. Modelle aus Skandinavien und England zeigten, dass „aufsuchende“ Gesundheitsangebote z.B. am Arbeitsplatz sehr erfolgreich sein können. In Großbritannien gingen die Gesundheitsbehörden sogar in Pubs und Motorrad-Clubs und machten dort Blutabnahmen und Gesundheitsberatungen, die von den männlichen

Survey - Nennung von als wichtig erachteten Maßnahmen für die Gesundheit der Männer



VU = Vorsorgeuntersuchung

Quelle: ÖBIG 2003

Abb. M4

Besuchern gut angenommen wurden.

Welche Schlüsse können nun aus dem österreichischen Männergesundheitsbericht gezogen werden? Eindeutig geht daraus jedenfalls hervor, dass besondere Belastungen für Männer die folgenden sind: männlicher Lebensstil, Stress, erhöhte Unfallhäufigkeit bei jungen Männern, Schwer- und Schichtarbeit sowie die geringere und verspätete Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.

MÄNNLICHE LEBENSERWARTUNG IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Betrachtet man die EU-Mitgliedsländer, so sieht man, dass die durchschnittliche Lebenserwartung zwar je nach Land unterschiedlich ist, aber die Differenz zwischen Männern und Frauen im Wesentlichen immer gleich bleibt. Dies scheint ein weltweites Phänomen zu sein. Männer mit geringem Einkommen sterben früher. Mehr Einkommen bedeutet längeres Leben. Männer mit hohem Einkommen leben um bis zu fünf Jahre länger als Männer mit niedrigerem Einkommen! Die Spanne liegt zwischen 14,6 und 19,6 Jahren Lebenserwartung nach dem 65. Lebensjahr. Eine Studie des Max-Planck-Instituts von fünf Millionen männlichen Pensionisten in Deutschland ergab, dass die Bezieher der untersten Einkommen noch weitere 15 Jahre Lebenserwartung haben, die der obersten Einkommen 18,5 Jahre.

Hinsichtlich ihres Sterblichkeitsrisikos hatten in dieser Studie pensionierte Arbeiter ein 35% höheres Sterblichkeitsrisiko als ehemalige Angestellte. Normal Krankenversicherte haben ein um 44% höheres Risiko als privat Zusatzversicherte.

Zahlen des Deutschen Statistischen Zentralamts zeigten für die Jahre 1999 bis 2003 einen leichten Anstieg der noch zu erwartenden Lebenserwartung in Deutschland, wobei die sozialen Unterschiede sich nicht geändert hatten. Während normal versicherte 65-Jährige Arbeiter mit geringem Einkommen eine weitere Lebenserwartung von 12,5 Jahren haben, dürfen sich gut situierte Bildungsbürger auf weitere 20 Jahre freuen.

Daten aus England und Wales zeigen ähnliche Ergebnisse zur Lebenserwartung. Dort beträgt der Unterschied zwischen den sozialen Schichten bis zu acht Jahren und ist bei Männern interessanterweise wesentlich höher als bei Frauen! Es gibt manche Gebiete in England, zum Beispiel im Raum Liverpool, in denen die durchschnittliche männliche Lebenserwartung noch im Jahr 2008 nur 60 Jahre beträgt.

Es gibt natürlich eine Fülle von Faktoren, die Einfluss auf die Lebenserwartung haben: ob man ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet ist, ob man RaucherIn oder NichtraucherIn ist, die Art der Partnerschaft, der Alkoholkonsum und vieles mehr.

Im amerikanischen Wahlkampf spielte das Thema Gesundheit eine große Rolle. Sowohl von Barack Obama als auch von John McCain wurde Gesundheitspolitik stark thematisiert, während sie im vergangenen Wahlkampf in Österreich bedauerlicherweise und entgegen den Bedürfnissen der österreichischen Bevölkerung kaum eine Rolle gespielt hat. Ein rezenter Artikel aus dem angesehenen

„Harvard Magazine“, der mich wirklich beeindruckt hat zeigt auf, dass in allen 50 amerikanischen Bundesstaaten die durchschnittliche Lebenserwartung zurückgegangen ist. Das heißt, dass wir in europäischen Ländern eine permanent steigende Lebenserwartung haben, während die durchschnittliche Lebenserwartung in der amerikanischen Gesellschaft zurück geht. Ein Erklärungsansatz liegt wohl im immer stärker auseinander klaffenden Spannungsfeld von Reich und Arm in den USA. Einige wenige werden immer reicher und jene, die arm sind, werden immer mehr.

“If people are worried about their basic needs for survive and security and food and shelter, they can not worry about the fact that the cigarette is going to cause lung cancer in 20 years from now.” Dieses Zitat bringt die Problematik vollends auf den Punkt.

Ähnlich negative Entwicklungen gibt es u. a. auch in den Staaten der ehemaligen UdSSR insbesondere in Russland mit einer abnehmenden durchschnittlichen Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung auf unter 60 Jahren, bei gleichbleibenden Werten von 73 Jahren für Frauen.

MÄNNERGESUNDHEIT UND ARBEIT(SLOSIGKEIT)

Beschäftigte in Bau- und Baunebenberufen werden mit durchschnittlich 17,8 Tagen pro Jahr am längsten krank. Arbeitslosigkeit scheint Männer ähnlich zu belasten wie die harte Arbeit am Bau, denn bei männlichen Arbeitslosen war der Krankenstand mit durchschnittlich 16,7 Tagen fast ebenso hoch. Angestellte, die technische oder naturwissenschaftliche Berufe ausüben, gingen durchschnittlich 6,9 Tage in Krankenstand.

Die Rolle von Vätern in ihren Familien ist von meiner Vorrednerin auch schon angesprochen worden. Über die Hälfte der Väter arbeitet länger als 40 Stunden pro Woche. Sowohl Eltern als auch Pflegende bewerten solche überlangen Arbeitszeiten als besonders problematisch für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hier könnte sich gemäß einem schwedischen Modell eine subventionierte Verkürzung der Arbeitszeit von Müttern und Vätern um fünf Stunden pro Woche entlastend auf die ganze Familie auswirken.

Ein weiteres gesundheitsrelevantes Thema sind die Auswirkungen des „Berufs-Pendelns“ auf die Gesundheit und die privaten Beziehungen. Wenn man keine Arbeit hat, ist man gezwungen jede angebotene Arbeit, auch mit großen geographischen Distanzen zwischen Wohn- und Arbeitsplatz, anzunehmen. Wie wird sich das tägliche oder in besonders extremen Fällen nur am Wochenende „Zuhause-sein-können“ auf Dauer auf die Gesundheit auswirken? Werden diese vielen Stunden Wegzeit zunehmend mehr Menschen betreffen? Die Arbeiterkammer zeigt auf, dass längst nicht nur NiedrigverdienerInnen betroffen sind, sondern immer öfter auch Angehörige der Mittelschicht.

MÄNNERGESUNDHEIT UND PSYCHIATRIE

Es ist ein alter, falscher Mythos, dass vor allem Frauen von psychischen Erkrankungen betroffen

sind. Mittlerweile sind Depressionen, Panikattacken oder Burnout auch bei Männern häufig. Dies wird oft vernachlässigt und in Folge weder entsprechend diagnostiziert noch behandelt. Zusammenhänge mit der Schichtzugehörigkeit sind unter anderem bei Depressionen und neurotischen Erkrankungen nachgewiesen.

MÄNNERGESUNDHEIT, SOZIALE SCHICHTEN UND ZUGANG ZU MEDIZINISCHEN SYSTEMEN

Lassen Sie mich mit einem Thema abschließen, das bei uns wenig beachtet wird, aber in anderen Ländern mittlerweile große Beachtung gefunden hat, dem Zugang zum medizinischen System. Wir haben festgestellt, dass bei uns quasi jeder Mensch einen Zugang über die Krankenversicherung zum Gesundheitssystem hat. Es gibt aber viele Länder, die keinen gesetzlichen Zugang für alle zum Gesundheitswesen haben, darunter befinden sich die Vereinigten Staaten. Neben Armut und dem damit verbundenen Gesundheitsrisiko gibt es dort auch noch das Problem der langen und sehr häufig verhängten Inhaftierungen. 5% der Weltbevölkerung leben in Amerika, aber 25% aller Häftlinge weltweit sitzen in amerikanischen Gefängnissen. 751 Häftlinge auf 100.000 EinwohnerInnen, in Russland sind es 627, in Großbritannien 151. Was glauben Sie, wie der Gesundheitszustand von männlichen Häftlingen ist? Was glauben Sie, passiert in den Gefängnissen? Wie sieht es dort zum Beispiel mit Vorsorgeuntersuchungen, Drogenkonsum und sexuell übertragbaren Erkrankungen aus? Und wie mit der Resozialisierung danach? Diese Gruppe von Menschen schieben wir zur Seite, mit Ihnen wollen wir nichts zu tun haben. Es gibt sie aber und es sind vorwiegend Männer, die in Gefängnissen sitzen.

Mehr denn je brauchen wir sowohl eine geschlechtsspezifische Frauen- als auch Männergesundheit unter noch viel stärkerer Berücksichtigung des medizinisch-biologischen, sozioökonomischen und kulturellen Kontexts. Wenn die Zeiten wie gerade jetzt für alle härter werden, dann ist die Gefahr groß, dass auch wir immer intoleranter und egoistischer werden. Tragen Sie Ihre Toleranz hinaus, dass andere auch noch mehr davon erfahren und selber weitergeben! Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Univ. Prof. Dr. Siegfried Meryn, geb. 1954, Facharzt und Professor für Innere Medizin, Past-Präsident des Vereins zur Förderung von Wissenschaft und Forschung (VFWF), am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (2000), Gastprofessor an der McMaster University Hamilton Kanada,, Präsident des „World Congress on Men’s Health“ 2001 und 2002, 2003 als Vizepräsident; Medizinische Leitung der Initiative „JA, Gesund länger leben“ (2004), Vize-Präsident des European Men’s Health Forum (EMHF), Präsident der International Society for Men’s Health & Gender (SMH), Editorin-Chief, Journal of Men’s Health (jmh), Präsident der Austrian Society for Sexual Medicine (ASSM), Leiter der BEMAW (Besondere Einrichtung für Medizin, Aus- und Weiterbildung der Medizinischen Universität Wien), Autor von über 200 wissenschaftlichen Publikationen in Fachzeitschriften und Fachbüchern, sowie des Bestsellers „Das große ORF-Gesundheitsbuch“, „Der Mann 2000“, „Das große ORF-Ernährungsbuch“, „Kursbuch Mann“ und „Leben bis 100“.

BESSER JUNG, REICH UND G'SUND ... ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN ALTER, ARMUT UND GESUNDHEIT

MAG.^A VERENA FABRIS

Die Zusammenhänge von Armut und sozialer Ungleichheit sind seit langem bekannt und trotzdem wird wenig auf diesem Gebiet getan. Auch im aktuellen österreichischen nationalen Aktionsplan zu Sozialschutz und sozialer Eingliederung wird zwar auf diesen Umstand hingewiesen, es werden aber kaum konkrete Maßnahmen vorgeschlagen.

ARMUT, ALTER UND GESUNDHEIT - DEFINITIONEN

Armut wird meistens als Einkommensarmut definiert. Das heißt, wer weniger als 60% des durchschnittlichen Pro-Kopf-Haushaltseinkommens hat, ist einkommensarm. Das ist insofern eine problematische Definition, da sie die Verteilung des Geldes unter den Geschlechtern innerhalb der Familien nicht berücksichtigt, also dass Frauen innerhalb der Familie weniger Einkommen als Männer zur Verfügung haben. Auf der anderen Seite werden auch nicht die tatsächlichen Ausgaben berücksichtigt, die eine Familie tätigen muss. Von ‚akut arm‘ wird dann gesprochen, wenn zur Einkommensarmut noch mangelnde Teilhabe an zentralen gesellschaftlichen Bereichen kommt. Das wäre etwa dann der Fall, wenn jemand seine Wohnung nicht angemessen warm halten kann, oder in einer Wohnung ohne WC lebt, mit Zahlungen im Rückstand ist, keine unerwarteten Ausgaben tätigen kann oder Einschränkungen bei Nahrungsmitteln und Kleidung in Kauf nehmen muss.

Von ‚Alter‘ gibt es keine allgemein gültigen Definitionen. Man kann Alter persönlich definieren – demnach wäre man so alt wie man sich fühlt. Man kann Alter medizinisch definieren und z.B. an altersspezifischen Krankheiten wie Altersdemenz festmachen. Man kann es auch biologisch definieren, wenn etwa bestimmte äußere Anzeichen sichtbar werden. Soziologisch betrachtet kann man sagen, dass das Alter ungefähr mit dem Antritt der Pension beginnt. Zur Definition von Gesundheit sei an die Definition der WHO (1946) erinnert, und an eine weitere von Klaus Hurrelmann, der einer der bekanntesten Gesundheits- und Jugendforscher in Deutschland ist. Wichtig ist dabei die Betonung, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit heißt auch, ob man die sich selbst gesteckten Ziele verwirklichen kann - ob man also die Chance hat, sein Leben glücklich zu leben.

„Gesundheit ist ein Zustand des subjektiven und objektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn sich diese Person in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebenslagen findet“ (Hurrelmann 1990).

ARMUT IN ÖSTERREICH

Die Armutsgefährdungsquote in Österreich beträgt 12,6%, das sind ca. eine Million ÖsterreicherInnen.

Diese Zahl hat sich in den letzten Jahren nicht verändert. 6% der ÖsterreicherInnen leben in manifester Armut, bei ihnen sind also Benachteiligungen in wesentlichen Teilen des Lebens vorhanden. Was Armut und Alter betrifft, so sind in Österreich von den Menschen über 65 Jahren 16,7% armutsgefährdet, was eine wesentlich höhere Armutsgefährdungsquote als beim Durchschnitt der Bevölkerung ist. In der Gruppe der über 65-Jährigen sind mit 8% auch wesentlich mehr Menschen manifest arm. Frauen sind stärker betroffen als Männer, sie sind zu 10% manifest arm. Eine besonders vulnerable Gruppe sind Pensionistinnen, sie sind zu 28% armutsgefährdet, und damit in gleichem Maß armutsgefährdet wie Migranten und Migrantinnen. Von den Frauen im Pensionsalter können nur 52% als nicht arm bezeichnet werden, während es im Bevölkerungsdurchschnitt 69% sind. Als nicht arm werden Menschen bezeichnet, die weder einkommensarm sind, noch in wesentlichen Teilen ihres Lebens depriviert sind.

Warum trifft Armut Frauen stärker als Männer? Frauen verdienen weniger, haben brüchigere Erwerbsbiografien und sind deshalb auch im Alter stärker von Armut betroffen. 16% der Frauen in Österreich über 60 Jahre haben keinen eigenen Pensionsanspruch. Dazu kommt, dass die Pflegebedürftigkeit auch immer ein Risiko bedeutet, in die Armut abzurutschen. In Österreich wurde zwar 1993 das Pflegegeld eingeführt, dieses deckt aber nicht alle pflegebedingten Mehrkosten.

Es gibt 392.000 PflegegeldbezieherInnen in Österreich, zwei Drittel davon sind Frauen. Vor allem wenn Pflegebedürftige in ein Heim kommen, sind sie zu einem sehr hohen Prozentsatz auf Sozialhilfe angewiesen. Über 56.000 Menschen in Alten- und Pflegeheimen beziehen Sozialhilfe, das sind fast 80%. Aber auch zu Hause sind Pflegebedürftige mehreren Benachteiligungen ausgesetzt: 11% der Pflegegeldbezieherinnen leben in Wohnungen mit Schimmelbefall, 32% der Pflegegeldbezieherinnen können sich keinen Urlaub leisten und 29% sind nicht in der Lage, unerwartete Ausgaben zu tätigen.

ZUM ZUSAMMENHANG VON ARMUT UND GESUNDHEIT

Grundsätzlich kann man sagen, dass die Lebenserwartung in Österreich hoch und auch in den letzten Jahren gestiegen ist. Männer werden im Durchschnitt 77,1 Jahre alt, Frauen 82,7 Jahre. Was sich aber nicht verringert hat, ist die gesundheitliche Ungleichheit, die im Gegenteil sogar noch gestiegen ist - ein Befund, der nicht nur für Österreich sondern auch für die meisten anderen europäischen Länder gilt. Von Armut betroffene Menschen sterben früher und sind öfter krank. Das gilt nicht nur für ganz arme Menschen, sondern es kann generell gesagt werden: Je niedriger die soziale Schicht ist, der jemand angehört, je niedriger Einkommen und Bildung sind, umso schlechter ist die Gesundheit. Das bezeichnen wir als so genannten Schichtgradienten.

Bestimmend für die gesundheitlichen Chancen sind neben Bildung und sozialem Status die materielle Lage, die auch ausschlaggebend dafür ist, welcher Lebensstil praktiziert werden kann, in welcher Wohngegend man zum Beispiel wohnt, oder auch, ob man sich gesunde Nahrungsmittel leisten kann. Schon in den 60er Jahren war der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit

bekannt. Der Politologe Michael Harrington schrieb 1964 ein Buch über Armut in Amerika. Arme Menschen, so Harringtons Befund, sind öfter krank als die anderen, weil sie in ungesunden Elendsquartieren hausen, sich schlecht ernähren und ihre Wohnungen nur schlecht beheizen können. Da sie nicht die Mittel haben, sich zu pflegen, verschlimmern sich ihre Krankheiten, sodass sie nicht mehr arbeiten können. Vor Scham über ihr Elend kapseln sie sich zu Hause ein und vermeiden jeden Kontakt mit anderen Menschen. Ihre NachbarInnen sollen nicht erfahren, dass sie von der Fürsorge leben. Letzteres ist ein Befund, der auch für Österreich gilt. Wir wissen, dass von Armut betroffene Menschen z.B. sehr viel seltener FreundInnen zu sich einladen und sehr viel öfter sozial isoliert sind, was natürlich eine Auswirkung auf das gesundheitliche und psychische Wohlbefinden hat.

HÖHERES STERBERISIKO

Für Österreich gibt es eine einzige umfassende Studie zum Sterberisiko von Armut betroffenen Menschen, die aus dem Jahr 1996 stammt. Dabei wurden Sterbedaten aus den Jahren 1981 bis 1992 verglichen. Diese Daten weisen für Männer der Altersgruppe 35 bis 64 mit Pflichtschulabschluss ein um 109% höheres Sterberisiko auf als für Männer mit Universitätsabschluss. Bei Frauen ist der entsprechende Unterschied nicht ganz so groß, aber immer noch um 49% erhöht. Eine neuere Studie aus Deutschland von Lampert und anderen aus dem Jahr 2007 untersucht das Sterberisiko von Männern und Frauen in unterschiedlichen Einkommensgruppen. Männer, deren Einkommen bis maximal 60% des Medianeinkommens beträgt, kommen auf eine Lebenserwartung von 70,1 Jahren, während Männer in der obersten Einkommensgruppe, deren Einkommen 150% über dem Durchschnittseinkommen liegt, auf eine Lebenserwartung von 80,9 Jahren kommen. Das ist eine Differenz von mehr als zehn Jahren. Bei Frauen beträgt der Unterschied 76,9 Jahre Lebenserwartung für die Bezieherinnen der unteren Einkommensgruppe gegenüber 85,3 Jahren für Gutverdienende, das sind immer noch acht Jahre. Auch für bestimmte Todesursachen wie zum Beispiel Krebserkrankungen, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Unfälle und Selbstmord kann man jeweils einen nachweisbaren Zusammenhang zwischen niedrigem Einkommen und hoher Sterblichkeit beobachten. Die größten Unterschiede gibt es bei Selbstmorden.

SCHLECHTERER GESUNDHEITZUSTAND

Man weiß darüber hinaus, dass Menschen mit geringem Einkommen und geringem sozialen Status ihren subjektiv empfundenen Gesundheitszustand schlechter bewerten als Menschen mit höherem sozialen Status und höherem Einkommen. Aus dem Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 lässt sich direkt ablesen: Je höher das Haushaltseinkommen ist, desto höher ist auch der subjektiv empfundene Gesundheitszustand. Männer der unteren Einkommensgruppen beurteilen ihren Gesundheitszustand auf einer Skala von 0=sehr schlecht bis 100=bestmöglich mit 65,71; Männer der oberen Einkommensgruppen mit 74,29. Frauen der unteren mit 57,25 zu 71,60 in der oberen Einkommensgruppe.. Aus diesen Daten ist auch zu sehen, dass Frauen fast aller Einkommensgruppen ihren Gesundheitszustand schlechter bewerten als Männer. Eine Diplomarbeit (Wukounig) aus dem Jahr 2002, die Armut in Oberösterreich untersucht, hat ergeben, dass bei

einer Pensionshöhe unter 730 Euro der Anteil der Gesunden 58% beträgt, bei der Pensionshöhe über 1450 Euro aber 73,8%. Neuere Daten aus Österreich (EU SILC 2006) bestätigen diese Befunde. In der Gruppe der über 65-Jährigen befinden sich 61% der Universitätsabsolventinnen in einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand, aber nur 29% der Pflichtschulabsolventinnen. Was geschlechtsspezifische Aspekte betrifft, ist weiters festzustellen, dass die finanzielle und soziale Schlechterstellung von Frauen - besonders auch am Arbeitsmarkt - die weiblichen Lebensverläufe und den Gesundheitszustand bis in das hohe Alter prägt. Frauen haben zwar eine höhere Lebenserwartung, sie sind aber häufiger von (auch chronischen) Krankheiten betroffen.

ZUM ZUSAMMENHANG VON ALTER UND GESUNDHEIT

Was den Zusammenhang von Gesundheit und Alter betrifft, weisen einige Studien darauf hin, dass sich die soziale Ungleichheit im Alter verringert. Dennoch kann man hier Zusammenhänge mit der Lebensbiografie beobachten. Ein höheres Einkommen heißt zum Beispiel, ein geringeres Demenzrisiko aufzuweisen. Bezüglich der körperlichen Dimension von Gesundheit ist bei Männern und Frauen eine Angleichung der sozial bedingten Unterschiede mit zunehmendem Alter zu beobachten. Bei den Fragen zu seelischen Problemen sind die schichtspezifischen Unterschiede bei Männern eher gering. Bei Frauen ist der Schichteinfluss hingegen auch im hohen Alter sichtbar. Bei der Frage nach dem psychischen Wohlbefinden zeigt sich sogar eine Verstärkung der sozialen Ungleichheit in der ältesten Altersgruppe (Roland Koch Survey 2004).

Es gibt auch Zusammenhänge von sozialem Status und Pflegebedürftigkeit. Arme Menschen sterben nicht nur früher, sondern sind auch länger pflegebedürftig als Menschen der oberen Einkommensgruppen. Bei Männern sind es im Schnitt 2,2 Jahre, wenn sie einen Pflichtschulabschluss haben, aber nur 0,8 Jahre, wenn sie die Matura haben. Frauen sind generell länger pflegebedürftig; hier manifestiert sich das entsprechende Verhältnis mit 2,8 zu 1,5 Jahren.

ERKLÄRUNGSANSÄTZE FÜR GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT

Die Erforschung der Gründe für gesundheitliche Ungleichheiten zeigt, dass das medizinische Versorgungssystem einen wichtigen Einfluß darauf hat. Auch wenn in Österreich die große Mehrheit der Bevölkerung Zugang zum medizinischen Versorgungssystem hat - nur ca. 1% der Menschen sind nicht sozialversichert - so werden Menschen unterschiedlicher sozialer Einkommensschichten dennoch vom Versorgungssystem unterschiedlich erreicht. Armutsbetroffene Menschen nehmen zum Beispiel weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als andere. Sie gehen zwar häufiger zu praktischen ÄrztInnen, aber weitaus weniger häufig zu FachärztInnen. Dazu kommen weitere Einflüsse, wie zum Beispiel sprachliche Barrieren für MigrantInnen. Ärmere Menschen holen sich ihre Informationen aus anderen Medien als Menschen höheren Einkommens, nämlich hauptsächlich aus den Massenmedien. Das bedeutet, dass ärmere Menschen manche wichtige Informationen einfach nicht erhalten. Menschen, die von Armut betroffen sind, machen auch häufiger schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Auf der letzten Armutskonferenz, deren Thema „Scham und Stigmatisierung“ war, haben Menschen mit Armutserfahrungen das

Krankenhaus als einen Ort der Stigmatisierung beschrieben.

Die so genannte Drift-Hypothese besagt, dass Krankheit zu Armut führt, man also in Folge von Krankheit in die Armut abdriftet. Es gibt für diese These wissenschaftliche Evidenz im Bereich psychischer Krankheiten, insbesondere bei Schizophrenie. Unbestritten ist die Selektion am Arbeitsmarkt: Menschen, die chronisch krank sind oder lange Krankenstände aufweisen, sind stärker vom sozialen Abstieg bedroht als Menschen mit gutem Gesundheitszustand. Gesundheitsschädigendes Verhalten zu vermindern ist sehr oft ein Ansatzpunkt, um gesundheitliche Ungleichheit zu vermindern. Es ist aber nicht ausreichend, nur am Verhalten anzusetzen, weil gesundheitsschädigendes Verhalten auch sehr viel mit der sozialen Herkunft zu tun hat. Es ist richtig, dass armutsbetroffene Menschen öfter rauchen, sich weniger bewegen, „nicht so gesund essen und größeren Belastungen ausgesetzt sind. Doch diese Verhaltensweisen sind oft nicht freiwillig gewählt.

Zu den materiellen und psychosozialen Belastungen im Lebenslauf zählt etwa der Umstand, dass Menschen mit niedrigem Einkommen sehr oft in Berufen arbeiten, wo sie höheren Belastungen wie Lärm und Schmutz ausgesetzt sind, aber auch oft in Berufen arbeiten, in denen sie wenig Entscheidungsfähigkeit haben. Das hat einen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit.

Von Armut betroffene Menschen leben darüber hinaus oft in Wohngebieten mit höherer Luftverschmutzung und in Wohnungen, die der Gesundheit nicht förderlich sind. Neben den unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen sind auch die unterschiedlichen gesundheitlichen Ressourcen relevant. Wer wenig verdient, kann nicht wöchentlich zur Physiotherapie gehen, zwei Mal in der Woche das Fitnessstudio aufsuchen oder drei Wochen Urlaub auf den Fidschi-Inseln verbringen. Unterschiedliche gesundheitliche Versorgung und unterschiedliche gesundheitsrelevante Lebensstile haben einen Einfluss auf die gesundheitliche Ungleichheit und damit auch auf die Unterschiede in Morbidität und Mortalität.

ANSÄTZE ZUR VERRINGERUNG GESUNDHEITLICHER UNGLEICHHEIT

Der bekannte deutsche Gesundheitsforscher Andreas Mielck betont, dass es wichtig ist, die Verhältnisse in den Mittelpunkt zu rücken und nicht das Verhalten. Wenn man das Verhalten betont, dann kommt man sehr schnell dazu, das Opfer zu beschuldigen, im Englischen gibt es dafür den Ausdruck ‚blaming the victim‘. Meist ist es auch wenig effektiv, Verhaltensänderungen einzufordern. Menschen, die kein Geld haben, kann man nicht sagen: Ernährt euch ein bisschen gesünder und geht etwas öfter laufen. Stattdessen wären präventive Maßnahmen notwendig, die sich nicht an alle Bevölkerungsschichten in der gleichen Weise richten. Es müssen spezifische Maßnahmen für spezifische Gruppen konzipiert werden. Präventive Maßnahmen, die sich an alle Gesellschaftsschichten in der gleichen Weise richten, können die soziale Ungleichheit tendenziell sogar noch erhöhen. Es braucht daher zielgruppenspezifische Anreizsysteme und Lösungen, sowie insbesondere die Einbindung der Betroffenen. Auch aufsuchende Arbeit ist gefordert: Es gibt Gruppen wie zum Beispiel die der Wohnungslosen, die nicht von sich aus zur Gesundenuntersuchung gehen. Besonders notwendig wären strukturelle Maßnahmen zur Veränderung der Lebensbedingungen von Armut betroffenen Menschen, wie etwa sozialer Wohnbau oder die Gesundheitsvorsorge am

Arbeitsplatz. In diesen Bereichen ist noch sehr viel zu tun, um auch die Verhältnisse zu ändern. Nicht zuletzt muss soziale und gesundheitliche Ungleichheit ein zentrales Thema der Gesundheits- und Sozialpolitik werden. Es gibt in anderen Ländern, zum Beispiel in Großbritannien, nationale Aktionspläne zur Beseitigung sozialer Ungleichheit. Ein solcher Aktionsplan zur Beseitigung sozialer Ungleichheit wäre auch in Österreich dringend gefordert.

LITERATUR

- Ellert, Ute; Lampert, Thomas; Ravens-Sieberer Ulrike: Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Eine Normstichprobe für Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2005
- Hurrelmann, Klaus: Sozialisation und Gesundheit. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch. Göttingen 1990
- Krümpers, Susanne: Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkt für sozialraumbezogene Primärprävention. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin 2008
- Lampert, Thomas: Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. Alters- und geschlechtsspezifische Differenzen. In: Backes, Gertrud/Clemens, Walter (Hg.): Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen 2000
- Lampert, Thomas; Saß Anke-Christine; Häfelinger, Michael; Ziese Thomas: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht. Berlin 2005
- Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern, Göttingen 2005
- Mielck, Andreas: Armut macht krank – Krankheit macht arm. Vermeidung von Scham und Stigmatisierung bei Maßnahmen zur Verringerung der sozialen Ungleichheit. In: 7. Armutskonferenz: Schande Armut. Stigmatisierung und Beschämung. Wien 2008.
- Otto, Sylvana: Gender und Gesundheit – Geschlechterdifferentes Gesundheitsverhalten und Gesundheitswissen – differente Partizipation, In: Gesundheit Berlin (Hg.) Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin 2007
- Stelzer-Orthofer, Christine: Gesundheitliche Ungleichheit in Österreich. In: Kontraste August 2008
- Sting, Stephan: Gesundheitliche Ungleichheit. Zum Zusammenhang von Armutsgefährdung, sozialer Benachteiligung und Gesundheit. In: Gerald Knapp/Heinz Pichler (Hg.): Armut, Gesellschaft und Soziale Armut. Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich. Wien 2008



Mag.^a Verena Fabris, Studium der Politikwissenschaft, Publizistik- und Kommunikationswissenschaften, mehrjährige journalistische Tätigkeit, seit 2003 im Sozialbereich tätig, EQUAL-Projekt SILA – Beratungszentrum für Prostituierte (Leitung Internetplattform), EQUAL-Projekt hiphopera – Innovative Qualifizierung für Jugendliche (Leitung künstlerische Arbeit).

Seit 2007 bei der Volkshilfe Österreich im Bereich Pflege, Sozialpolitik, Armut beschäftigt, Projektkoordination „Carers’ Careers – Vereinbarkeit Pflege und Berufstätigkeit“, „Seniorenfreundliche Gemeinde 2008“ und „Pflegepreis 2008“; Vertreterin der Volkshilfe Österreich bei der Armutskonferenz – Netzwerk gegen Armut und Soziale Ausgrenzung.

MIGRATION UND GESUNDHEIT ZAHLEN, FAKTEN UND OFFENE FRAGEN

PROF. DR. MED. OLIVER RAZUM

Ich bedanke mich für die freundliche Einladung zu dieser spannenden Tagung. Wir haben in Deutschland gerade einen Bericht zum Thema „Migration und Gesundheit“ erstellt. Die Verlockung war groß, Ihnen jetzt viele von unseren Zahlen zu präsentieren. Ich werde das aber nicht tun. Stattdessen werde ich zwei oder drei Beispiele herausnehmen, an denen ich Ihnen zeigen möchte, welche der verfügbaren Zahlen tatsächlich Fakten darstellen und wie viele davon auf offene Fragen hinweisen.

DATEN FÜR TATEN

Wir brauchen Daten und Fakten, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Im Hinblick auf MigrantInnen haben wir ja auch sehr gute Gründe anzunehmen, dass sie gesundheitlich stärker gefährdet sind als die Mehrheitsbevölkerung. Das war die Motivation des Bundesgesundheitsministeriums, einen solchen Bericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung über das Robert-Koch-Institut (RKI) in Auftrag zu geben. Wir haben den Bericht an der Universität Bielefeld erstellt, in Zusammenarbeit mit der Universität Mainz, der Charité in Berlin, dem Ethno-medizinischen Zentrum Hannover und dem RKI. Das Ziel einer solchen Gesundheitsberichterstattung ist es, ein adäquates Bild vom Gesundheitszustand der Bevölkerung, beziehungsweise einzelner Gruppen der Bevölkerung, zu erhalten. Dazu gehören das Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken und die Versorgungssituation. In der Regel erhebt man nicht selbst neue Daten, sondern führt eine Sekundäranalyse von Registerdaten durch. Das heißt, man trägt alle Daten zum Thema Migration und Gesundheit zusammen und analysiert sie. Dabei stößt man sehr schnell auf konzeptionelle Probleme. Einige davon möchte ich Ihnen gerne aufzeigen.

KONZEPTIONELLE PROBLEME

Die erste Frage ist: Wer sind eigentlich die MigrantInnen? Auf der folgenden Grafik (Abb. R1) sind Gruppen mit deutscher Staatsangehörigkeit, mit doppelter Staatsangehörigkeit und mit

.....
¹ RAZUM, OLIVER; ZEEB, HAJO; MEESMANN, UTA; SCHENK, LIANE; BREDEHORST, MARION ET AL.: MIGRATION UND GESUNDHEIT. BERLIN 2008. DER BERICHT KANN KOSTENLOS BEIM ROBERT-KOCH-INSTITUT IN BERLIN ANGEFORDERT ODER UNTER [HTTP://WWW.RKI.DE/](http://www.rki.de/) HERUNTERGELADEN WERDEN.

Personengruppen mit Migrationshintergrund, aufgegliedert nach Staatsangehörigkeit, Geburtsland und eigenem Migrations- bzw. Aufenthaltsstatus



Abb. R1 Quelle: Razum et al. 2008

ausländischer Staatsangehörigkeit abgebildet. Diese fallen wiederum in eine ganze Reihe von einzelnen Untergruppen. So gibt es beispielsweise Deutsche, die migriert sind. Das sind zum Beispiel Menschen aus der Türkei, welche die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben. Es gibt andererseits ausländische Staatsangehörige in Deutschland, die nie migriert sind – beispielsweise Kinder türkischer Zuwanderer. Viele von ihnen haben weiterhin die türkische Staatsangehörigkeit. In keiner Statistik tauchen hingegen die sogenannten „irregulären“ oder „illegalen“ Migrantinnen und Migranten auf. Dementsprechend gibt es auch keine Zahlen über diese Menschen. Man geht davon aus, dass es in Deutschland zwischen 150.000 und 1.000.000 Menschen gibt, die keinen legalen Aufenthaltsstatus haben. Das ist eine Gruppe, die möglicherweise besonders großen Gesundheitsrisiken ausgesetzt ist. Über diese Risiken erfahren wir aber aus den Statistiken gar nichts.

DATENQUELLEN

Für den Gesundheitsbericht haben wir fast 30 Datenquellen ausgewertet. Viele davon enthalten

nur dürftige Informationen zum Migrationsstatus. Die amtliche Statistik bildet die Grundlage für viele Auswertungen, aber sie enthält lediglich die Information zur aktuellen Staatsangehörigkeit. Auf der Basis solcher Daten berichten wir die Gesamtsterblichkeit sowie die alters- und ursachenspezifische Sterblichkeit. Wir können aber in unserem Bericht nicht darstellen, ob Menschen, welche die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben, ein geringeres oder ein höheres Sterberisiko haben als die deutsche Mehrheitsbevölkerung. Im Mikrozensus 2005 gibt es erstmals detaillierte Informationen nicht nur zum sozioökonomischen Status, sondern auch zum Migrationsstatus. In Hinblick auf das Gesundheitsverhalten finden sich aber lediglich Informationen zu den Bereichen Rauchen und Übergewicht. Ähnliches gilt für das Sozioökonomische Panel (SOEP), einer Haushaltsbefragung, die im Gegensatz zum Mikrozensus aber alljährlich in den gleichen Haushalten vorgenommen wird. Auch hier finden sich detaillierte Informationen zum Migrationsstatus und zum sozioökonomischen Hintergrund, aber wieder nur sehr wenige Angaben zum Bereich Gesundheit, beispielsweise zum Versichertenstatus oder zur Gesundheitszufriedenheit. Wirklich glücklich sind wir als Autoren dieses Berichtes nur mit Studien gewesen, die tatsächlich gezielt nach gesundheitlichen Informationen gefragt haben und gleichzeitig nach dem Migrationshintergrund. Das ist bei dem gerade veröffentlichten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) des Robert-Koch-Institutes der Fall. Das war eine der ganz wenigen Datenquellen, die zum Thema Migration und Gesundheit solide Angaben sowohl zum Migrationshintergrund als auch zum gesundheitlichen Hintergrund hergab.

KONZEPTIONELLE PROBLEME

Die konzeptionellen Probleme, die ich zu Anfang angesprochen habe, möchte ich Ihnen an zwei Beispielen zeigen. Sie stammen aus dem Bereich der amtlichen Statistik. Es handelt sich um die Säuglings- und die Müttersterblichkeit. Das hat folgenden Grund: Säuglings- und Müttersterblichkeit sind ein besonders empfindliches Maß für soziale Ungleichheit, da solche Todesfälle eigentlich vermeidbar sind. Das gilt im besonderen Maße für die Müttersterblichkeit, aber auch für Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit zwischen Bevölkerungsgruppen. Man wird zwar die Säuglingssterblichkeit nie auf Null drücken können – es gibt immer sehr kleine, früh geborene Kinder, die man nicht retten kann – aber es dürften eigentlich keine großen Differenzen zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen bestehen.

DAS BEISPIEL SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT

Die Säuglingssterblichkeit ist statistisch als Anzahl der Todesfälle innerhalb des ersten Lebensjahres definiert, also zwischen der Geburt und dem ersten Geburtstag; sie wird pro 1.000 Lebendgeborenen ausgedrückt. In Deutschland verstarben 1988 noch 7,4 pro 1.000 der deutschen Lebendgeborenen im ersten Lebensjahr. Bei den ausländischen Lebendgeborenen waren es 8,8 Todesfälle pro 1.000. Hier haben wir als Indikator für den Migrationsstatus lediglich die Nationalität, da es sich wie gesagt um amtliche Daten handelt. Die Säuglingssterblichkeit hat sich in Deutschland – wie in anderen Industrieländern – über die Zeit sehr erfreulich entwickelt, sie ist deutlich gesunken. 2004 verstarben nur noch 4,1 pro 1.000 Lebendgeborene im ersten

Abbildung 3.1.1.1
Säuglingssterbeziffern 1997 bis 2004 auf 1.000 Lebendgeborene
nach Staatsangehörigkeit der Mutter bzw. des Kindes
 Datenbasis: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung

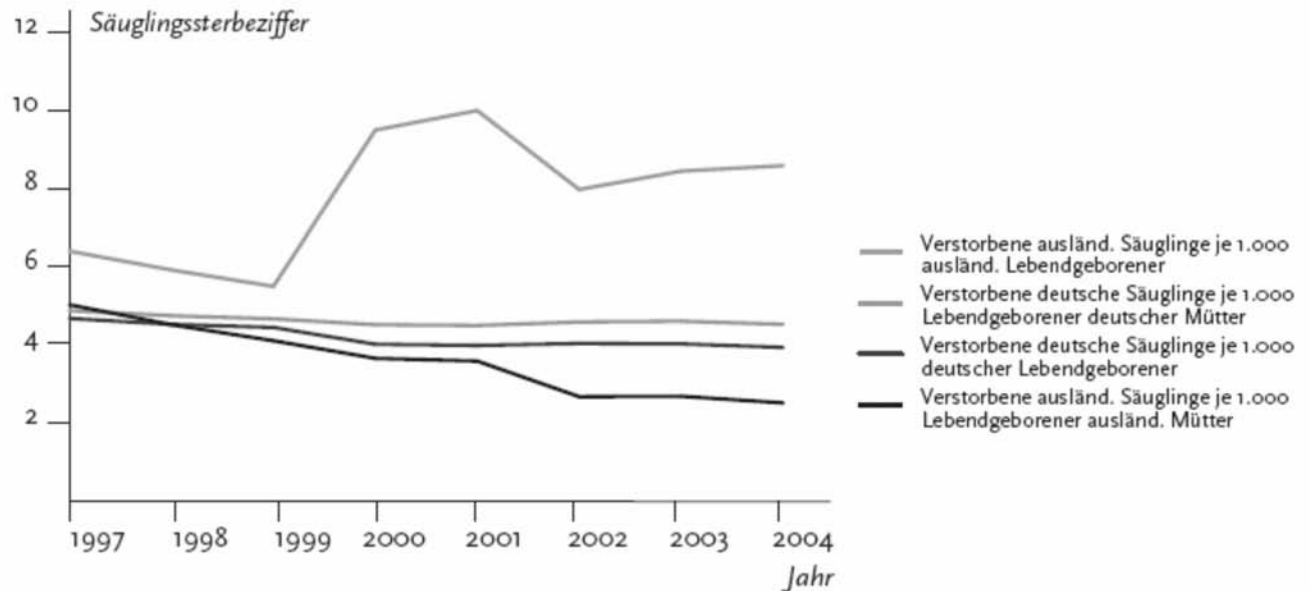


Abb. R2 Quelle: Razum et al. 2008

Lebensjahr.

Betrachtet man die Daten genauer, zeigen sich erstaunliche Probleme. In Abb. R2 sehen Sie einen auffallenden Sprung in der Sterblichkeit. Ich habe Ihnen hier unten auf der X-Achse die Jahre von 1997 bis 2004 aufgetragen. Auf der Y-Achse sehen Sie die Säuglingssterbeziffer, also die Anzahl der verstorbenen Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborene. Die dunkelblaue Linie zeigt den Rückgang der Säuglingssterblichkeit in der deutschen Bevölkerung. Bei den ausländischen Säuglingen sehen Sie einen dramatischen Anstieg zwischen 1999 und 2000. Da stellt sich natürlich die Frage: Was ist da passiert? Tatsächlich liegt dem eine Veränderung in der Gesetzeslage zugrunde. Bis 1999 erhielten die Säuglinge ausländischer Mütter ebenfalls die ausländische Staatsangehörigkeit. Seit dem Jahr 2000 erhalten die Lebendgeborenen ausländischer Mütter, die sich bereits seit acht Jahren oder länger legal in Deutschland aufhalten, automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit. Daher zeigt sich in der Statistik zwischen 1999 und 2000 in der Zahl der ausländischen Neugeborenen ein plötzlicher Sprung nach unten, von 95.000 im Jahr 1999 auf knapp unter 50.000 im Jahr 2000. Bei einer in etwa gleich gebliebenen absoluten Zahl von Todesfällen schnellte die Rate nach oben, das ist ein Artefakt. Diesen Sprung im Jahr 2000 kann man bei Kenntnis der Gesetzeslage erwarten. Was man nicht erwarten konnte, war, dass dieser plötzliche Anstieg sich über die Jahre fortgesetzt hat, also nicht wieder zurückgegangen ist, wie es eigentlich - wenn es sich nur um ein Artefakt handeln würde - zu erwarten wäre. Bei genauerer Betrachtung handelt es sich um die Kinder von Müttern, die sich weniger als acht Jahre in Deutschland aufhalten, und damit offensichtlich das deutsche Gesundheitssystem sehr viel schlechter kennen als solche, die sich schon länger als acht Jahre in Deutschland aufhalten.

Diese Gruppe ist also offenbar besonders gefährdet.

An dieser Stelle sehen Sie aber auch die Grenze der Interpretation von amtlichen Daten. Um die Hypothese einer besonderen Gefährdung zu bestätigen, müsste man jetzt in Einzelfalluntersuchungen gehen. Sie müssten herausfinden, was dort genau passiert ist. Wer sind diese Mütter? Welche besonderen Probleme haben sie? Das ist etwas, was die Routinegesundheitsberichterstattung so nicht leisten kann. Sie sehen aber auch, dass die Gruppe der MigrantInnen keineswegs homogen ist, sondern dass es innerhalb der MigrantInnen große Unterschiede gibt. Man kann sich bei der Gruppe der Mütter, die sich erst kurze Zeit in Deutschland aufhält, natürlich auch fragen: Welche Rolle spielt der sozioökonomische Status? Wird hier mit der Bezeichnung „erst kurz in Deutschland“ vielleicht eine Gruppe beschrieben, deren wirtschaftliche Lage besonders ungünstig ist? Auch das müsste man eigentlich wissen. Und auch hier kommen Sie an die Grenze der amtlichen Daten, denn genau diese Informationen zum sozioökonomischen Status fehlen dort. Die Grenzen der amtlichen Daten in der Gesundheitsberichterstattung werden hier deutlich erkennbar.

DAS BEISPIEL MÜTTERSTERBLICHKEIT

Mein zweites Beispiel ist die Müttersterblichkeit. Sie zeigt besonders eindrücklich, wie es um Zugang zu und Nutzung von Gesundheitsdiensten bei Migrantinnen steht. Mütterliche Sterbefälle sind alle Todesfälle, die in ursächlichem Zusammenhang mit Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Wochenbett stehen. Solche Todesfälle sind nahezu alle vermeidbar, wenn die Schwangerenvorsorge genutzt wird und wenn bei Komplikationen während der Schwangerschaft die Gesundheitsdienste für Notfälle aufgesucht werden. Die Müttersterblichkeit wird in mütterlichen Todesfällen pro 100.000 Lebendgeborene ausgedrückt. Die Müttersterblichkeit hat in Deutschland, wie in vielen anderen Ländern, eine erfreuliche Entwicklung genommen. Im Zeitraum 1980 bis 1988 waren das 13 Todesfälle pro 100.000 Lebendgeborenen, im Zeitraum 2001 bis 2004 waren es nur mehr 3,2 Todesfälle. Bei ausländischen Frauen war das Risiko im Zeitraum 1980 bis 1988 allerdings doppelt so hoch wie bei deutschen Frauen. Das ist ein Hinweis darauf, dass der Zugang und die Nutzung der Gesundheitsdienste schlechter waren. Das hat sich in erfreulicher Weise verbessert. Im Zeitraum 2001 und 2004 lassen sich keine Unterschiede mehr feststellen. Wenn Unterschiede auftreten, sind die oftmals sogar zugunsten der ausländischen Frauen. Das hat wahrscheinlich damit zu tun, dass ausländische Frauen im Durchschnitt jünger gebären und oftmals ein zweites und drittes Kind haben, was bei deutschen Frauen nicht mehr so häufig ist. Eine häufige Todesursache bei mütterlichen Todesfällen ist eine plötzlich auftretende Blutung, meist durch eine Fehlgeburt, die sehr schnell behandelt werden muss. Hier kommt es also darauf an, dass die Frauen sofort die Gesundheitsdienste aufsuchen. Wir haben bei einer genaueren Analyse sehen können, dass die Müttersterblichkeit ausländischer Frauen zum Teil auf solche Blutungen zurückgeht. Der Unterschied zu deutschen Frauen hat sich vor allem deswegen verkleinert, weil solche Blutungen rechtzeitig behandelt werden konnten. Das weist auf einen zunehmend besseren Zugang zu den und eine bessere Nutzung der Gesundheitsdienste hin.

Abbildung 3.1.5.1
Müttersterblichkeitsquote von deutschen und türkischen Frauen in Westdeutschland
sowie Schätzungen für die Türkei
Mütterliche Todesfälle je 100.000 Lebendgeborenen
 Quelle: Razum et al. [28]

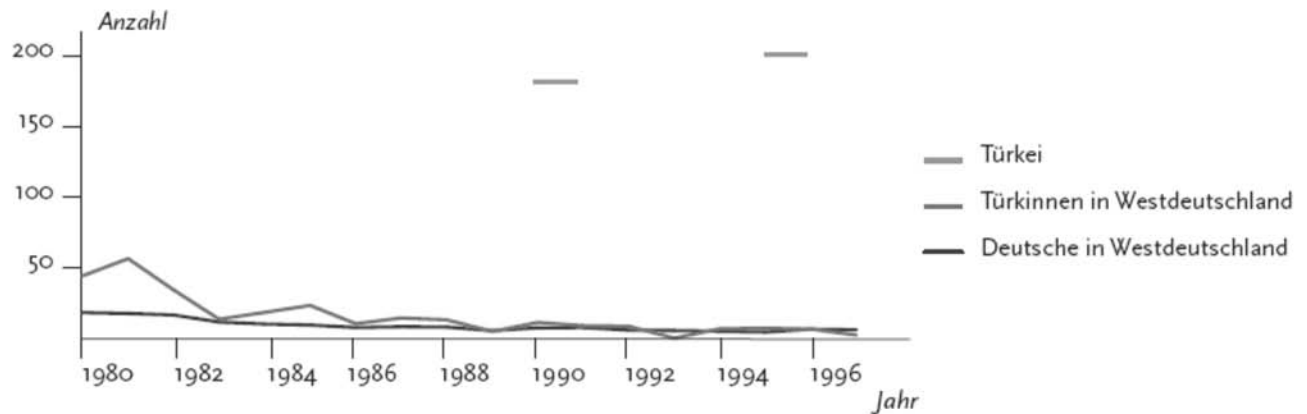


Abb. R3 Quelle: Razum et al. 2008

Abb. R3 zeigt Ihnen eine Aufschlüsselung für die Gruppe der türkischen Frauen in Deutschland (mittelblaue Linie; die dunkelblaue Linie ist für deutsche Frauen). Die x-Achse zeigt die Jahre von 1980 bis 1997, die y-Achse stellt die Müttersterblichkeit pro 100.000 Lebendgeborener dar. Man sieht, dass zu Anfang dieser Periode bei den türkischen Frauen die Müttersterblichkeit noch drastisch höher war als bei deutschen Frauen. Man sieht aber auch, dass sich dies über die Jahre sehr stark verbessert hat und dass in den letzten Jahren, für die es noch Zahlen gibt, fast keine Unterschiede zwischen türkischen und deutschen Frauen mehr zu erkennen sind – zeitweilig sind die Werte für die türkischen Frauen sogar niedriger. Der Zugang zu den Gesundheitsdiensten hat sich offenbar mit der Aufenthaltsdauer der türkischen Bevölkerung in Deutschland für die gesamte Gruppe der türkischen Bevölkerung deutlich verbessert. Da gibt es offensichtlich auch informelle Informationskanäle innerhalb der Bevölkerung, aus denen Frauen erfahren können, was im Notfall zu tun ist und wie man Gesundheitsdienste nutzt. Verglichen mit der Situation in der Türkei ist die Situation türkischer Frauen in Deutschland günstiger. Die Müttersterblichkeit in der Türkei liegt bei 150 bis 200 pro 100.000 Lebendgeborene. Trotz aller Probleme, die zu Anfang der 1980er-Jahre mit den Gesundheitsdiensten und dem Zugang zu den Gesundheitsdiensten in Deutschland bestanden, haben türkische Frauen durch die Migration nach Deutschland einen großen Teil des Risikos eines mütterlichen Todesfalles zurückgelassen. Sie sehen also, Migration ist keinesfalls nur mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit behaftet, sondern es gibt in diesen Bereichen durchaus auch positive Auswirkungen.

UNERWARTETE BEFUNDE BEI GESUNDHEITLICHEN UNTERSCHIEDEN

Es gibt eine ganze Reihe unterschiedlicher Faktoren, die Einfluss auf gesundheitliche Unterschiede zwischen der Mehrheitsbevölkerung und der MigrantInnenbevölkerung haben. Daher ist das Bild der gesundheitlichen Unterschiede keineswegs homogen. Sie finden eine Reihe von Indikatoren, die nicht den Erwartungen entsprechen. So wissen wir, dass Migrantinnen und Migranten schlechtere Lebens- und Arbeitsbedingungen haben als die Mehrheitsbevölkerung.

Daher müssten eigentlich die gesundheitlichen Indikatoren auch schlechter sein. Dies ist bei einigen Gesundheitsproblemen der Fall, bei anderen erstaunlicherweise nicht. Das wirft die Frage auf, was die möglichen Erklärungen für Widersprüche zwischen den Statistiken und den Erwartungen sein könnten. Zum einen ist es die fehlende Kontrolle der Daten hinsichtlich des sozioökonomischen Status. Wir haben in den Daten, die zur Verfügung stehen, oftmals keine Informationen zu den sozioökonomischen Verhältnissen, in denen die MigrantInnen leben. Es kommt außerdem sehr darauf an, welche Vergleichsgruppe für die Analyse herangezogen wird - die Bevölkerung des Ziellandes oder die Bevölkerung des Herkunftslandes. Die Gruppe der MigrantInnen weist außerdem einige Besonderheiten auf. Es sind oftmals besonders gesunde und mutige Menschen, die migrieren. Deren Gesundheitschancen sind oft von vornherein besser als die der durchschnittlichen Bevölkerung im Herkunftsland. Das führt dazu, dass man gelegentlich – speziell bei MigrantInnen, die sich erst kurze Zeit im Zielland aufhalten – einen unerwartet guten Gesundheitszustand findet. Daraus kann man natürlich nicht schließen, dass die Lebens- und Arbeitsbedingungen fair wären. Vielmehr kommen diese MigrantInnen mit einem gesundheitlichen Vorsprung nach Deutschland und es dauert einige Zeit – unter Umständen viele Jahre – bis sich die schlechteren Lebens- und Arbeitsbedingungen auch gesundheitlich bemerkbar machen.

MIGRATION ALS GESUNDHEITLICHER ÜBERGANG

Eine weitere Erklärung für gesundheitliche Vorteile von MigrantInnen liegt darin, dass Migration oftmals einen gesundheitlichen Übergang darstellt. Die Bevölkerungen aller Länder durchlaufen einen Prozess, in dem sich das Profil der Sterblichkeit verändert, während das Land sich mit der Zeit von einem ärmeren Land zu einem etwas wohlhabenderen Land (oder sogar zu einem reichen Industrieland wie Deutschland) entwickelt. Das Profil verschiebt sich von einer hohen Sterblichkeit an Infektionskrankheiten, an mütterlichen Todesursachen und an Kindersterblichkeit hin zu einer niedrigen Sterblichkeit an diesen Todesursachen. Parallel dazu steigt die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen chronischen Todesursachen. Migration gestaltet sich oftmals als ein gesundheitlicher Übergang im Schnellzugstempo. Wenn Sie aus einem Land mit einer hohen Kinder- oder Müttersterblichkeit nach Deutschland oder Österreich kommen, dann wird die Kinder- oder Müttersterblichkeit der MigrantInnen zumindest anfangs höher liegen als die der autochtonen Bevölkerung. Dank der besseren Gesundheitsdienste im Zielland wird sie aber schnell sehr viel niedriger liegen als in der Bevölkerung des Herkunftslandes – siehe das Beispiel in Abbildung R3. Die Häufigkeit chronischer, nicht übertragbarer Erkrankungen nimmt dagegen vergleichsweise langsam zu, wenn sich die Lebensverhältnisse nach der Migration zu ändern beginnen. Migration als gesundheitlicher Übergang hat also zwei Komponenten, die hier relevant sind: einerseits eine therapeutische Komponente, also die besseren Vorbeuge- und Behandlungsmöglichkeiten, die in Relation zum Herkunftsland sehr schnell zu einem Rückgang der Sterblichkeit an Infektionskrankheiten und der Mütter- und Kindersterblichkeit führen, andererseits eine Risikofaktorenkomponente, zum Beispiel verringerte Risiken durch sauberes Trinkwasser, aber auch neue Risiken wie zum Beispiel durch Rauchen. Dies führt zu einem schnellen Rückgang der Infektionskrankheiten auf der einen Seite, und zu einem

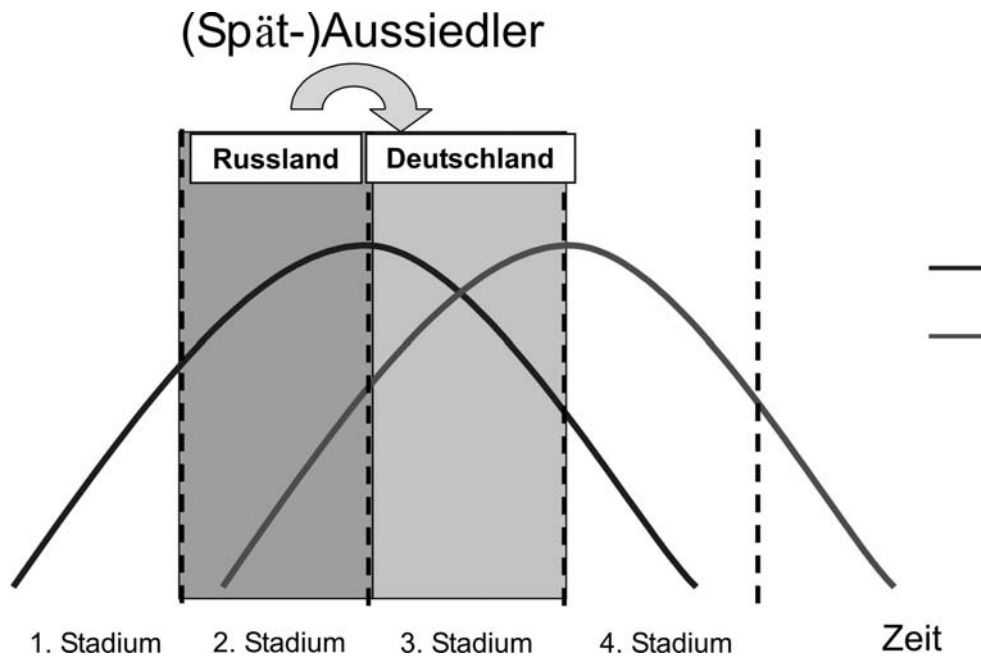


Abb. R4 Quelle: Peto et al 2006

langsamen Anstieg bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf der anderen Seite. Hier ergeben sich also Verschiebungen zwischen dem Gesundheitszustand der MigrantInnenbevölkerung und dem Gesundheitszustand der autochtonen Bevölkerung von Deutschland oder Österreich, die man angesichts der sozioökonomischen Situation, in der sich MigrantInnen befinden, so nicht erwarten würde.

DENKEN IN MODELLEN

Notwendig ist bei der Interpretation von Daten ein stärkeres Denken in Erklärungsmodellen, statt der bloßen Präsentation von empirischen Zahlen. Gefragt sind Überlegungen wie zum Beispiel: Was spielen sich eigentlich für Prozesse bei Migration ab, die über das hinausgehen, was die sozioökonomische Benachteiligung von Migranten und Migrantinnen betrifft? Tatsächlich passen solche Modelle und die verfügbaren Daten oftmals erstaunlich gut zusammen. Um Ihnen das zu demonstrieren, wähle ich als mein letztes Beispiel das Thema Rauchen (Abb. R4).

In dieser Abbildung stellen Peto und Lopez das Rauchen als eine Epidemie dar, die sie in Stadien aufteilen. Am Anfang der Rauchepidemie (1. Stadium) beginnen vor allem die Männer zu rauchen. Die Raucherquote steigt an, nach einiger Zeit ziehen die Frauen nach (2. Stadium). Das Rauchen erreicht bei den Männern einen Gipfel und geht schon wieder nach unten (3. Stadium), während es bei den Frauen weiter ansteigt. Schließlich sinkt die Quote auch bei den Frauen (4. Stadium). Dieses allgemeine Modell möchte ich mit einem Beispiel konkretisieren.

Russland bzw. die ehemalige Sowjetunion befindet sich im Augenblick im zweiten Stadium. Das heißt, bei den Männern ist noch ein Anstieg zu erkennen, bei den Frauen liegen die Raucherinnenquoten

deutlich niedriger. Im Vergleich sieht es in Deutschland mittlerweile so aus, dass die Quote bei den Männern zurückgeht, bei den Frauen aber noch weiter am Ansteigen ist. Betrachten wir die bereits erwähnte Gruppe der SpätaussiedlerInnen, die aus Russland und anderen Ländern der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland kommen, so finden wir, dass die Männer mit einer sehr viel höheren Raucherquote nach Deutschland kommen, als sie bei deutschen Männer gegeben ist. Dagegen kommen die Frauen mit einer sehr viel niedrigeren Raucherinnenquote im Vergleich zu den deutschen Frauen. Dann findet mit zunehmender Aufenthaltsdauer ein recht schneller gesundheitlicher Übergang statt und die Aussiedlerfrauen nehmen sehr schnell die gleiche Raucherinnenquote wie die deutschen Frauen an – man kann einen drastischen Anstieg bei den Frauen beobachten. Bei den männlichen Aussiedlern hingegen findet sehr schnell ein Rückgang auf die Quoten der deutschen Männer statt. Es ist ein gesundheitlicher Übergang zu beobachten, der bei den Männern positiv, bei den Frauen jedoch außerordentlich negativ ist. Modell und Daten passen hier zusammen und ermöglichen es, unterschiedliche und sich verändernde RaucherInnenquoten zu interpretieren.

ZUSAMMENFASSUNG

Ich möchte zusammenfassen: Was sind die Herausforderungen bei der Gesundheitsberichterstattung für MigrantInnen? Die Definition der Zielgruppe ist schwierig. Das gilt besonders, wenn man es mit vorhandenen Datensätzen zu tun hat, die nicht von Anfang an darauf ausgerichtet waren, eine Analyse in Hinblick auf den Migrationshintergrund zu ermöglichen. Nationalität ist der häufigste Indikator und dieser ist außerordentlich unbefriedigend. Die Zielgruppe der MigrantInnen ist sehr heterogen. Es gibt Gruppen innerhalb der MigrantInnenbevölkerung, die besonders stark benachteiligt sind. Darüber haben wir aber zu wenige Daten, beispielsweise deshalb, weil in vielen Routinedatensätzen die Informationen zum Sozialstatus fehlen. Die Heterogenität lässt sich aus der Untersuchung der Kindersterblichkeit schließen. In vielen Situationen benötigen wir Individualdaten. Die verfügbaren Registerdaten reichen nicht aus, um die gesundheitliche Lage der MigrantInnen korrekt zu interpretieren. Routine- und Registerdaten haben aber auch Vorteile. Sie ermöglichen es beispielsweise, Zeitreihen zu bilden. Auf deren Basis können wir interpretieren, wie sich die gesundheitlichen Indikatoren über die Zeit entwickeln. Ein großes Defizit, das wir beim Verfassen dieses Gesundheitsberichtes festgestellt haben, ist der Bereich der Versorgungsforschung. Hier gibt es bislang besonders wenige Daten. Eine weitere der aktuellen Herausforderungen ist es, Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit zu entwickeln, die über das, was wir in den Bereichen sozioökonomischer Status und Gesundheit bereits haben, hinausgehen.

Abschließend noch ein Appell: Es liegt sicherlich vieles im Argen mit der gesundheitlichen Situation von MigrantInnen und der Zusammenarbeit zwischen MigrantInnen und den Gesundheitsdiensten. Es ist aber auch schon einiges erreicht. Das sind aktive Leistungen, sowohl der Menschen in den Gesundheitsdiensten als auch der MigrantInnen selbst. Es ist wichtig, dass wir nicht nur die negativen Seiten sehen, sondern auch, was MigrantInnen Positives erreicht haben.

LITERATUR

Peto, Richard; Lopez, Alan D.; Boreham, Jillian; Thun, Michael: Mortality from Smoking in developed countries 1950-2000. Oxford 2006

Razum, Oliver; Zeeb, Hajo; Meesmann, Uta; Schenk, Liane; Bredehorst, Marion et al.: Migration und Gesundheit. Berlin 2008



Prof. Dr. med. Oliver Razum ist Arzt und Epidemiologe. Seit 2004 leitet er die Abteilung Epidemiologie und International Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Deutschland. Von 1992 bis 2004 arbeitete er am Universitätsklinikum Heidelberg. Zuvor war er Distriktarzt in Zimbabwe. Oliver Razum forscht derzeit zur Gesundheit von MigrantInnen und zur gesundheitlichen Situation in deren Herkunftsländern im Mittelmeerraum. Neben der Gesundheitsberichterstattung für MigrantInnen befasst er sich mit Krebserkrankungen und Krebssterblichkeit türkischer MigrantInnen, der Verbesserung der Versorgung älterer türkischer MigrantInnen, der Theorieentwicklung zum „Healthy-Migrant-Effekt“ sowie der Methodenentwicklung zur Identifizierung von MigrantInnen in Registerdatensätzen.

WORKSHOP ALTERSSPEZIFISCHE ERÖRTERUNG DER THEMEN GENDER UND GESUNDHEIT

MAG.^A VERENA FABRIS, MAG.^A DR.^{IN} GERLINDE MAUERER

EINLEITUNG

In dem Workshop „Gender und Gesundheit – Altersspezifische Erörterungen“ wurden ausgehend von kulturhistorischen Überlegungen zum Thema Alter(n) Theorien zur Konstruktion diesbezüglicher sozialer Ordnungen/Typologien von Alter vorgestellt. Das Thema Alter(n) und Gesundheit wurde sowohl aus geschlechtsspezifischer Perspektive als auch in Hinblick auf Gesundheitskosten analysiert. Abschließend wurden in Kleingruppen folgende zwei Fragen diskutiert: 1. Wie kann das vorhandene Wissen zu Gesundheit, Geschlecht und Alter in die gesundheits- und sozialpolitische Praxis einfließen und umgesetzt werden? 2. Welche Verbesserungspotentiale erkennen Sie in ihren jeweiligen Arbeitsbereichen?

TEIL 1: THEORIEN ZU ALTER, GESCHLECHT UND GESUNDHEIT KULTURHISTORISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUM ALTER(N) THEORIEN ZUR KONSTRUKTION SOZIALER ORDNUNGEN DES ALTER(N)S

Der Umgang mit dem Alter ist von Kultur zu Kultur unterschiedlich. Generell ging es den Alten in reichen Gesellschaften besser als in armen, in sesshaften besser als in nichtsesshaften. In früheren Kulturen wurden alte Menschen verehrt, ihnen wurden Wissen und magische Fähigkeiten zugesprochen. Gleichzeitig wurde Alter aber immer schon mit geistigem Verfall, Gebrechlichkeit und Nähe zum Tod assoziiert.

Mit der Erfindung der Schrift verlor der einzelne Mensch als Träger und Übermittler von Wissen und Erinnerung an Bedeutung und einhergehend mit abnehmendem Glauben an die Magie verloren Ältere an gesellschaftlichem Einfluss, an Macht und sozialem Status.

Im alten Rom und im alten Griechenland gab es noch Ältestenräte, die den Herrschern in beratender Funktion zur Seite standen. Im 7. Jahrhundert gab es in Griechenland in vielen Regionen eine Ratsversammlung anstelle des Herrschers. Der Rat wurde stets von den Alten – den Gerusia gebildet. Man wurde im hohen Alter Mitglied und blieb es bis zum Tod. In Rom wurde im Senat nach Centurien abgestimmt, die Centurie der seniores hatte weniger Mitglieder, aber genauso viele Stimmen wie jene der juniores.

Im Mittelalter verloren alte Menschen unter dem Einfluss von Kriegen, Völkerwanderung etc. an Bedeutung durch den hohen sozialen Wert körperlicher Kraft, die im Rahmen kriegerischer Auseinandersetzungen Ansehen brachte.

Bis ins 19. Jahrhundert ist nie von den „armen Alten“ die Rede, diese gab es kaum, denn ein langes Leben war nur in den privilegierten Klassen möglich. Ende des 19. Jahrhunderts wurde in Deutschland das Sozialversicherungssystem eingeführt, Ende des 19. mit Anfang des 20. Jahrhunderts dann auch in Österreich.

Im 20. Jahrhundert befasste sich die bedeutende französische Schriftstellerin und Feministin Simone de Beauvoir mit den kulturhistorischen Bezügen zu Alter und Altern. Sie spricht vom Alter als einem Männerproblem und einem Machtproblem. Frauen würden ihrer Einschätzung nach, was ihre gesellschaftliche Stellung betrifft, Zeit ihres Lebens im Status von Minderjährigen festgehalten, während sich die Stellung des Mannes im Laufe der Zeit ändere. Insofern seien Frauen vom Machtverlust, den das Alter für Männer bedeute, nicht im selben Ausmaß betroffen.

Mit der Konstruktion sozialer Ordnungen des Alters und Alterns haben sich Backes, Clemens & Schroeter (2001) beschäftigt. Ihren Ausführungen zufolge ist das Alter wesentlich als sozial bestimmt zu sehen. Es wird unterschieden zwischen gefühltem und tatsächlichem Alter. Der Ruhestand gilt dabei als eine grobe Orientierung für den Beginn des Alters. Das Verhältnis von Alter und Gesellschaft untersteht somit einem stetigen Wandel. Tews (1993) definierte folgende Kennzeichen des Altersstrukturwandels:

- » Verjüngung: Personen sehen tendenziell jünger aus als sie sind (wenngleich dies nicht für die gesamte Bevölkerung in gleichem Maße gilt). In wohlhabenden Gesellschaften werden Menschen älter als noch vor 20 bzw. 30 Jahren, was vor allem in der

verbesserten gesundheitlichen und medizinischen Versorgung begründet liegt.

- » Entberuflichung: Veränderungen am Erwerbsarbeitsmarkt, Frühpension, Altersteilzeit und andere Übergangs- sowie Teilzeitmodelle.
- » Singularisierung: Veränderungen in der Familienstruktur (Kernfamilie versus Großfamilie) sowie die Häufung von Singlehaushalten.
- » Feminisierung des Alters: Alter gilt als weiblich (höhere durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen; hinzu kommt eine Abnahme männlich konnotierter Machtpotenziale bei alten Männern).
- » Hochaltrigkeit: Sie stellt ebenfalls eine Errungenschaft der verbesserten gesundheitlichen Versorgung dar.

Man unterscheidet eine Vielzahl differenzieller Formen des Alter(n)s. Die Lebensphase Alter wird ausdifferenziert und ausgedehnt. Wir unterscheiden junge Alte versus Hochbetagte, aktives Alter versus Pflegebedürftigkeit.

Mit der Pluralisierung von Lebensformen und individuellen Lösungsmodellen, welche sich unter anderem auch in den Zugangs- und Antrittsregelungen betreffend Rente und Pension zeigen (vgl. Altersteilzeitmodelle, Frühpensionierung, etc), werden an das Modell des fordistischen Wohlfahrtsstaates vielfältige neue Aufgaben gestellt. Tendentiell gleichförmig geregelte (männlich geprägte) Erwerbsbiographien im Sinne eines geregelten Ablaufs von Schulbildung/ Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, Pensionierung, werden durch individuelle, „geschlechtsneutral“ konzeptionierte Lösungen erweitert: wobei zu ergänzen ist, dass Erwerbsbiographien von Frauen, die Kleinkinder und auch ältere Verwandte betreuten, in der Mehrzahl nie dem gleichförmigen Erwerbsmodell glichen.

Amann stellte 2004 fest: „Heute alte Frauen, die überkommenen Rollenbildern unterworfen, keine weiterführende Schulbildung und keine Berufsausbildung erfahren haben, heirateten und Kinder hatten und von der Witwenpension lebten, hatten schlechte Startchancen. Ihre Lebenslage hat sich nie entscheidend verbessert, ihr Altern ist sicher anders verlaufen, als sie sich das einmal vorgestellt hatten.“ (Amann 2004: 198)

Soziale Ordnungen des Alter(n)s sind nach Backes et al. (2001) immer Alter(n)sfigurationen, keine starren monolithischen Blöcke, sondern wechselseitige Verflechtungen und Durchdringungen mit anderen – politischen, ökonomischen, rechtlichen, alltäglichen – sozialen Ordnungen und daher auch ständigen Änderungen unterworfen. Andere bedeutsame Differenzierungen bzw. Rollenmuster sind Alter und Geschlecht, Familie, Beruf, Statushierarchien, Armut/Reichtum, ethnische Zugehörigkeiten, Zentrum/Peripherie u.v.m.

TYPOLOGIEN VON ALTER/N

Walter et al. führen 1997 folgende Typologien von Alter/n an:

- » Altersphysiologische Veränderungen mit Krankheitswert wie zum Beispiel.

Veränderungen der Sehfähigkeit, vermehrte Koordinationsprobleme sowie eine Abnahme der Knochendichte. Der jeweilige Krankheitswert zeigt sich insbesondere bei fehlender sozialer Unterstützung und starker körperlicher Belastung.

- » Erhöhte Morbidität und Mortalität: Dazu zählen etwa altersbezogene Erkrankungen mit langer Vorlaufzeit, zum Beispiel Krebserkrankungen und Gefäßveränderungen mit einem pathologischen Verlauf (unter anderem Herzinfarkt, Schlaganfall oder Erblindung).
- » Allgemeine Folgen geschwächter Immunabwehr wie verminderte Anpassungsfähigkeit bei Wundheilung und Immunabwehr; Krankheiten infolge der mit der Lebenszeit steigenden Exposition gegenüber Schadstoffen aus der materiellen Umwelt und sozialen Stressfaktoren aus der sozialen Umwelt.

ALTER(N) UND GESUNDHEIT AUS DER GENDER PERSPEKTIVE

Hinsichtlich der Gender Aspekte von Alter, Krankheit, Gesundheit bestehen eine Vielzahl biologischer und sozialer Aspekte, aber auch einige Mythen.

- » Biologische Erkenntnisse und deren sozialwissenschaftliche Interpretationen: Hier kommen Ergebnisse der Gender Medizin sowie der Frauen- und Männergesundheitsforschung zum Tragen. Wichtige VertreterInnen sind Marianne Legato, Siegfried Meryn, Beate Wimmer-Puchinger, Sylvia Groth, Margarethe Hochleitner, Klaus Hurrelmann, Petra Kolip u.a. (vgl. Literaturangaben).
- » Lesley Doyal betont in „What makes women sick“ (1995) die sozialen und kulturellen Aspekte von Gesundheit und Krankheit in weiblichen Lebensverläufen und definiert das „tricycle-Modell“ als „Pflegeetappenmodell“. Diesem Bild entsprechen folgende Biographien: Frauen ziehen oftmals Kinder groß, pflegen häufig ihre Eltern, später ihre Partner, gleichaltrige Verwandte und zum Schluss haben sie niemanden, der sie selbst pflegt. Die soziale Absicherung hat eine Auswirkung auf das Versorgungssystem

Abbildung 1: Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf (Akutversorgung), in €, 2000

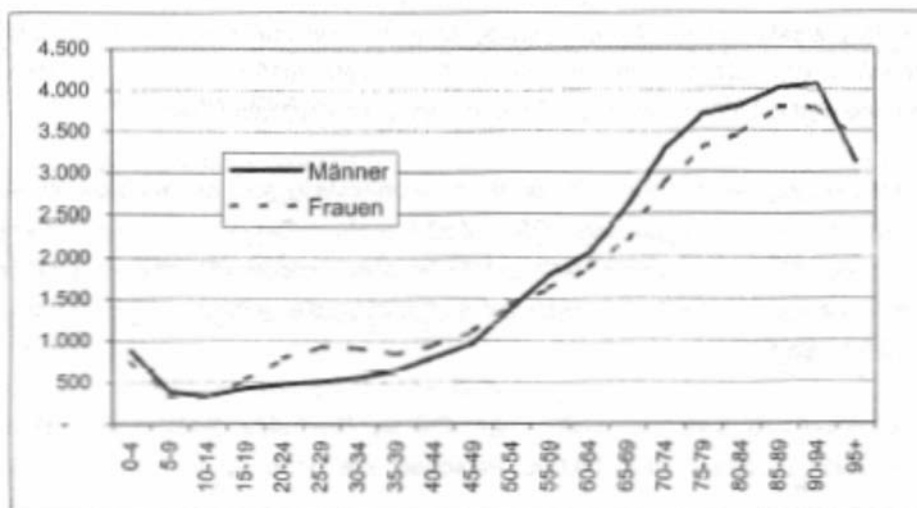


Abb F1. Quelle: Riedel, Hofmarcher 2002

im kleineren Rahmen, was sich wiederum auf Gesundheit und Krankheit auswirkt.

- » Biographie: Bedeutsam sind hier Stichworte wie Reproduktion, Auswirkungen von Gender-Konzepten bzw. Gender-Strukturen auf den individuellen Lebenslauf, Auswirkungen Frauenbilder/Männerbilder; Wandel/Umbruch betreffend soziale Absicherung(en) wie zum Beispiel Großfamilie/Kernfamilie/individuelle Lebensformen.
- » Weitere Gender-Aspekte sind etwa der Einfluss von Gender im sozialen Leben und in der Kommunikation, die Geschlechtsspezifika in medizinischer Diagnostik und Behandlungsangeboten oder diesbezügliche sozioökonomische Unterschiede hinsichtlich Gesundheit und soziale Lage.

Backes (2003) formulierte Formen weiblichen Alterns: Mit dem Alter drohende soziale Probleme haben bei Frauen aufgrund geschlechtsspezifischer Ungleichheiten eine besondere Ausprägung. Frauen sind öfter von Armut betroffen, machen einen Großteil der Hochaltrigen aus, sind öfter von chronischer Krankheit betroffen und öfter länger pflegebedürftig. Es existiert eine Reihe von frauenspezifischen Erkrankungen, die nicht genug erforscht sind, besonders im Alter. Studien (Lehr 1992, zit. nach Backes) weisen darauf hin, dass Frauen, die Kontakte außer Haus hatten/haben, im Alter zufriedener, gesünder und glücklicher sind.

Als Einschnitte in weibliches Altern definiert Backes das mittlere Lebensalter sowie das sogenannte „Alter“ ab 60 bzw. 65 Jahren. Im mittleren Alter verlassen die Kinder das Haus, es kommt zu einer beruflichen Neuorientierung, zu einem möglichen Wiedereinstieg, was sich heutzutage jedoch zu verändern scheint, da Frauen zunehmend später Kinder bekommen. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verteilt sich zunehmend auf eine längere Lebensphase. Das sogenannte „Alter“ beginnt mit der eigenen Pensionierung oder der des Partners. Mit zunehmender Erwerbsintegration von Frauen gewinnt der Übergang in die eigene Pension an Bedeutung. Themen wie die eigene Pflegebedürftigkeit oder die des Partners, Verlust des Partners, Scheidung/Trennung, das Leben ohne Partner werden hier zukünftig zunehmen. Im eigenen Pflegefall, wenn der Verlust der eigenständigen Lebensführung eintritt, nimmt die Gefahr des Abhängigwerdens tendenziell zu.

ANALYSE VON GESUNDHEITSKOSTEN UND GESCHLECHT

Vor dem Hintergrund der informellen Pflege existieren Analysen zu Gesundheitskosten und Geschlecht. In Österreich befassten sich Hofmarcher & Riedel (2002), in Deutschland König & Zoike (2004), in der Schweiz Camenzind & Mayer (2004) mit dem Thema. Der Mythos „Frauen kosten mehr“ wird als „gemachte Realität“ entlarvt. Das Institut für Höhere Studien veröffentlichte 2002 folgende Berechnungen (siehe Abb F1):

Unter Wahrnehmung geschlechtsspezifischer Besonderheiten wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Reproduktionskosten (einschließlich Reproduktionstechnologien) ausschließlich auf Kosten der Frauen gehen (vgl. hierzu auch Cypionka et al, IHS Wien, 2006, 293f). Ebenso schlagen sich Kosten, die aufgrund von männlicher Gewalt an Frauen entstehen, auf die Kosten

der Frauen nieder. Darüber hinaus wird in allgemeinen Standard-Berechnungsmodellen zu Gesundheitskosten nicht in Zahlen umgesetzt, wie viel Frauen an Pflegeleistungen am informellen Sektor für andere erbringen. Amann (2004) hält bezüglich der Kosten für informelle Pflege in Österreich fest, dass nach Auswertung des europäischen Haushaltspanels im Jahr 1997 420 Millionen Stunden Pflegeleistung einem Geldwert von zwei bis drei Milliarden Euro pro Jahr entsprechen (je nachdem, ob Bruttostundenlöhne von Hausangestellten oder PflegehelferInnen/AltenbetreuerInnen mit einjähriger Ausbildung als Grundlage für die Berechnung genommen werden). Demgegenüber stehen im Jahr 2000 1,67 Milliarden Euro öffentliche Ausgaben für die Versorgung Pflegebedürftiger (Pflegegeld), das sind 1,4% des BIP.

Es lässt sich zusammenfassend konstatieren, dass Frauen dem Gesundheitssystem nicht mehr kosten als Männer, wenn weitreichende geschlechtsspezifische Faktoren zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Beeinträchtigung von Gesundheit und Krankheit in die Analyse miteinbezogen werden.

TEIL 2: DISKUSSION UND AUSTAUSCH

Ausgehend von den im Workshop präsentierten Daten und Fakten und dem Status Quo zu Gesundheit, Alter und Geschlecht wurde in Arbeitsgruppen diskutiert, wie dieses Wissen in die gesundheits- und sozialpolitische Praxis einfließt und auch umgesetzt wird, sowie darüber hinaus, welche Verbesserungspotenziale die Workshop-TeilnehmerInnen in ihren jeweiligen Arbeitsbereichen sehen.

In den fünf Kleingruppen kamen folgende Themenbereiche zur Diskussion, die hier kursiv anhand von Stichworten dargestellt sind:

- » Betriebliche Gesundheitsförderung: Gestaltung von Seminaren und Zielgruppenerreichung, Anpassen an Bedürfnisse der ArbeitnehmerInnen;
- » Arbeitsmedizin: unterschiedliche Qualität der ArbeitsmedizinerInnen und Verhältnis zum Betriebsmanagement, in Zeiten wirtschaftlicher Engpässe Gefahr von Missbrauch gesundheitlicher Diagnosen bzw. von ArbeitnehmerInnen geäußerter gesundheitlicher Beeinträchtigungen (im Umkehrschluss: unzureichende Verankerung der positiven Effekte gesundheitsfördernder Maßnahmen auf allen Ebenen);
- » Gesundheitspolitik und Frage der Verantwortung für Missstände;
- » positives Definieren von Gesundheit, keine Defizitorientierung;
- » ältere ArbeitnehmerInnen: Einsatzmöglichkeiten, neue Tätigkeitsfelder, Erfahrung versus neues Wissen;
- » Arbeitslosigkeit: jugendliche MigrantInnen, AMS-Kurse, WiedereinsteigerInnenprojekte, Neukonzeptualisierung von Umschulungen, Themenbereich „Verlust des Arbeitsplatzes und Krankheit“;
- » Erhaltung von Gesundheit, nicht nur Verlängerung des Lebensalters;
- » Frauen und Alter(n);
- » Frauen zwischen 45 bis 60 Jahren: noch zu wenig Wissen über die Bedürfnisse

- der Zielgruppe, Notwendigkeit von spezialisierten Beratungsangeboten;
- » Frauen und Ehrenamt;
 - » Notwendigkeit aufsuchender Betreuungs- und Beratungsangebote für ältere Menschen, auch in Wohnumgebung;
 - » Altersvielfalt in geriatrischen Einrichtungen empfehlenswert.
 - » Pflegeurlaubsregelung: Für Kinder und nahe Verwandte ist der Pflegeurlaub bisher an den gemeinsamen Wohnort gebunden. Die Ausweitung des Familienbegriffs ist hier ein wichtiges Anliegen. Zusätzlich zur geografischen Ausweitung ist eine zeitliche Verlängerung vonnöten, um langfristig effektive und nachhaltige private Pflegeleistungen zu unterstützen.
 - » Darüber hinaus wurden flächendeckende Qualitätsverbesserungen in der institutionellen Pflege in Österreich von einigen WorkshopteilnehmerInnen als dringliches Anliegen geäußert: Diese sind nötig, um Entscheidungen betreffend die private oder institutionelle Pflege von Angehörigen ohne belastenden Druck treffen zu können und um überhaupt eine effektive Wahlmöglichkeit zu haben.

Für die Präsentation im Plenum wurden die vielfältigen Diskussionspunkte aus den Kleingruppen zu drei Statements zusammengefasst:

- » Problematik Arbeitsmedizin, Gesundheitsförderung und Wirtschaft: Problematisiert wurde die Gefahr des Missbrauchs gesundheitlicher Diagnosen bzw. die Diskriminierung von MitarbeiterInnen auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen.
- » Zielgruppe sind Frauen im Alter von 45 bis 60 Jahren: Frauen in diesem Alter werden zu wenig als Zielgruppe bedacht, es braucht spezifische Angebote.
- » Konkreter Vorschlag an die Politik bezüglich Pflegeurlaubsregelung: Der Pflegeurlaub sollte auch auf Angehörige erweitert werden, die nicht im selben Haushalt leben, ebenso sollte der Familienbegriff erweitert werden.

LITERATUR

- Amann, Anton: Die großen Alterslügen. Generationenkrieg – Pflegechaos – Fortschrittsbremse? Wien, Köln, Weimar 2004
- Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang; Schroeter, Klaus R.: Zur Konstruktion sozialer Ordnungen des Alters. Opladen 2001
- Backes, Gertrud M.: Wandel der Geschlechterrollen – Frauen zwischen alten und neuen Alter(n)sriskien. Vortrag am Kongress des Deutschen Akademikerinnenbundes „Die Pyramide steht Kopf - neue Perspektiven des Alterns“ am 25.10.2003
- Datenanalyse für die Schweiz. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2004
- Doyal, Lesley: What makes women sick: Gender and the political economy of health. Buckingham 1995
- Czypionka, Thomas; Hofmarcher Maria M.; Kraus, Markus; Mauerer, Gerlinde; Riedel, Monika; Schnabl, Alexander; Slavova, Tatjana: Biogender: The Impact of New Biotechnologies on Gender Aspects in Health Insurance. IHS - Institut für Höhere Studien, Wien 2006

Hochleitner, Margarethe: Schlagen Frauenherzen anders? Herzerkrankungen und Geschlecht am Beispiel Tirols. In: Groth, Sylvia; Rásky, Eva (Hg.): Frauengesundheiten. Innsbruck/ Wien 1999 Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern 2002: 45-56

König, Christina; Zoike, Christa: Krankheitskosten nach Geschlecht und Alter: Sind Frauen wirklich teurer? In: Die BKK, Essen 2004

Riedel, Monika; Hofmarcher, Maria; Buchegger, Reiner; Brunner, Johann: Nachfragemodell Gesundheitswesen. Wien 2002

Walter, Ulla; Schwartz, Friedrich Wilhelm; Seidler, Andreas: Krankheitstypologie des Alters – Konsequenzen für Präventionskonzepte. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30/1997: 10-17

Walter, Ulla; Flick, Uwe; Neuber, Anke; Schwartz, Friedrich Wilhelm; Fischer, Claudia: Alt und gesund?: Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis, Wiesbaden 2005

Tews, Hans Peter: Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele, Gerhard; Tews, Hans Peter (Hg.): Lebenslagen im Strukturw. des Alters, Opladen 1993: 15-42

Internet: www.verdi.de/gesundheitssoziales/themen/frauen/literatur/data/K%C3%B6nig%20zu%20Krankheitskosten



Mag.ª Verena Fabris, Studium der Politikwissenschaft, Publizistik- und Kommunikationswissenschaften, mehrjährige journalistische Tätigkeit, seit 2003 im Sozialbereich tätig, EQUAL-Projekt SILA – Beratungszentrum für Prostituierte (Leitung Internetplattform), EQUAL-Projekt hiphopera – Innovative Qualifizierung für Jugendliche (Leitung künstlerische Arbeit).

Seit 2007 bei der Volkshilfe Österreich im Bereich Pflege, Sozialpolitik, Armut beschäftigt, Projektkoordination „Carers’ Careers – Vereinbarkeit Pflege und Berufstätigkeit“, „Seniorenfreundliche Gemeinde 2008“ und „Pflegepreis 2008“; Vertreterin der Volkshilfe Österreich bei der Armutskonferenz – Netzwerk gegen Armut und Soziale Ausgrenzung.



Mag.ª Dr.ª Gerlinde Mauerer, Sozialwissenschaftlerin und Universitätslektorin am Institut für Soziologie (Universität Wien), an der FH Technikum Kärnten, im Studiengang für Gesundheits- und Pflegemanagement (Standort Feldkirchen), am Studiengang für Hebammen am FH Campus Wien, an der FH Campus Steyr im Studiengang Prozessmanagement Gesundheit, sowie an der SOB – Schule für soziale Betreuungsberufe – Behindertenarbeit, Wien. Ausbildung und vormals Tätigkeit als Diplomierete Ergotherapeutin.

Forschungs- und Lehrschwerpunkte: Gesundheitswissenschaften, soziale Folgen neuer Technologien, Ethik, Feministische Theorien/Gender Studies.

WORKSHOP ARMUT ALS BARRIERE FÜR CHANCENGLEICHHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN

MAG. ROMEO BISSUTI, MAG.^A HERMINE STEININGER

EINLEITUNG

Dieser Workshop beschäftigte sich mit dem Thema Armut und geschlechtsspezifische Faktoren im Kontext gesundheitlicher Chancengleichheit. Armut und soziale Benachteiligung sind wesentliche gesundheitliche Risikofaktoren und verkürzen die Lebenserwartung. Arme Menschen haben gegenüber reichen in nahezu jeder Lebenssituation ein mindestens doppelt so hohes Risiko schwer zu erkranken, zu sterben, zu verunfallen oder von Gewalt betroffen zu sein. Darüber hinaus ist das Armutsrisiko zwischen den Geschlechtern unterschiedlich verteilt. Frauen sind nicht nur häufiger und stärker davon betroffen, der Gender Aspekt zeigt sich auch in bestimmten Formen von Armut und den Bewältigungsstrategien von Männern und Frauen. Die Kategorie „Geschlecht“ ist wesentlich bei der Betrachtung von Gesundheit und soziale Lage, da die Unterschiede von Frauen und Männern hier stark ins Gewicht fallen.

TEIL 1: PLANUNGSÜBUNG FÜR EIN PROJEKT DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Um im Anschluss an die Fachvorträge am Vormittag eine kreative, interaktive und gleichzeitig anschauliche Workshopgestaltung zu gewährleisten, führten die WorkshopleiterInnen eine Planungsübung für ein gesundheitsförderndes Gesundheitsprojekt für sozial benachteiligte Frauen bzw. Männer durch. Ziel war es dabei, das Erfahrungswissen der TagungsteilnehmerInnen in einer praxisnahen Situation „zum Sprechen“ zu bringen, um so wesentlichen Spannungsfeldern und Entwicklungslinien nachzugehen, die der Anspruch mit sich bringt, die Elemente „Soziale Lage – Gender – Gesundheit“ konkret umzusetzen.

Dazu wurde die Anzahl der TeilnehmerInnen in zwei gleich große Gruppen geteilt, die sich in Kleingruppen gesundheitsförderliche Männer- bzw. Frauenprojekte überlegen sollten. Die Aufgabenstellung für die Projekte war dahingehend konkretisiert, dass die Zielgruppe ‚working poor‘ darzustellen sei und Aspekte von Ernährung und/oder Bewegung in den Maßnahmen enthalten sein sollten. Vom Projekt waren der Titel und ein inhaltliches „Zugpferd“ („Was, wird wann und wo durchgeführt?“) zu benennen.. Es zeigte sich in der Folge, dass die Gruppen mit dem „Zugpferd“ vor allem auch eine Person als Testimonial verbanden, was zu weiteren kreativen Ideen führte (s.u.). Ein besonderes Augenmerk sollte schließlich auf Ressourcenorientierung und Salutogenese gelegt werden.

Vier TeilnehmerInnen simulierten weiters eine „Vergabekommission“, die mit Bezug auf die Vorträge am Vormittag über die vorgestellten Entwürfe diskutierte. Darüber hinaus wurde speziell zur Reflexion des Gender-Aspektes ein Fragenkatalog ausgegeben.

Checkliste zur Genderperspektive in der Gesundheitsförderung (Grundlage Kolip, 2006)

- » Werden Frauen und Männer mit Titel angesprochen?
- » Thematisieren die Gruppen das Geschlechterverhältnis in der Gruppenzusammensetzung?
- » Welche biologischen und sozialen Geschlechteraspekte sind relevant und werden diese berücksichtigt?
- » Werden durch das Projekt geschlechtsspezifische Strukturen fortgesetzt oder abgebaut?
- » Gibt es geschlechtsspezifische Rahmenbedingungen, aufgrund derer Frauen und Männer möglicherweise unterschiedlich von einer Teilnahme profitieren können?
- » Welche Begleitmaßnahmen stellen sicher, dass Frauen und Männer ausreichend von der Maßnahme profitieren können?
- » Sind spezifische Maßnahmen für Frauen und Männer berücksichtigt (z. B. Kinderbetreuung)?
- » Ist die Sprache geschlechtssensibel und wurde bei der Maßnahme auf geschlechtersensible Didaktik geachtet?

Zur Komplexitätsreduktion wurde auf eine Checkliste zur Berücksichtigung von sozialer Benachteiligung verzichtet. Entsprechende Hinweise finden sich dazu aber z.B. unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>. Frau Mag.^a Steininger skizzierte diesbezüglich vor Beginn der Projektplanungen noch einmal die Barrieren sozial benachteiligter Menschen, und welche Unterschiede es bezüglich gesundheitlicher Belastung, Bewältigung, Versorgung im Gesundheits- und Krankheitsfall gibt.

TEIL 2: ERGEBNISSE DER KLEINGRUPPEN

In der Folge werden die Projekte in der Reihenfolge ihrer Präsentation vorgestellt und wesentliche Aspekte der Diskussion aus der Projektgruppe „Vergabekommission“ sowie der Großgruppe skizziert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das enge Zeitbudget nur eine ausschnittsweise Wiedergabe der Konzeptüberlegungen erlaubte, ebenso war die Diskussion in der Großgruppe zeitlich nur begrenzt möglich.

“ONG’HATZT IS!“ - GRILLEN WIE EIN WELTMEISTER (ZIELGRUPPE MÄNNER):

Die Grundidee dieses Projektes ist, dass Männer unterschiedlicher Herkunft ein Angebot bekommen gemeinsam zu grillen und z.B. Fußball zu spielen. Es ist vorgesehen eine Grillmeisterschaft zu veranstalten die von Mai bis Oktober beispielsweise auf der Donauinsel jedes Wochenende am Samstag in Verbindung mit einem Bewegungsaspekt stattfindet. Angedacht ist, im Anschluss oder vor dem Event sportliche Angebote anzubieten wie Beachvolleyball, Fußball, Schwimmevents, Paddeln. Bei der Auswahl der Grillgerichte ist der Faktor Gesundheit stark ins Zentrum zu stellen. Auch prominente Griller aus der Öffentlichkeit könnten/sollten sich daran beteiligen. Es wurde aus der Diskussion berichtet, dass der ursprüngliche Zusatz „Schonend Grillen wie ein Weltmeister“ zunächst im Gespräch war, dann aber wieder fallen gelassen wurde, da Männer aus Angst vor „Verweiblichung“ darauf ablehnend reagieren könnten.

Daraus ergab sich in der Folge eine Diskussion um die Balance vom ‚Abholen‘ der Männer (aber im umgekehrten Falle auch Frauen) anhand ihnen vertrauter Klischees einerseits und dem Wunsch nach Präsentation vielleicht ungewohnter aber salutogenetisch förderlicher Bilder/ Titel/Personen/Konzepte andererseits. Einerseits gilt es also, den Männern verstehbare und griffige Angebote zur Verfügung zu stellen, und an Bildern anzuknüpfen, die Männer kennen und erkennen. Andererseits dürfen diese Bilder allerdings nicht blind bestätigt und verstärkt werden. Mag. Bissuti berichtete hier vom Vorteil, dass im Institut für Frauen- und Männergesundheit vielfältige Möglichkeiten zur gegenseitigen Reflexion dieser Aspekte genützt werden können.

Die sogenannte „Vergabekommission“ und die mitdiskutierende Gruppe meinten weiters, dass die Donauinsel als sehr niederschwellig anzusehen sei und insbesondere für den Zugang zu MigrantInnen geeignet sein könne bzw. auch transkulturell-integrative Momente enthalte. Außerdem wurde im Sinne des Gender-Aspektes betont, dass hier Männer zum Beispiel ihre Partnerinnen mit gesunden Gerichten „begrillen“ könnten. Insgesamt wurde eine Vielzahl an gesundheitsfördernden Anknüpfungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten gefunden.

„FOOD-MANIA“ (ZIELGRUPPE FRAUEN):

Diese Gruppe wollte eine möglichst große Gruppe von Frauen erreichen. Die Frage „Wie erreichen wir Frauen, die arbeiten und wenig verdienen?“ wurde mit dem Ansatz beantwortet: „Wir kommen zu ihnen!“.

Gemäß bekannter Fernsehformate wurde hier das Projekt „FOOD-Mania“ entworfen: Jeweils am Freitagabend, 20.15 Uhr, ORF 1, könnten Elisabeth Engstler und Dorian Steidl diese Sendung moderieren. Es soll sich dabei um einen Wettstreit mit zwölf Teilnehmerinnen zu Themen wie günstiger Einkauf, Kalorien, Rezepte etc. handeln. Im Anschluss daran wird eine Abstimmung mittels Publikumsvoting angedacht. Als zu vergebender Preis kämen etwa ein Jahreseinkauf oder eine Sportausrüstung für die Gewinnerin in Frage. Diese Teilnehmerinnengruppe soll aus Frauen jeglicher Herkunft zusammengesetzt sein. Als KooperationspartnerInnen könnten etwa Supermarktketten, Sportausrüster oder große Tageszeitungen gewonnen werden.

In der Diskussion dieses Beitrages stand einerseits die Herausforderung im Vordergrund, möglichst viele Personen zu erreichen, ohne deshalb auf Qualität, Partizipation und konkretes Umsetzen verzichten zu müssen. Um hier ein bloßes Konsumieren zu vermeiden, wären konkrete aktivierende Rahmenangebote angezeigt. Durch Fanclubs etc. könnte etwa auch die Partizipation gestärkt werden. Dabei gab es Bedenken, inwieweit hier eventuell vor allem Jugendliche erreicht werden, nicht jedoch erwachsene Frauen. Über die Auswahl der ModeratorInnen ergab sich die Reflexion, inwiefern das gemischte Team zwar ZuschauerInnen anziehen soll, andererseits aber unter Umständen auch einen bestimmten Erwartungsdruck in Richtung ‚Schlankheitswahn‘ weiterverstärken könnte. Somit waren wiederum Gender-Aspekte in eine Balance von Anspruch und Wirklichkeit zu bringen.

„MACH MAL PAUSE MIT GESUNDER JAUSE“ (ZIELGRUPPE FRAUEN):

Es handelt sich um ein Bewegungsprogramm bzw. um ein lustvolles und spielerisches Angebot für Frauen mit Kindern die in Teilzeitbeschäftigung sind. Das Angebot erfolgt im Halbstunden-Takt mit einem Bewegungsangebot speziell für Kinder und danach einer gesunden Jause. Die Örtlichkeiten wären z.B. Volkshochschulen, Schulen, große Firmen oder Einkaufszentren. Zeitraum wäre der frühe Nachmittag bis zum Abend. Es soll barrierefrei und sprachfrei gestaltet werden, vor allem SeniorInnen sollten als SportlehrerInnen besonders angesprochen werden. Denkbare prominente Testimonials könnten Barbara Karlich bzw. Elisabeth Engstler sein.

In der Diskussion wurde vor allem das Bemühen um einen barrierefreien Zugang zur Zielgruppe als positiv bewertet, sowie auch die Überlegungen, hier viele weitere sozial schwache Gruppen im Konzept zu berücksichtigen. Ob der Zeitpunkt des Nachmittags optimal gewählt ist, um Frauen und Kinder zu erreichen, wurde allerdings recht kritisch bewertet, ebenso die Frage der inhaltlichen Rollenverknüpfung von „Frau und Mutter“. Die Väter wären in diesem Rahmen also kaum angesprochen. Positiv wurde angemerkt, dass für viele Frauen mit Kindern im Alltag oft nur wenig Raum zur Verfügung steht und hier insbesondere die Vernetzung und gegenseitige Unterstützung sehr hilfreich sein kann, sofern die äußeren Rahmenbedingungen den konkreten Lebensrealitäten der Frauen angepasst sind.

„GESUNDHEIT MACHT STARK“ (ZIELGRUPPE MÄNNER):

Diese Projektgruppe entwarf ein Projekt für männliche Jugendliche im Flüchtlingslager Traiskirchen. Es soll Kochgruppen und Fußballgruppen geben, die dann später bei einem Abschlussturnier gemeinsam spielen. Ansonsten fänden Koch/Fussballeinheiten etwa einmal pro Woche statt. Hans Krankl sollte als prominenter Mann zur Bewerbung dienen und zu gewinnen könnte es zum Beispiel eine Fußballeinrichtung geben. Die Leitung der Trainings hätte durch ausgebildete SportlehrerInnen, Coaches oder KöchInnen zu erfolgen.

Hier wurde eine spezielle Zielgruppe im Bereich der Gesundheitsförderung angesprochen, die sonst kaum im Zentrum entsprechender Maßnahmen steht. Als sehr günstig wurde der konkrete Ablauf des Projektes mit einem benennbaren Ziel angesehen, ebenso der Umstand, dass Jugendliche so einen Beitrag zur Tagesstrukturierung bekommen. Als problematisch wurden allerdings die konkreten Aufenthaltsbedingungen in der angesprochenen Einrichtung (kurze Aufenthaltsdauer, hohe Fluktuation, Traumatisierung) erwähnt. Als gelungen wurde der Mix zwischen Bekanntem (Fußball) und Neuem (Kochen) erlebt. Hier wurde erwähnt, dass Kochen gerade auch als Methode in der Arbeit mit männlichen Jugendlichen einen anerkannten Stellenwert hat (siehe dazu etwa: www.maennerkochen.at).

„OHNE TITEL“ (ZIELGRUPPE FRAUEN):

Diese Gruppe richtete ihr Augenmerk auf den Entwicklungsprozess des Konzeptes in der Projektgruppe selbst. Die Gruppe entwarf dabei als Symbol eine Spirale, die dafür stand, dass hier vielfältigste Reflexionsebenen in enger Verzahnung und wechselseitiger Beeinflussung stehen. In diesem Sinn gab es kein konkretes vorgestelltes Projekt, sondern es wurde der Anspruch betont, nicht aus Zeitgründen die inhaltliche Qualität zu opfern.

In der Bewertung und Diskussion durch die „Kommission“ wurde erkannt, dass die Qualität, die darin steckt, jene ist, nichts Unfertiges auf Grund äußerer Rahmenbedingungen abzugeben. Es wurde als wichtiger Anspruch gesehen, die Konzepte und Inhalte wirklich bis zum Ende sowie durchdachte und möglichst vollständig konzipierte Produkte/Projekte zu entwickeln. Im Vorfeld ist dazu ein Rahmen erforderlich, der eine solche Entwicklungszeit möglich macht. Das wurde durchaus auch als Appell an FördermittelvergeberInnen gesehen. Hier wurde der Wunsch geäußert, bei Förderungen auch Rahmenbedingungen für eine ausreichende Entwicklungszeit zu implementieren und entsprechend abzurechnen, damit bei der Projektqualität tatsächlich in die Tiefe gegangen werden kann.

TEIL 3: SCHLUSSBETRACHTUNG

Der Workshop hatte zum Ziel, die Ansprüche aus den Vorträgen des Vormittages an der Messlatte der Praxis zu testen. Die in dem Planungsspiel entwickelten Ideen und Projekte waren beeindruckend in ihrer Kreativität und ihren vielfältigen Reflexionsebenen, welche sich in den jeweiligen Konzepten widerspiegeln. Viele, Aspekte, die in den Kleingruppen dazu besprochen wurden, sind hier nicht abgebildet. Sie stellen aber dennoch einen wesentlichen Beitrag und die Absicht der WorkshopleiterInnen dar, das Theorie-Praxis-Verhältnis in einem wechselseitigen Austauschprozess zu einem gesundheitsfördernden Leben zu wecken.



Mag. Romeo Bissuti, Studium der Psychologie in Wien mit Schwerpunkt Geschlechterforschung, Zusatzausbildungen zum Klinischen und Gesundheitspsychologen, Psychotherapeutisches Propädeutikum, Antiaggressivitäts- und Coolnesstrainer. Seit 2000 freier Mitarbeiter der Wiener Männerberatung im Bereich der Gewaltprävention, 2001 Mitinitiator und aktuell Obmann der White Ribbon Österreich Kampagne, 2002 Mitbegründer und derzeitiger Leiter des MEN Männergesundheitszentrums, Fortbildner zu Männerthemen u.a. für BMASK, BMUKK, Universität Wien, ÖAGG, Pädagogische Hochschulen (Wien, Salzburg, Tirol), FH für Sozialarbeit Wien, IFP, u.a.m.



Mag.^a Hermine Steininger, Studium der Psychologie in Salzburg mit Schwerpunkt Klinische Psychologie, Zusatzausbildungen zur Klinischen- und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutisches Propädeutikum, Systemische Therapeutin (i.A.), Ausbildung zum ReTeamincoach, Gesundheitscoach und in Klinischer Hypnose, Mitarbeiterin im Frauengesundheitszentrum ISIS seit Gründung im Jahre 1994

WORKSHOP MIGRATION ALS GESUNDHEITSRISIKO? ZUR GESUNDHEITLICHEN SITUATION VON MIGRANTEN UND MIGRANTINNEN

MAG.^A NATALIJA POPOVIC-SZLACHCIKOWSKI, DR. HÜSEYIN KALAYCI

EINLEITUNG

Der Workshop „Migration als Gesundheitsrisiko“ von Natalija Popovic-Szlachcikowski und Hüseyin Kalayci umfasste drei inhaltliche Schwerpunkte. Zuerst stellten die WorkshopleiterInnen die Rahmenbedingungen und das Konzept des Instituts für Frauen- und Männergesundheit mit den Frauengesundheitszentren FEM, FEM Süd und Männergesundheitszentrum MEN als Beispiel geschlechtssensibler Gesundheitszentren mit dem Schwerpunkt Migration vor. In einem zweiten Teil wurde auf einige ausgewählte Aspekte der Migration eingegangen. Der dritte Teil des Workshops bot Raum und Zeit für Diskussion und einen Informationsaustausch.

TEIL1: KONZEPT VON FEM, FEM SÜD UND MEN

Natalija Popovic-Szlachcikowski und Hüseyin Kalayci erläuterten den TeilnehmerInnen die Entstehung des Instituts für Frauen- und Männergesundheit: Frauengesundheitszentren FEM, FEM Süd und Männergesundheitszentrum MEN. Das FEM (Frauen, Eltern, Mädchen) wurde 1992 als WHO Modellprojekt „Frauengesundheitsförderung an einer Frauenklinik“ in der Wiener Semmelweis Frauenklinik gegründet. Als zweiter Standort wurde das FEM Süd im Kaiser Franz Josef Spital mit dem Schwerpunkt Migrantinnen eröffnet. Als logische Konsequenz in der geschlechtssensiblen Arbeit der Gesundheitszentren entstand 2002 das Männergesundheitszentrum MEN im Kaiser Franz Josef Spital ebenfalls mit dem Schwerpunkt Migration.

Die FEM/FEM Süd/MEN Gesundheitszentren

- » sind im Krankenhaus implementierte niederschwellige geschlechtssensible Anlaufstellen der Gesundheitsförderung unter zentraler Berücksichtigung geschlechts- und kultureller Gesichtspunkte.
- » stehen allen Frauen und Männern, Eltern, Mädchen, Burschen in allen Lebenslagen zur Verfügung – unabhängig von Alter, Bildung und kultureller Zugehörigkeit.
- » bieten Kurse, Gruppen, Vorträge, Beratungen und Projekte in den Sprachen Deutsch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch, Türkisch, Arabisch, Französisch und Englisch an.
- » widmen sich unter anderem folgenden Themen: Ernährung, Bewegung, Gesundheitsvorsorge, psychische Probleme, Partnerschaft, Stressbewältigung, Lebenskrisen etc.
- » erhalten ihre Basisfinanzierung über den Wiener Krankenanstaltenverbund sowie Projektfinanzierungen verschiedener Stellen: Fonds Gesundes Österreich, Wiener

Abbildung P1: FEM Süd und MEN - Kontakte 2007, Quelle: Institut für Frauen- und Männergesundheit 2008

Programm für Frauengesundheit, „Ein Herz für Wien“, MA 57, MA 17 u.a.m.

Die Teams der Gesundheitszentren bestehen aus multiprofessionellen und multikulturellen ExpertInnen. Zu den angestellten MitarbeiterInnen zählen MedizinerInnen, PädagogInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und PharmazeutInnen. Die Tätigkeiten werden unter anderem in folgenden Sprachen angeboten: Deutsch, Türkisch, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Französisch, Arabisch, Spanisch und Englisch.

Ein weiterer Bereich der Arbeit der Frauengesundheitszentren und des Männergesundheitszentrums sind Vernetzungen und Kontakte zu anderen Vereinen und Beratungsstellen. So sind Sozialeinrichtungen, Schulen/Jugendzentren, MigrantInnenvereine, Beratungsstellen für Menschen mit Migrationshintergrund, Gesundheitseinrichtungen und niedergelassene ÄrztInnen wichtige KooperationspartnerInnen.

Anbei sind die Kontakte der Beratungsstellen FEM Süd und MEN aus dem Jahr 2007 abgebildet. Auffallend im FEM Süd ist hier, dass es mehr fremdsprachige Kontakte in der Einzelberatung gab als in der deutschen Muttersprache, dafür ist die Besucherinnenanzahl beim Kursprogramm im deutschsprachigen Bereich größer. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den Daten des MEN Die KlientInnen bezahlen für jede persönliche Beratungsstunde einen geringen Selbstbehalt,



Angebot	Anzahl der Kontakte deutschsprachig	Anzahl der Kontakte fremdsprachig
Telefonische Kontakte	9.359	5.404
e-mail	7.699	2.372
Persönliche Beratungen	979	1.852
Kurse und Gruppen	1.420	-
Schulworkshops	828	-
(interkulturelle) Vorträge		9.186
Summe der Kontakte durch laufendes Programm	20.285	18.814
Aktivitäten f. Multiplikatorinnen		257
Projekte		5.099
Aktionstage		160
Gesamt	44.615	



Angebot	Anzahl der Kontakte deutschsprachig	Anzahl der Kontakte fremdsprachig
Telefonisch	1.267	695
E-Mail	2.961	840
Kurs-, Beratungs- und Vortragsprogramm		
Einzelberatungen	362	848
Psychotherapie	246	---
Kurse & Gruppen	154	---
Schulworkshops	734	---
Summe der Kontakte durch laufendes Programm	5.724	2.383
Summe der Kontakte durch Projekte & Aktionstage		3.647
Gesamt		11.754

das Erstgespräch ist kostenlos. Von diesen Tarifen sind Sozialhilfe- und Notstandshilfebeziehenden und alle, die sich dies nicht leisten können, ausgenommen. Im Erstgespräch werden die Einkommensverhältnisse besprochen jedoch nicht formell nachgeprüft. Die Zugangswege der Betroffenen zum FEM Süd können unterschiedlich aussehen. 65% der Klientinnen kommen über Mundpropaganda und Vernetzung des Gesundheitszentrums mit MigrantInnen-Vereinen, 35% kommen durch Überweisungen von FachärztInnen (mehrheitlich aus dem Kaiser Franz Josef Spital). Im Männergesundheitszentrum kann bezüglich der Migranten festgehalten werden, dass

die Kontaktaufnahme häufig über die Partnerinnen, Familienangehörige aber auch Freunde erfolgt.

Sowohl im FEM Süd als auch im MEN stellen Ärzt.-Innen einen wichtigen Überweisungszusammenhang dar, weshalb die diesbezügliche Vernetzung eine besonders wichtige Rolle spielt. Auch illegalisierte MigrantInnen finden in den jeweiligen Gesundheitszentren eine Anlaufstelle für anonyme Beratung. 2007 wurden zusätzlich zu den einzelnen Beratungen über 300 Veranstaltungen und Vorträge für mehr als 11000 TeilnehmerInnen mit Migrationshintergrund organisiert. Diese fanden unter anderem in Moscheen, Kirchen und Vereinen und in mehr als zehn Sprachen statt.

Als Beispiel für ein gelungenes gesundheitsförderndes transkulturelles Frauenprojekt im FEM Süd, wurde das Projekt „Nach Herzenslust“ vorgestellt. Es handelt sich um ein Präventionsprojekt für Frauen aus unterschiedlichsten Kulturen und Sprachen zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen. Den Frauen wurden nicht nur Vorträge zur gesunden Ernährung angeboten, sie erhielten auch Bewegungsprogramme (u. a. Nordic Walking), kostenlose Kinderbetreuung während der Kurse und konnten bei einem multikulturellen Kochevent mitmachen. Das Projekt wurde in Deutsch, Türkisch und Bosnisch-Kroatisch-Serbisch durchgeführt.

Das Männergesundheitszentrum MEN bot als inhaltlich verwandtes Projekt ein solches unter dem Motto „Favoritner mit Herz“ für 50 – 70 jährige Männer an. In diesem Rahmen wurden sogenannte „Stark und Fit“ Kurse für die Zielgruppe angeboten. Diese Kurse dauerten drei Monate, mit einer anschließenden dreimonatigen Nachbetreuung. Zusätzlich standen den Männern niederschwellige Bewegungsangebote zur Verfügung. Mit einem einmaligen Kursbeitrag von 15 Euro wurde ein besonderes Augenmerk auf sozial schwache Männer gelegt. Das Projekt wurde in deutscher und türkischer Sprache in Kursform und zusätzlich in Bosnisch-Kroatisch-Serbisch in Vortragsform angeboten.

Folgende gesundheitsfördernde Modellaspekte können zusammenfassend als bewährte „Models of good practice“ gesehen werden:

- » niederschwellige Anlaufstellen, welche mit geringem Aufwand in Anspruch zu nehmen sein sollen und kostengünstige Angebote haben;
- » Angebote in verschiedenen Sprachen, um Zugangsbarrieren zu vermeiden;
- » aufsuchende zielgruppenspezifische Arbeit (z.B. Schulen, Moscheen, Deutschkurse, Frauenhäuser, diverse Vereine etc.);
- » Kontakte über die Vereine, die ein erstes persönliches Kennenlernen der MitarbeiterInnen ermöglichen und so Hemmschwellen abbauen.
- » intensive Vernetzung mit niedergelassenen ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und anderen Sozialberufen bzw. -einrichtungen

TEIL 2 : AUSGEWÄHLTE ASPEKTE DER MIGRATION

Im zweiten Teil des Workshops wurden ausgewählte Aspekte der Migration besprochen. An den Beginn wurde dabei die Frage gestellt, wie Migration gelebt bzw. erlebt wird und was die Gründe für Migration sind. Es ist ein bedeutsamer Unterschied, ob es - wie etwa vielfach in den 1990er Jahren vor allem die Flucht aus Kriegsgebieten war - die Menschen dazu zwang ihre Heimat zu verlassen und in ein anderes Land zu ziehen, oder ob es - wie 40 Jahre davor - hauptsächlich die Arbeitsmigration war, die den ausschlaggebenden Hintergrund bildete. Wesentlich erscheint hier die Frage der Wahlentscheidung: Bei freiwilliger Entscheidung trifft vielfach der Mann im Selbstverständnis seiner traditionellen Rolle als „Familienernährer“ den Entschluss.

Die Folgen, Herausforderungen und psycho-sozialen Auswirkungen von Migration sind vielfältig: Verlust von FreundInnen/Familie und Heimat, Neuorientierung im Aufnahmeland, Diskriminierung von MigrantInnen, Konflikte in der Familie, familiäre Rollenverschiebungen, Identitätskrise etc. sind hier exemplarisch zu nennen. Der Migrationsprozess dauert das restliche Leben an, er ist nicht mit der Übersiedlung und mit dem Einleben in das neue Land abgeschlossen.

Ein zentraler Aspekt im gesamten Migrationsprozess ist der Stress, der bei interkultureller Begegnung entstehen kann. Beim Kontakt mit der neuen Kultur müssen MigrantInnen (mehr oder minder bewusst) entscheiden, ob sie ihre alte Kultur aufgeben sollen/wollen oder nicht. Die alte Identität wird in Frage gestellt, eine neue wurde jedoch noch nicht entwickelt. In dieser Zeit der Zweifel und des Leides ist insbesondere die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen sehr hoch.

Es gibt nach Berry 1990 vier Möglichkeiten, wie Migration gelebt werden kann:

- » Integration: sich „öffnen“ und mit der neuen Kultur aktiv auseinandersetzen, beide Kulturen für sich annehmen können;
- » Assimilation: (Über)Anpassung, MigrantInnen orientieren sich nur an der Aufnahmegesellschaft, die eigene Kultur wird abgelehnt;
- » Segregation: sich „abkapseln“ und zurückziehen, MigrantInnen orientieren sich nur an der Herkunftsgesellschaft;
- » Marginalisation: Vereinsamung und Orientierungsverlust bei MigrantInnen.

Die Integration ist dabei jener Weg, der langfristig das geringste Risiko für die Gesundheit darstellt.

In Österreich ist es vor allem für die erste Generation der MigrantInnen schwierig, den Weg der Integration in die Aufnahmegesellschaft zu gehen. Den folgenden Generationen gelingt dies aufgrund ihrer Fähigkeit zur Bikulturalität, das heißt über die Identifikation mit ihrer zweiten Herkunft, meist besser. Zum Zusammenhang von Integration und Gesundheit muss auch noch der Faktor Bildung und Qualifikation berücksichtigt werden. Je höher die Bildung ist, desto besser sind die Gesundheitsdaten der MigrantInnen. Bei jenen MigrantInnen, die sich „abkapseln“,

also in ihrem Kulturkreis verbleiben und keinen Spracherwerb erlangen, sind hingegen die größten psychischen Belastungen zu erwarten.

Das Krankheitsverständnis von MigrantInnen ist ebenfalls ein wichtiger Aspekt. Besonders problematisch ist dies, wenn die Krankheit als Strafe erlebt wird, die einen trifft wie ein Fluch oder ein Schicksalsschlag. Gesundheitliche Probleme werden dann religiös gedeutet, sie werden als Antwort und Folge auf „negative“ Lebensstile gesehen. Vor allem bei Männern machen sich solche Deutungen bemerkbar. Heilungen wie Opferdarbietungen, Aufsuchen heiliger Orte oder Sprüche/Gebete werden in der Folge als Bewältigungsstrategien eher bevorzugt als Besuche bei ÄrztInnen. Diese Männer kommen mitunter mit einer mehrjährigen Verspätung zur Beratung ins MEN. Hier ist der Leidensdruck dementsprechend hoch sowie gepaart mit einer hohen Erwartungshaltung und der Hoffnung auf eine sofortige Hilfe.

Bei Frauen ist noch eine andere Strategie und Verhalten zu beobachten, nämlich das „Doktorshoppen“. Die Haltung der Patientinnen ist dabei eher passiv, der Arzt/die Ärztin soll die Krankheit „wegzaubern“, ohne dass die Frauen aktiv an der Problembearbeitung teilnehmen. Durch den häufigen ÄrztInnenwechsel kommt es in der Folge oft zu Missverständnissen. Wenn unterschiedliche Medikamente bzw. verschiedene Dosen verschrieben werden und niemand den Überblick behält, kommt es oft zu schwerwiegenden Komplikationen. Auch Frauen kommen daher meist erst spät in eine muttersprachliche Beratung. Gerade bei psychischen Erkrankungen haben sich viele Symptome bereits deutlich etabliert und oftmals chronifiziert, Veränderungen sind daher nur langsam und in kleinen Schritten möglich.

Sieht man sich zusätzlich die westliche Medizin mit ihrem endogenen Krankheitsverständnis an, können bereits weitere Komplikationen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen erahnt werden. Sowohl in der Diagnostik, als auch in der Behandlung der Krankheiten entstehen Missverständnisse. Durch sprachliche Barrieren wird die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen erschwert. Die Verordnung von falschen Medikamenten ist eine häufig zu beobachtende Folgewirkung. Hier zeigt sich einmal mehr die enorme Wichtigkeit muttersprachlicher Angebote im Gesundheitsbereich.

TEIL 3: DISKUSSION UND AUSTAUSCH

Der letzte Teil des Workshops bestand aus einer offenen Diskussionsrunde. Folgende Fragen und Antworten wurden hier besprochen.

Frage: Ist das religiöse Verständnis von Krankheit bei jungen türkischsprachigen Männern und Frauen anders als bei erwachsenen?

Hüseyin Kalayci: Die Frage ist nicht für alle türkischen Männer und Frauen klar und eindeutig zu beantworten. Eine Antwort ist nur auf der individuellen Ebene zu finden. Einerseits kann auch bei den Jungen das Krankheitsbild sehr traditionell sein. Andererseits haben die jungen

MigrantInnen verstärkt das Bedürfnis, sich zu modernisieren, sind damit aber im Konflikt mit den älteren Generationen, die weiterhin die alten Traditionen an sie herantragen. Die junge Generation ist in Österreich sozialisiert, sie erlebt Besuche beim Arzt/ bei der Ärztin als normal, bekommt aber von den Eltern andere Werte vermittelt. Damit sind innerhalb der Familie auch oft Konflikte verbunden.

Frage: Wo kann man sich als Arzt/Ärztin aber als auch als Patient/Patientin hinwenden, um eine „Basisaufklärung“ in Türkisch zu bekommen?

Natalija Popovic-Szlachcikowski: Das FEM Süd, FEM und MEN bieten türkischsprachige Beratung für Frauen bzw. Männer an. Wichtig ist bei der Beratung, möglichst niederschwellig zu arbeiten. Dies ist aber bei medizinischen, komplexen Fachbegriffen schwierig. In der Beratung muss man verständliche Erklärungsmodelle finden, das heißt hier, mehr mit Symbolen und mit einfacher Sprache zu arbeiten.

Frage: Der erste Schritt muss also doch das sprachliche Verständnis sein?

Natalija Popovic-Szlachcikowski: Ja, es ist aber genauso wichtig, für deutschsprachige BeraterInnen ein interkulturelles Verständnis und Wissen zu haben, sowohl im psychologischen als auch im medizinischen Bereich.

Frage: Der größte interkulturelle Kontakt passiert in den Spitälern, bei ärztlicher und Pflegeberatung. In diesen Begegnungen ist die sprachliche Mitteilung besonders wichtig, da es sonst zu Fehlbehandlungen kommt. Wie sieht es daher in den Spitälern in Wien und Niederösterreich mit muttersprachlicher Beratung aus? In Wr. Neustadt gibt es zum Beispiel diesbezüglich große Probleme. Wie können diese gelöst werden?

Hüseyin Kalayci: Einige Wiener Spitäler bieten standardmäßig DolmetscherInnendienste für PatientInnen an. Ansonsten sollte muttersprachliche Beratung im Regeldienst aller Spitäler in Österreich besser integriert werden. Aber auch der Erwerb interkultureller Kompetenz in multikulturellen Teams ist wichtig, da dies ebenfalls große Signalwirkung im Gesundheitsbereich für die Integration hat.

Frage: Integration sollte nicht als Holschuld betrachtet werden, sondern als Bringschuld von öffentlicher Seite. Die „Aufnahmegesellschaft“ muss ihren Beitrag dazu leisten. Wie wichtig ist dabei Mehrsprachigkeit und interkulturelle Kompetenz bei der Ausbildung von MedizinerInnen?

Hüseyin Kalayci: MigrantInnen sind in vielen Bereichen stärker von bestimmten Problemlagen wie Arbeitslosigkeit, Alltagsrassismus, Familienkonflikte durch Verschiebung in den Rollenbildern etc. betroffen. Deswegen ist es notwendig, viel stärker in den Dialog mit MigrantInnen zu treten und Beratung, Begleitung und Information zugänglicher zu gestalten. Dazu ist der Erwerb von inter-

kultureller Kompetenz nötig. Daher sollte interkulturelle Kompetenz ein wichtiger Teil der Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung im Gesundheitsbereich - also auch bei MedizinerInnen - sein. Um die spezifischen Bedürfnisse der MigrantInnen hinsichtlich Gesundheit und Gesundheitsförderung zu berücksichtigen, sind qualifizierte muttersprachliche Angebote unumgänglich. Interkulturelle Öffnung von Gesundheitseinrichtungen und interkulturelle Qualifizierung des Personals können einen wichtigen Beitrag zur Integration und Gesundheitsförderung leisten. Für spezifische Bedürfnisse und Probleme der MigrantInnen müssen spezifische Rahmenbedingungen und Lösungen geschaffen werden. Gerechtigkeit und Freiheit sind gesundheitsfördernd, Diskriminierung und Ausgrenzung macht krank. Die soziale Lage von MigrantInnen und deren Gesundheit stehen miteinander in enger Wechselwirkung.

Frage: Gibt es Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen MigrantInnen bezüglich ihrer Vulnerabilität für Krankheiten bzw. den Umgang damit?

Natalija Poovic-Szlachcikowski: Jene Frauen, bei denen traditionelle und kollektivistische Vorstellungen über die Familie einen großen Stellenwert haben, tun sich oftmals schwer, ihre eigenen Wünsche zu erkennen und zu formulieren. Ihre Identität orientiert sich an derjenigen der Gemeinschaft. In der Beratung werden diese Frauen beim Entdecken ihrer Wünsche und Bedürfnisse unterstützt und es werden gemeinsam mögliche Strategien zu deren Durchsetzung entwickelt. Die Probleme liegen hier vor allem in den eingeschränkten/einschränkenden Rollenbildern. Wenn Frauen neue Verhaltensrichtungen einnehmen/anstreben, wird oftmals das Familiensystem ins Wanken gebracht. Daher ist auch eine Paar- und Familienberatung immer wieder sehr wichtig. Ich denke jedoch, dass es für Frauen andererseits nicht unbedingt einfach ist, Rollenveränderungen anzunehmen. Wenn Frauen lernen autonomer zu handeln, dauert dieser Prozess oft Jahre und es ist nicht leicht für sie diese Veränderungen durchzuführen.

Hüseyin Kalayci: Viele Frauen wünschen sich vermehrt positive Veränderungen wie zum Beispiel einen Berufseinstieg, damit steigt ihre Zufriedenheit. Männer, vor allem jene mit einem traditionellen Background, entwickeln dabei Ängste vor dem Verlust von gesellschaftlichem und persönlichem Ansehen, womit weitere innerfamiliäre Konflikte entstehen können. Hier nehmen Angst, Panikattacken und Depressionen gerade bei Männern stark zu.

LITERATUR:

Berry, John W.: Psychology of acculturation. Understanding individuals moving between cultures. In Richard W. Brislin (Hrsg.), Applied cross-cultural psychology (S. 232-253). London 1990

Institut für Frauen- und Männergesundheit (Hrg.): Tätigkeitsbericht 2007. Wien 2008



Mag.^a Natalija Popovic-Szlachcikowski, Migrantin der „zweiten Generation“, geboren in Wien (1974). Studium der Psychologie an der Universität Wien, danach postgraduelle Ausbildung zur Klinischen- und Gesundheitspsychologin. Von 2002-2003 tätig bei Peregrina, muttersprachliche (serbisch, kroatisch, bosnisch) psychologische Beratung. Seit 2004 beschäftigt bei Pro Mente Wien im Bereich „betreutes Wohnen“, Betreuung, Behandlung und Begleitung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Zusätzlich tätig seit 2004 im Frauengesundheitszentrum FEM Süd, muttersprachliche psychologische Beratung und Behandlung von Migrantinnen. Seit 2005 Notfallpsychologin i.A.



Dr. Hüseyin Kalayci, wurde in der Türkei geboren, lebte 25 Jahre in Deutschland (Studium der Pädagogik, Soziologie und Sozialpsychologie), anschließend Doktoratstudium in Wien, stellvertretender Leiter und muttersprachlicher Gesundheitsberater im Männergesundheitszentrum MEN, langjährige Praxis in offener Kinder- und Jugendarbeit, Schulberatung, sozialrechtliche Beratung, Familien- und MigrantInnenberatung, zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen. Er lebt seit zehn Jahren in Wien.



bmask.gv.at

BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES UND
KONSUMENTENSCHUTZ

SOZIAL TELEFON

Bürgerservice des Sozialministeriums

Tel.: 0800 - 20 16 11

Mo bis Fr 08:00 - 16:00 Uhr

PFLEGETELEFON

Tel.: 0800 - 20 16 22

Mo bis Fr 08:00 - 16:00 Uhr

Fax: 0800 - 22 04 90

pflegetelefon@bmask.gv.at

BROSCHÜRENSERVICE

Tel.: 0800 - 20 20 74

broschuerenservice@bmask.gv.at

BRIEFKASTEN

Für Anregungen und allgemeine Fragen:

briefkasten@bmask.gv.at

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ

Stubenring 1, 1010 Wien

Tel.: +43 1 711 00 - 0

www.bmask.gv.at

